

# Afscheid nemen van het verleden

## Het werken met gestructureerde schrijfoopdrachten

*Alfred Lange\**

In de DSM-IV wordt een aparte plaats ingeruimd voor de posttraumatische stress-stoornis (PTSS) (American Psychiatric Association, 1991) en wordt deze niet uitsluitend gerangschikt onder de angststoornissen (Horowitz, 1993). Deze ontwikkeling onderstreept het belang van de plaats die posttraumatische stress heeft gekregen binnen de psychiatrie, de klinische psychologie en de psychotherapie. In tegenstelling tot de andere 'ziektebeelden' speelt daarbij in de diagnose ook de etiologie een rol. De klachten moeten het directe gevolg zijn van extreem traumatische ervaringen door bedreiging, vernedering, fysiek of seksueel misbruik. Op den Velde (1989) wijst er bovendien op dat de ernst van de gevolgen sterk afhangt van de mate waarin men zich tijdens de traumatische gebeurtenissen machteloos en zonder controle over de situatie heeft gevoeld.

Men spreekt van PTSS als de traumatische ervaring regelmatig wordt herbeleefd (in dromen of hallucinaties) of wanneer er groot onbehagen ontstaat bij gelijksoortige gebeurtenissen. Cruciaal is dat men de prikkels die aan de traumatiserende gebeurtenis doen denken op de een of andere manier mijdt. Dit kan tot gevolg hebben dat men bepaalde activiteiten nalaat, het kan ook betekenen dat men zich voor gedachten, gevoelens of interesses afsluit of zelfs het gebeurde vergeet. Daartegenover staat dat er een algehele 'arousal'-verhoging optreedt, die zich kan uiten in: slaapproblemen, woede-uitbarstingen, concentratieproblemen, hyperwaakzaamheid, schaamte en diverse fysiologische reacties. Voor een uitgebreidere bespreking van de posttraumatische stress-stoornis zij verwezen naar Emmelkamp, Hoogduin en Van den Hout (1990). Verwant aan posttraumatische stress is pathologische rouw, waarvan men spreekt wanneer een verlies ook na langere tijd niet is verwerkt. Dit gaat gepaard met gelijksoortige symptomen als bij posttraumatische stress.

\* Alfred Lange is als bijzonder hoogleraar gezins- en relatietherapie verbonden aan de Programmagroep Klinische Psychologie van de Universiteit van Amsterdam.

De meeste gezinstherapeutische stromingen hebben gemeen dat zij zich vooral richten op de huidige transacties binnen het gezin, zij het op verschillende manieren. De 'bagage van vroeger' hoeft niet aan bod te komen. Dit geldt voor de structurele gezinstherapie, de communicatietheoretische gezinstherapie, de leertheoretische gezinstherapie, de cybernetische gezinstherapie, de psycho-educatie en de probleemoplossende gezinstherapie. In de psychoanalytische en intergenerationale gezinstherapie ligt daarentegen de nadruk op het bespreken van (relationele) patronen uit het verleden.

In de meeste van dergelijke gezins- of echtpaartheorieën wordt aandacht besteed aan de verhouding van de echtelijke partners tot hun eigen gezin van herkomst.

Er is tussen deze twee uitersten veel mogelijk. In zekere zin is dit al onderkend door de ervaringsgerichte gezinstherapie. Het verleden neemt in deze stroming een belangrijke plaats in, maar wordt als het ware geactualiseerd naar het heden, waarbij van nogal confronterende technieken gebruik wordt gemaakt.

Niet altijd zijn huidige problemen zinvol terug te voeren op gebeurtenissen uit het verleden. Vandaar dat het vaak 'economischer' is om de acute situatie te analyseren en om vervolgens hierin in te grijpen. Hiertegenover staat dat men vaak cliënten ziet bij wie het 'verleden geen verleden is'. Hun huidige problematiek is voor een deel gebaseerd op traumatische ervaringen uit dit verleden. Deze zullen moeten worden verwerkt wil men zinvol in het 'hier en nu' veranderingen kunnen aanbrengen. Dergelijke traumatische ervaringen zijn soms van zodanige aard, dat men kan spreken van posttraumatische stress, maar het kan ook zijn dat het verleden op een andere manier een rol speelt.

Vroeger waren rouw en trauma's uit het verleden vooral het domein van psychoanalytici (Averill, 1968; Bowlby, 1961). Men meende dat het onderdrukken van negatieve emoties negatieve consequenties had voor het energetisch evenwicht in het individu, waardoor problemen in psychisch en lichamelijk functioneren zouden worden veroorzaakt (Abdulla, 1985; Scheff, 1979; Scheff & Bushnell, 1984). Het uiten van negatieve emoties zou rechtstreeks tot gevolg hebben dat de intensiteit van de emoties afnam en het functioneren van de cliënt verbeterde. Het 'cathartisch model' heeft niet veel empirische steun gekregen, zoals bijvoorbeeld wordt aangegeven door Hokanson (1970) en door Frijda (1986) in zijn boek *The emotions*.

Vanuit de leertheorie zijn meer bewijzen geleverd voor de effectiviteit van het uiten van emoties als middel om de intensiteit ervan te reduceren. De kernbegrippen daarbij zijn: 'vermijding', 'confrontatie' en 'herinterpretatie'. De essentie van 'het verwerken van het verleden' is het actualiseren door de cliënten (zelfconfrontatie) van dat deel van het verleden waarop de trauma's betrekking hebben. Dit is gebaseerd op de leertheoretische gedachte dat confrontatie met de meest pijnlijke prikkels die op het verleden betrekking hebben noodzakelijk is: alleen dan wordt de angst die leidt tot agressieve of vermijdingsreacties uitgedoofd (Lange, 1994). Acceptatie van de pijnlijke realiteit wordt bewerkstelligd, waarna van dit deel van het verleden afscheid kan worden genomen (Ramsay, 1979). Een ander belangrijk element is dat er door het tot uiting brengen van de emoties rond dit verleden herinterpretatie, herwaardering, toename van het gevoel van controle en afname van hulpeloosheid kunnen ontstaan (Lazarus, Kanner & Folkman, 1980; Rachman, 1980). Frijda (1986) legt er tenslotte nog de nadruk op dat negatieve emoties niet alleen blijven voortbestaan door het vermijden van angstwekkende stimuli en een tekort aan zelfconfrontatie, maar ook doordat de omgeving de negatieve emoties bekrachtigt als gevolg van een overmaat aan aandacht voor de manier waarop ze worden geuit.

In gezinstherapie kan behandeling van rouw, rancune of andere symptomen van posttraumatische stress nodig zijn omdat een bepaald gezinslid er in ernstige mate last van heeft. Het komt ook voor dat alle gezinsleden het slachtoffer zijn van een ernstig psychisch trauma. Het verlies van een kind wordt vaak genoemd als één van de moeilijkst te verwerken gebeurtenissen in het leven. Het zijn niet alleen de ouders die er jaren, zo niet de rest van hun leven, slecht door functioneren, maar soms raakt het gehele gezin van slag zonder dat de tijd de wonden heelt. Dit laatste kan ook voorkomen bij een jong gezin waarin één der ouders overlijdt.

Davies, Spinetta, Martinson, McClowry en Kulenkamp (1986) noemen een aantal karakteristieken van gezinnen waarin het gevaar bestaat dat een traumatisch verlies leidt tot een pathologisch rouwproces. De belangrijkste daarvan zijn:

- a. *Weinig vrijheid voor de gezinsleden bij het uiten van de eigen gevoelens.*  
 Er wordt veel gepraat over de feitelijke gebeurtenissen maar er is weinig vrijheid om over gevoelens ten aanzien van het gebeurde te praten. Er wordt de gezinsleden ook weinig gelegenheid geboden hun verdriet op eigen wijze kenbaar te maken en men reageert niet adequaat op de reacties van de anderen.
- b. *Rigiditeit in de rolaanpassing.*  
 Er is een relatief grote mate van rigiditeit in het overnemen van de rollen die verloren dreigen te gaan. De taken van de overledene moeten bijvoorbeeld per se door één persoon worden overgenomen.
- c. *Het mag niet goed gaan.*  
 Er rust een taboe op het ontmythologiseren van de overledene. Men verzet zich ook tegen het idee dat het verlies is op te vangen. Vaak gaat dit gepaard met taboes op het weer consumeren van de goede momenten in het leven en zo nodig aangaan van nieuwe sociale contacten.

De door Davies et al. (1986) geformuleerde typering dienen met voorzichtigheid te worden beschouwd. Men kan er geen voorspellingen aan ontleen. Het maakt wel duidelijk dat ontkenning van rouwprocessen bij gezinnen evenals bij individuen een pathogeniserend effect kan hebben.

In dit artikel zullen we de technieken bespreken die cliënten kunnen helpen het verleden te verwerken. We besteden speciale aandacht aan het gedragstherapeutische model voor het verwerken van rouw en aan technieken uit de directieve therapie (onder andere schrijfoopdrachten), die op dit model zijn gebaseerd. Deze geven de behandelaar de nodige flexibiliteit en zijn goed te combineren met gezinsbehandeling.

### 1. Configuraties waarin het verleden een rol speelt

In deze paragraaf treffen we een voorbeeld aan van een oorlogsgetroffene, waarbij het verleden een belangrijke rol speelt.

#### *De achtergrond*

Nelleke Beekstra is 38 jaar, joods, en getrouwd met een niet-joodse man. Van beroep is zij receptioniste in een hotel. Haar man heeft een bloemenwinkel. Zij heeft twee kinderen: een zoon van vijftien en een dochter van zeventien en meldt zich aan omdat zij is ingestort. Ze

loopt in de ziektewet, heeft allerlei angsten (durft niet zo goed over straat) en is depressief.

Tijdens het eerste gesprek, waar haar man bij aanwezig is, blijkt dat haar moeder voor de oorlog getrouwd was en met haar man in een concentratiekamp heeft gezeten. Zij heeft daarbij nagenoeg haar hele familie en ook haar echtgenoot verloren. Na de oorlog is Nelleke's moeder vrij snel hertrouwd met een joodse man die ondergedoken is geweest. Nelleke is het oudste kind dat uit dit huwelijk is geboren. Haar ouders wilden na de oorlog weinig te maken hebben met het jodendom en over de oorlog werd niet gepraat. Het was taboe. Het huwelijk van haar ouders werd al snel zeer problematisch. Zij waren bezig te overleven. Veel aandacht voor de psychische noden van hun twee kinderen hadden ze niet. Het mocht ze weliswaar aan niets ontbreken, maar over probleempjes die kinderen nu eenmaal hebben werd niet gepraat. Ze moesten sterk zijn.

Waarschijnlijk nog erger was dat Nelleke's vader geen positieve gevoelens voor haar kon opbrengen; haar jongere zusje was zijn uitgesproken favoriete. Nelleke werd door hem min of meer genegeerd. Haar moeder, die genoeg problemen voor zichzelf had, was niet in staat om dit te compenseren. Het is niet overdreven om te stellen dat Nelleke als kind emotioneel is verwaarloosd. Dit leidde tot allerlei problemen. Hoewel zij een intelligent meisje was, ging het op school niet goed. Zij was verlegen, had weinig zelfvertrouwen. Het eerste positieve moment in haar leven was toen zij een baantje kreeg in het hotel waar ze nog steeds werkt. De mensen daar waren aardig tegen haar.

Al snel leerde zij haar huidige echtgenoot kennen, met wie ze op jonge leeftijd trouwde. Ook dit huwelijk was niet zonder problemen. Meneer Beekstra was een zeer actieve, welbespraakte man. Voor de verlegen en zachtaardige mevrouw Beekstra was het moeilijk om voor zichzelf op te komen. Hij walste vrij gemakkelijk over haar heen. Niet met slechte bedoelingen, maar vooral doordat hij weinig weerwerk van haar kreeg. In plaats van duidelijker voor haar eigen ideeën en behoeften op te komen, trok ze zich steeds meer terug. Dit was voor hem weer onverteerbaar. Zij ontwikkelde een soort passieve agressie jegens hem door ervoor te zorgen dat dingen die hij belangrijk vond gewoon niet gebeurden. Dat maakte hem razend. Seksueel hadden ze het lang goed gehad, maar dit werd ook steeds meer een wapen in de strijd. Ze raakten gevangen in een vicieuze cirkel: door zijn dominantie werd zij passiever en saboteerde steeds vaker zijn wensen en

behoefden. Dit versterkte zijn woede en dominantie, waardoor het voor haar nog moeilijker werd om voor zichzelf op te komen, waardoor zij dus nog passiever werd, enzovoort. Bij dit alles was de oorlog een complicerende factor. Zij beschouwde haar ouders (terecht) als oorlogsslachtoffers, die daarmee bovendien op een totaal verkeerde manier bezig waren geweest en daardoor háár leven hadden verwoest. Daardoor was zij zo onbekwaam als zij nu was, vond zij.

In tegenstelling tot haar ouderlijk gezin werd er in haar gezin wel over de oorlog gepraat. Haar man was het in dit opzicht wel met haar eens. Ook hij vond dat haar ouders (van wie de vader inmiddels was overleden) schromelijk tekort waren geschoten ten opzichte van hun dochter/zijn vrouw.

## 2. Het gedragstherapeutische model voor rouw en posttraumatische stress

Psychologische trauma's houden meestal een vorm van verlies in. Dit kan betrekking hebben op het verlies van een persoon (door dood of door scheiding) of het verlies van bepaalde aspecten van de levensomstandigheden, zoals een baan en een huis. Ook het verlies van emotionele of materiële veiligheid en identiteit, bijvoorbeeld na fysiek en/of seksueel geweld, kan traumatiserend werken.

Bij personen die na traumatiserende gebeurtenissen in een 'rouwproces' verkeren treft men bepaalde emoties vaak aan: troosteloosheid, wanhoop, schuldgevoelens, angst, jaloezie, schaamte en agressie. Verschillende soorten traumatisch verlies roepen uiteraard verschillende emotionele reacties op. Agressieve gevoelens zullen bijvoorbeeld eerder voorkomen ten aanzien van iemand die je moedwillig verlaten heeft dan jegens een persoon die na een ziekte of ongeval is overleden, alhoewel in dat soort gevallen boosheid zeker ook deel van de heersende emoties kan uitmaken.

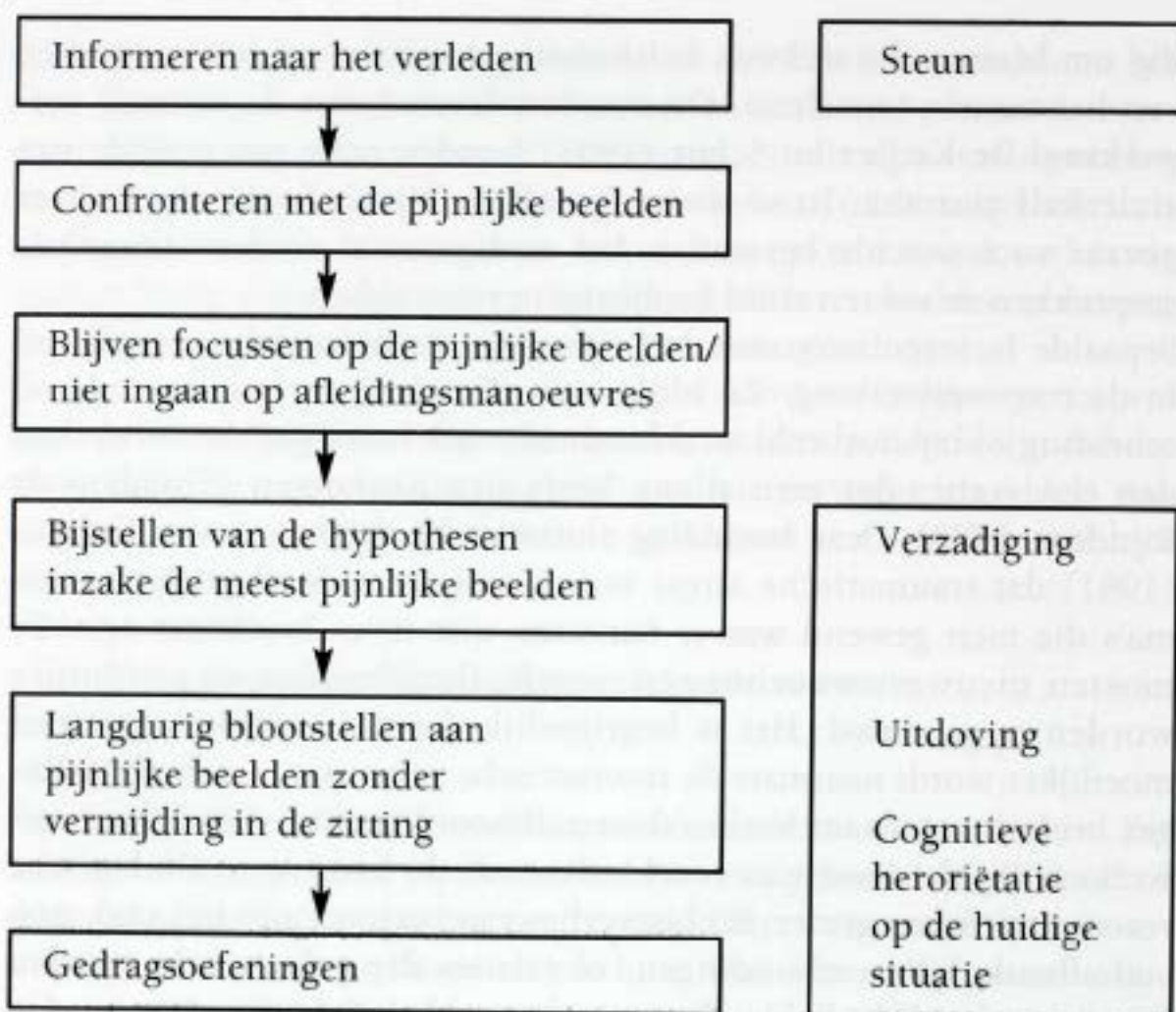
Wanneer een rouwproces 'goed' verloopt, treden er na de aanvankelijke schokreactie en ontredde berusting geleidelijk berusting en reïntegratie op. Men spreekt van een pathologisch proces wanneer dit ook na geruime tijd niet gebeurt en de persoon in kwestie als het ware naar het verleden blijft zoeken. De persoon blijft steken in 'ontkenning'. Als vuistregel gaat men ervan uit dat men dan na ongeveer drie tot zes maanden kan gaan spreken van 'een pathologisch verwerkingsproces' (Davidson & Foa, 1991; Ramsay, 1979). Het is meestal niet verstan-

dig om binnen die tijd een behandeling expliciet op het verwerken van het trauma te richten. Dit zou interfereren met de normale verwerking. De Keijser en Schut (1991) houden zelfs een periode van anderhalf jaar aan. In sommige gevallen, bijvoorbeeld wanneer er gevaar voor suïcide bestaat, is het nodig om al eerder 'steunende gesprekken' te voeren en/of medicatie te verstrekken.

Bepaalde factoren vergroten het risico van pathologische complicaties in de rouwverwerking. Zo blijkt een plotseling verlies, door dood, scheiding of bijvoorbeeld werkloosheid, vaak moeilijker te verwerken dan een verlies dat men allang heeft zien aankomen (Thiadens & Rijnders, 1983). Deze bevinding sluit aan bij de theorie van Lazarus (1981) dat traumatische stress ontstaat doordat de cognitieve schema's die men gewend was te hanteren niet meer bruikbaar zijn. Er moeten nieuwe verwachtingen, regels, denkbeelden en attributies worden opgebouwd. Het is begrijpelijk dat dit over het algemeen moeilijker wordt naarmate de traumatische gebeurtenis zich plotselinger heeft voorgedaan. Verlies door zelfmoord is extra moeilijk te verwerken. Bij de dood van een kind wordt de kans op pathologische reacties eveneens groter. Bij het verlies van partners zijn het vaak passief-afhankelijke verhoudingen, of relaties die gekenmerkt worden door een soort haat-liefde, die tot grote problemen leiden.

De meest systematische en meest gedocumenteerde behandelingsvorm van pathologische rouw en verwerking van posttraumatische stress vindt men in de gedragstherapie. Het meest essentiële element hierin is dat de therapeut de cliënt ertoe brengt zich bloot te stellen aan de pijnlijke cognities die hij tot dan toe niet aan bod liet komen. Door er bovendien voor te zorgen dat de cliënt bij deze prikkels niet de gebruikelijke vermijdingsreacties vertoont, zal het emotionele karakter ervan geleidelijk uitdoven. De cliënt kan dan tot acceptatie van de realiteit van het verlies komen en ziet af van de ontkenning ervan, die het kenmerk is van een verstoord rouwproces. Dit is in zekere zin vergelijkbaar met de gedragstherapeutische benadering van bijvoorbeeld angststoornissen, waarbij 'exposure' ook vaak het kernpunt van de behandeling vormt.

In figuur 1 worden de meest belangrijke elementen van de gedragstherapeutische aanpak bij rouw en posttraumatische stress schematisch weergegeven.



Figuur 1: Schema van het gedragstherapeutisch model voor de behandeling van rouw en posttraumatische stress

De eerste sessie die betrekking heeft op het behandelen van onverwerkte (pathologische) rouw bestaat vooral uit het laten vertellen over het verleden. De therapeut vraagt door, en pratend over wat er in het verleden is gebeurd wordt er een hypothese ontwikkeld. Al in die eerste sessie zal in de gedragstherapeutische benadering worden getracht de cliënt enigszins met diens eigen emoties te confronteren. Vervolgens zal de therapeut pogen de cliënt stil te laten staan bij beelden die hij tot dan toe liever had vermeden. Belangrijk in de eerste sessie, maar dit geldt eigenlijk voor alle sessies, is dat de behandeling ook een steunend karakter heeft. Confrontaties mogen op geen enkele wijze een denigrerende indruk maken. De context van het gesprek dient positief te zijn, met waardering voor de inspanning die de cliënt levert. Er wordt in de gedragstherapeutische rouwtherapie na de eer-



ste zitting geen huiswerk gegeven, maar er wordt een nieuwe afspraak gemaakt voor een sessie op korte termijn, bijvoorbeeld na twee à drie dagen.

In de gedragstherapie staat in de eerste vervolgsessies vooral het blokkeren van afleidingsmanoeuvres centraal. Cliënten zullen in deze fase geneigd zijn te proberen de therapeut van de meest pijnlijke elementen af te leiden, bijvoorbeeld met verhalen over de reacties van de omgeving of door uit te weiden over problemen die zij op andere fronten ondervinden.

De gedragstherapeut zal steeds terugkomen op de traumatische periode en zal telkens proberen de cliënt te confronteren met wat hij juist probeert te vermijden. Het is in deze fase van belang dat de therapeut alert is op reacties van de cliënt, zodat hij zijn hypothesen over de 'essentiële stimulus' steeds kan bijstellen.

Het is de bedoeling dat iedere hypothese leidt tot het langdurig blootstellen aan het beeld van de situatie die (wanneer de hypothese correct is) juist zo pijnlijk is. De combinatie van confrontaties en oefeningen wordt herhaald en herhaald, totdat satiatie (verzadiging) en extinctie (uitdoving) optreden; dat wil zeggen totdat de emotionele prikkels die zo angstwekkend waren, minder emotionele responsen opleveren en niet langer vermeden hoeven te worden. Dit wordt gecontinueerd, totdat de cliënt de tot dan toe vermeden gevoelens bewust en dermate lang heeft beleefd, dat de koppeling van angst en vermijding van deze gevoelens is beëindigd.

In de latere stadia van de gedragstherapie zal de therapeut steeds meer proberen de cliënt ook tot heroriëntatie op zijn huidige situatie te brengen. Hij zal de cliënt waar mogelijk helpen andere (minder negatieve) facetten aan zijn situatie te zien en hij kan de cliënt helpen bepaalde zaken anders aan te pakken.

### **3. Het schrijven van brieven; een 'sterke en vriendelijke techniek' om afscheid te nemen van het verleden**

De elementen van de gedragstherapeutische aanpak zijn theoretisch elegant, maar vergen veel van de patiënt en de therapeut. Aangezien het proces van zelfconfrontatie zich vooral afspeelt tijdens de zittingen kost het ook veel therapie-uren. Voor gezinstherapeuten is er bovendien het nadeel dat deze aanpak moeilijk valt te combineren met gezinssessies. Een krachtig alternatief, dat tegemoet komt aan

deze bezwaren, zijn de 'geritualiseerde schrijfoopdrachten' (Van Doorn & Aelen, 1986; Van der Hart, 1984). Het uitgangspunt is hetzelfde: de cliënt helpen zichzelf te confronteren met wat het meest pijnlijk is, totdat verzadiging en uitdoving optreden, gevolgd door cognitieve heroriëntatie en aanpassing aan de nieuwe situatie. De methode is echter flexibeler en geeft de therapeut de mogelijkheid zich aan te passen aan de cliënt in plaats van andersom. We zullen de methode beschrijven aan de hand van de casus van Nelleke Beekstra en haar echtgenoot.

### *De behandeling*

De eerste stap bestond uit het ontwarren van de kluwen van heden en verleden. In gesprekken met het echtpaar werd duidelijk dat alles toeschrijven aan het verleden niet productief zou zijn. Het patroon van de dominante man en de afhankelijke vrouw zou niet veranderen, terwijl dat haar het meest depressief maakte. Zij voelde zich immers steeds kleiner worden. In het verlengde hiervan lag de volgende stap in het *verbeteren van de relatie*. Meneer moest leren wat te dimmen, zodat het voor mevrouw mogelijk zou worden om constructiever voor zichzelf op te komen. De eerste vraag was of beiden daaraan wilden meewerken. Dat was zo: ook meneer wilde graag. Hij was een aardige man, maar hij kon vreselijk drammen en dan raakte zij helemaal ondergesneeuwd. Hij wilde best veranderen. De vraag is dan natuurlijk: hoe? We gebruikten daarvoor de volgende simpele technieken (Lange, 1994):

- Iedere keer dat haar man maar iets deed dat zij drammerig of dwingerig vond, zou dat door haar onmiddellijk worden genoteerd in een boekje dat ze daarvoor had aangeschaft.
- 's Avonds zou ze die aantekeningen bekijken en bedenken hoe ze haar man het beste hiervan op de hoogte kon stellen.
- Ze schreef voor zichzelf op.
- Ze vertelde hem vervolgens wat ze had opgeschreven.
- Hij mocht alleen luisteren en niet antwoorden!

Meneer Beekstra zou hetzelfde doen als hij zich in de kou voelde staan door haar passiviteit. Geen preek zoals hij gewend was, maar een korte signalering, die hij schriftelijk voorbereidde. In deze beginfase was de communicatie dus nogal gekunsteld; er werd niet bepaald gewoon gepraat.

Na een tijdje begon het patroon te veranderen. Mevrouw werd zichtbaar steviger. Haar man had er wel lol in, al vond hij het soms wel lastig dat ze hem zo van repliek diende. Terugval lag echter op de loer en ze konden niet altijd met briefjes doorgaan. Daarom werd de volgende techniek geïntroduceerd: de stemmingsmeter. Elke avond op een vast tijdstip schreven ze allebei op hoe ze zich qua stemming voelden. Ze gaven zichzelf dan een cijfer tussen de 1 en 10 (1 = zeer negatief, 10 = zeer positief). Daarna gingen ze elkaar interviewen. Meneer Beekstra moest er door het stellen van vragen achter komen hoe het cijfer van zijn vrouw tot stand was gekomen: wat had er in positieve zin aan bijgedragen en wat in negatieve zin? Hij mocht niet reageren. Dat was natuurlijk niet altijd gemakkelijk. Als zij bijvoorbeeld een laag cijfer gaf omdat ze vond dat hij zo onaardig tegen de kinderen was geweest, was het niet voor de hand liggend om alleen te zeggen: 'Ja, ja, en waren er nog meer dingen die je stemming bepaalden?' Omgekeerd moest zij hem op dezelfde manier interviewen.

Dit liep allemaal goed en het was zeer leerzaam voor ze, maar er waren ook kwesties die ze niet op deze manier konden bespreken. Ze verschilden bijvoorbeeld flink in hun ideeën over de opvoeding. Dat dreigde dan toch weer mis te gaan door meneers verbale dominantie. Hiervoor werd het volgende bedacht: eenmaal per week zouden ze een gesprek hebben over een serieus onderwerp. Ze zouden dit gesprek op video opnemen. Naderhand gingen beiden apart de video *observeren*: meneer om te zien wanneer hij te dominant was geweest en te bedenken hoe hij dit anders had kunnen doen, mevrouw om te zien waar ze zich te afhankelijk of te passief-agressief had opgesteld.

Het resultaat van dit alles was zonder meer positief. Mevrouw was sterk verbeterd. Ze was ook weer gaan werken. Maar ze was - dat vond ze zelf - nog niet helemaal klaar. Het verleden bleef haar dwarszitten. Daar wilde ze toch ooit een streep onder kunnen zetten. Om dit aan te pakken ging ze 'jawel-brieven' schrijven aan haar beide ouders: eerst aan haar overleden vader en daarna aan haar nog in leven zijnde moeder. Ze deed dit op vaste tijden, ritualiserend en met ongecensureerde brieven over de meest pijnlijke thema's (de verwaarlozing, de kilte van haar vader en het niet beschermd worden door haar moeder).

Door het schrijven zag ze scherper wat er mis was gegaan (het schrijven had dus een ontdekkende functie). Gaandeweg deed het haar ook minder pijn en kon zij afstand gaan nemen (dit duidt op een verwer-

kende functie). Toen die afstand en de heroriëntatie er eenmaal waren schreef zij twee verstuurbare brieven, die dus wel onderhevig waren aan zelfcensuur; mooie brieven, die haar gevoel en nieuwe inzichten goed weergaven. De brief aan haar vader stopte zij in een fraaie fles die zij verzegelde en begroef: als symbool van het afsluiten van een periode waarin haar vader haar 'zeer klein' had gemaakt. Aan haar moeder kon ze de brief geven. Dit leidde tot een aantal gesprekken die voor beiden zeer opluchtend waren. Het leidde ertoe dat de moeder voor het eerst aan haar kleinkinderen ging vertellen wat haar in en na de oorlog was overkomen. Ook dit was bevrijdend.

#### **4. Een model voor de toepassing van schrijfopdrachten bij het verwerken van het verleden**

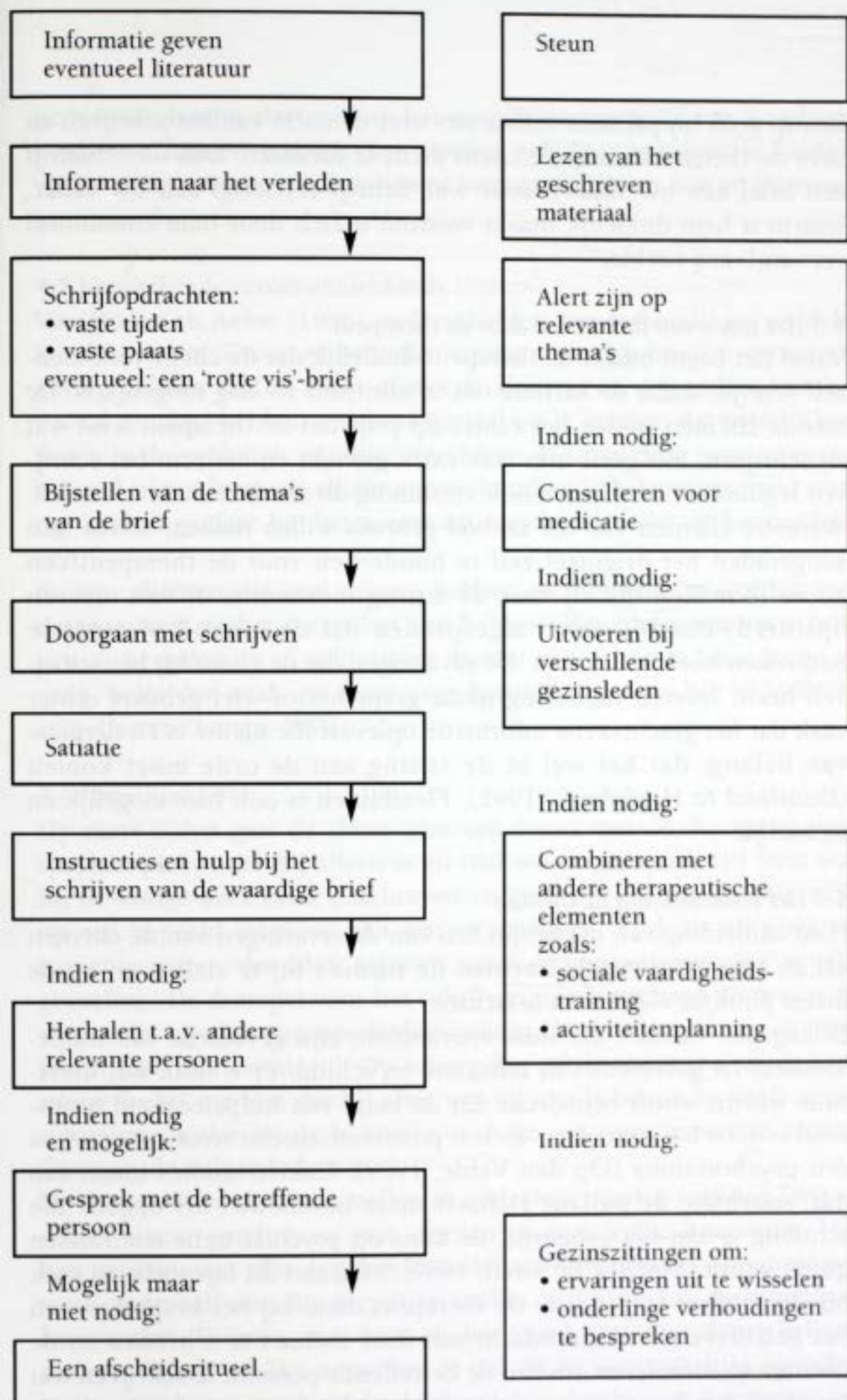
De essentie van het model dat in figuur 2 is afgedrukt is gelijk aan die van het gedragstherapeutische model. Het is echter meer flexibel, geeft de cliënten de gelegenheid in eigen tijd en tempo te werken en is beter te combineren met gezinstherapie. Hieronder zullen we een aantal aandachtspunten bespreken.

##### *4.1 Informatie en bibliotherapie*

Het is belangrijk cliënten de principes van het verwerken van traumatische gebeurtenissen uit te leggen en duidelijk te maken dat zij zich er niet voor hoeven te schamen dat daarvoor in hun geval behandeling nodig is. Men kan er soms op wijzen dat juist fijngevoelige mensen meer last van traumatische gebeurtenissen hebben dan minder gevoelige typen. Het kan ook nuttig zijn cliënten literatuur te geven waarin zij zichzelf herkennen. De Keijser en Schut (1991) geven een bruikbaar overzicht van boekjes die hiervoor in aanmerking komen. Het is niet altijd verstandig deze literatuur al in het begin aan de orde te stellen. Het kan zijn dat cliënten er dan niet aan toe zijn en dat het beter is te wachten tot een latere fase, wanneer er al een begin is van heroriëntatie.

##### *4.2 Het stellen van vragen over het verleden en instructies geven voor het schrijven*

Alvorens de cliënt gaat schrijven zijn er zittingen waarin de therapeut doorvraagt over de traumatische ervaringen, om erachter te komen wat op dit moment als meest pijnlijk wordt beleefd. In aansluiting



Figuur 2: Schematisch overzicht van het proces van schrijfoopdrachten

hierop geeft hij precieze instructies over de vorm van het schrijven en over de thema's waarop de cliënt dient te focussen. Dus niet: 'Schrijf een brief aan uw vader', maar wel 'Schrijf een brief aan uw vader, waarin u hem duidelijk maakt waarom u zich door hem emotioneel verwaarloosd voelde.

#### *4.3 Het lezen van de brieven door de therapeut*

Vanaf het begin maakt de therapeut duidelijk dat de cliënt voor zichzelf schrijft, zodat de barrière om te schrijven zo laag mogelijk is. De meeste cliënten stellen het echter op prijs dat de therapeut leest wat zij schrijven. Het geeft hun taak extra gewicht en verleent het schrijven legitimiteit. Het is dan ook verstandig dit meelesen aan te bieden. Wanneer cliënten van dit aanbod gebruik willen maken, wordt hun aangeraden het origineel zelf te houden en voor de therapeut een kopie te maken die zij naar de zitting meenemen of van tevoren opsturen. Daarbij wordt afgesproken dat de inhoud niet per se besproken hoeft te worden. De ervaringen die de cliënt bij het schrijven heeft, leveren de belangrijkste gespreksstof. Het gebeurt echter vaak dat het geschrevene informatie oplevert die nieuw is en dermate van belang, dat het wel in de zitting aan de orde moet komen (Duurland & Hagenbeek, 1992). Flexibiliteit is ook hier mogelijk en wenselijk.

#### *4.4 Het bijstellen van de thema's*

Naar aanleiding van het bespreken van de ervaringen van de cliënten zal de therapeut steeds trachten de thema's bij te stellen en op de meest pijnlijke elementen te richten.

Belangrijke thema's die vaak voorkomen, zijn gevoelens van hulpeloosheid en gevoelens van schaamte en schuld. Er is flink wat literatuur waarin wordt benadrukt dat de mate van hulpeloosheid beslissend is voor het optreden van een posttraumatische stress-stoornis na een psychotrauma (Op den Velde, 1989). Enkele studies tonen aan dat, naarmate de patiënt zichzelf meer beschouwt als degene die schuldig is aan het gebeurde, de kans op psychiatrische stoornissen groter wordt (Morrow & Sorell, 1989). Men ziet dit bijvoorbeeld vaak bij slachtoffers van incest. De therapeut dient bij het bespreken van het geschrevene extra aandacht aan deze thema's te schenken en de cliënten te stimuleren om aan de betreffende persoon te schrijven wat hij of zij met betrekking tot deze punten heeft aangericht. De thera-

peut moet daarbij alert zijn op het mogelijk samengaan van woede en verdriet. Cliënten moeten dan worden geholpen erachter te komen welke component op welk moment belangrijker is en hoe zij daarover kunnen schrijven.

#### 4.5 *Verwerkende versus ontdekkende brieven*

Van Doorn en Aelen (1986) onderscheiden 'verwerkende' en 'ontdekkende' brieven. Daarmee bedoelen zij dat sommige brieven vooral tot gevolg hebben dat de angst of woede afneemt en dat andere brieven vooral tot doel hebben nieuw materiaal op te leveren dat inzicht kan geven in de werkelijk pijnlijke elementen. Hoewel deze twee aspecten meestal niet scherp uit elkaar zijn te houden, is het onderscheid nuttig. In de beginfase ligt het accent uiteraard vaak meer op het ontdekken.

Er zijn cliënten die veel moeite hebben zich bewust te worden van datgene waar zij het meest last van hebben. Het advies om het schrijven in periodes op te splitsen en daarbij van achteren naar voren te gaan, helpt dan vaak om meer vage herinneringen uit het verleden te actualiseren (Lange, 1992).

#### 4.6 *Het ritualiseren*

Op vaste tijden gaat de cliënt naar een vaste, met de therapeut afgesproken plek, waar hij alleen is en niet wordt gestoord. Hij leest wat hij de vorige keer heeft geschreven en gaat weer schrijven. Weet hij op een bepaald moment niet wat te schrijven, of durft hij niets op papier te zetten, dan blijft hij toch zitten en concentreert zich op zijn gevoelens. De drempel voor het schrijven wordt verlaagd door erop te wijzen dat hij alles kan opschrijven wat in zijn hoofd opkomt; de brief wordt toch niet verstuurd. Op zekere dag zal de cliënt (zo wordt hem meegedeeld) merken dat hij alles wat hij van belang acht heeft opgeschreven, en dat hij de behoefte voelt er een punt achter te zetten. Dan gaat de volgende fase in.

De therapeut en de cliënt stellen in onderling overleg vast hoe lang er achter elkaar geschreven gaat worden en met welke frequentie. Het kan variëren van elke dag drie kwartier tot bijvoorbeeld tweemaal per week anderhalf uur. Bij dergelijke strikte afspraken kan men vraagtekens zetten. Waarom zou men als het 'goed gaat' niet doorschrijven tot men 'klaar' is? Het antwoord is dat dit in uitzonderlijke gevallen wel eens gebeurt, maar als dit de afspraak is dan bestaat het gevaar dat

de cliënt door oververmoeidheid en overbelasting in paniek raakt en dat het schrijven een averechts effect heeft. Het omgekeerde, 'stoppen wanneer het niets oplevert', is ook niet aan te raden, dit werkt vermijding in de hand. Het is beter de drie kwartier vol te maken, zelfs al komt er weinig op papier, en dan meteen te stoppen.

#### 4.7 De 'rotte vis'-brief

Hoogduin (1980) komt de eer toe deze term te hebben geïntroduceerd. Indien woede een belangrijke component is in de emotie, wordt de cliënt in dit stadium aangespoord alles van zich af te schrijven zonder zich te bekommeren om taalfouten, stijl en inhoud (zo nodig inclusief 'scheldpartijen' wanneer die de gevoelens goed vertolken). Dit lijkt vaak gemakkelijker dan het is. Veel cliënten vinden het moeilijk om zo'n brief te schrijven. Het is dan ook van belang dat de therapeut duidelijk maakt dat deze brief echt alleen voor henzelf is bedoeld, ter verwerking van gevoelens (en nooit verstuurd dient te worden). Het is mogelijk al van tevoren aan te kondigen dat er in een later stadium een andere brief geschreven kan worden.

Wanneer boosheid geen overwegende rol speelt, is er uiteraard geen aanleiding voor een 'rotte vis'-brief. Toch blijft het belangrijk dat de cliënt in de eerste fase alles van zich af schrijft, zonder zich zorgen te maken over de inhoud van wat hij schrijft.

#### 4.8 De waardige brief als heroriëntatie en afscheid van het verleden

Wanneer het duidelijk is dat de cliënt 'klaar' is met de ongekuiste brief, dat wil zeggen dat de pijn en de invloed van het verleden zijn verminderd en de cliënt een punt achter het schrijven wil zetten, komt de volgende fase aan de beurt: het bekrachtigen van de veranderingen door een brief waarin de cliënt duidelijk maakt dat hij afscheid neemt van het verleden. Van deze brief is het wél de bedoeling dat hij wordt verstuurd en daarom is de terminologie hier wel van belang. Daarom is het vaak noodzakelijk dat de therapeut de cliënt coacht, zowel wat betreft de inhoud als de stijl van de brief. Het moet een brief zijn waarop de cliënt trots kan zijn; waarin hij zonder agressie (maar wel duidelijk) stelt wat hij heeft ervaren en welke invloed dit heeft gehad. De brief moet dus recht doen aan zijn gevoelens, maar mag geen onrecht doen aan de geadresseerde. Dat zou bij de cliënt tot schuldgevoelens kunnen leiden.

De therapeut kan de cliënt helpen een vorm en stijl te vinden die aan



beide voorwaarden voldoet. Hierbij is ook van belang dat de brief niet alleen over het verleden gaat, maar dat de cliënt ook tot een heroriëntatie komt wat betreft het heden en de toekomst. De brief moet uitstralen dat de cliënt afscheid neemt van de periode waarin hij zich heeft laten traumatiseren en hulpeloos maken, en de brief dient te beschrijven hoe de cliënt zich in de toekomst steviger zal gaan opstellen.

#### *4.9 Het versturen van de brief*

Wanneer het gaat om gebeurtenissen uit het verre verleden vinden slechts weinig cliënten het een goed idee de brief te versturen. Ze zijn bijna altijd bang dat de verzonden brief een averechts effect zal hebben en nodeloos polariseert. De ervaringen zijn echter anders. Meestal zijn de ontvangers blij met de brief. Vaak voelen zij al jaren dat er iets aan de hand is en hebben zij er zelf verdriet van. De afscheidsbrief kan dan het begin zijn van gesprekken en van intensivering van de verhouding. Zelfs wanneer de reactie niet positief is, blijkt het versturen van de brief niet schadelijk te zijn en geeft het de cliënt toch de voldoening het 'werk' te hebben afgerond.

Er zijn natuurlijk situaties waarin de brief aan niemand gestuurd kan worden, bijvoorbeeld, wanneer de betreffende persoon niet meer leeft. In dergelijke gevallen kan men de cliënt adviseren de brief symbolisch te versturen. Deze kan bijvoorbeeld worden begraven bij het graf van de geadresseerde, worden bewaard in een speciaal kistje, of worden verbrand. Uiteraard is het verstandig de cliënt zelf te laten bedenken hoe hij dit wil aanpakken en pas suggesties te geven wanneer hij er niet uitkomt.

#### *4.10 Gesprekken met de personen aan wie de brief is gericht*

Zoals we hierboven vermeldden, heeft het voor cliënten vaak onverwacht positieve effecten wanneer zij, na het schrijven van brieven en de gesprekken hierover met de therapeut, komen tot gesprekken met de persoon of personen op wie het geschrevene betrekking heeft. In de intergenerationele gezinstherapie (par.1) is het niet ongebruikelijk in het behandelingscontract al vast te leggen dat de (groot)ouders van cliënten ten minste eenmaal meekomen naar een zitting, indien de therapeut dit nodig acht (Framo, 1982). Ook als hier in het behandelingscontract niet over is gesproken kan de therapeut voorstellen een bepaalde ouder (of een ander 'significant' persoon) voor één of meer

gesprekken uit te nodigen. De therapeut kan zijn cliënt en die persoon (of personen) dan helpen de wederzijdse gevoelens over het verleden op een bevredigende, niet-beschuldigende manier te uiten.

Veel cliënten zien er echter tegenop hun ouders (of anderen) op die manier bij de behandeling te betrekken. Meestal is het ook niet noodzakelijk. In veel gevallen is er het bruikbare alternatief dat de cliënt zelf met de betreffende persoon gaat praten. De therapeut krijgt dan een 'coachende' (medierende) taak. Hij bespreekt van tevoren met de cliënt hoe deze te werk kan gaan en geeft instructies over de beste manier om de persoon in kwestie voor een dergelijk gesprek uit te nodigen. Het is bijvoorbeeld beter een ouder voor een afspraak op te bellen of naar hem of haar toe te gaan dan te wachten tot zich 'een gelegenheid' voordoet. Het dramatische tintje dat door het maken van een speciale afspraak wordt verkregen, verhoogt de kans op succes bij het zetten van de eerste stap. Verdere instructies hebben betrekking op de manier waarop het gesprek gevoerd dient te worden. De cliënt moet proberen ervoor te zorgen dat hij én de persoon in kwestie kunnen zeggen wat zij op hun hart hebben, zonder dat er nodeloze beschuldigingen en debatten ontstaan. Ze moeten, kortom, proberen de communicatieregels (par. 3) in praktijk te brengen. Vaak is het geven van adviezen door de therapeut niet afdoende. Rollenspelen, waarbij de therapeut of een ander gezinslid de betrokken persoon speelt, zijn dan een belangrijk hulpmiddel.

De meeste cliënten zien erg op tegen een gesprek met een ouder of een ander persoon uit het verleden. De ervaring is echter dat het gesprek in bijna alle gevallen niet alleen meevalt, maar zelfs als bevrijdend en opluchtend wordt ervaren, ook door de ander. Vaak is het een aanzet tot een betere verhouding.

#### *4.11 Het proces beëindigen door een ritueel*

Een afscheidsritueel is vaak de laatste stap in het proces van verwerking en afscheid nemen. Het is een symbolische markerings van de afstand die de cliënt van het verleden heeft genomen.

Afscheidsrituelen zijn niet altijd nodig om het proces te bekrachtigen. Vaak geven cliënten aan dat het 'rituele schrijven' en het 'versturen van de brieven' genoeg zijn. Wanneer er echter aanwijzingen zijn dat een afscheidsritueel de verwerking zal versterken, is het verstandig cliënten aan te moedigen dit te doen. Uiteraard is het aan hen te besluiten welke symbolen het beste gebruikt kunnen worden, maar de

therapeut kan wel bepaalde ideeën aandragen, zoals het bezoeken van een graf, iets speciaals voor jezelf kopen of een reis maken.

Vaak hebben afscheidsrituelen iets te maken met 'linking objects'; voorwerpen die de band met een overledene symboliseren (Van der Hart & Ebbers, 1991). Dit kan bijvoorbeeld het geval zijn bij een moeder, die de kamer van haar overleden zoon drastisch gaat veranderen en voor hergebruik geschikt maakt. Het komt ook voor dat men iets 'doet' met sieraden van degene om wie het gaat. Uiteraard zal de aard van het ritueel afhankelijk zijn van wat men tot uiting wil brengen. Woede na scheiding vraagt om een ander ritueel dan verdriet na overlijden.

In de literatuur over rituelen komt men vaak gevalsbeschrijvingen tegen waarin afscheidsrituelen worden gebruikt zonder dat er een periode van verwerking aan is voorafgegaan (Van der Hart & Boon, 1991; Van der Hart & Ebbers, 1991). Dergelijke interventies lijken spectaculair, maar een waarschuwing is op zijn plaats. Wanneer het gaat om sterke onverwerkte emoties is het van belang de timing goed in de gaten te houden en eerst te onderzoeken of cliënten al toe zijn aan afscheid nemen. Er zijn echter ook afscheidsrituelen waarbij het accent meer ligt op het afsluiten van een periode en het inluiden van een nieuwe fase dan op het verwerken van de emoties.

#### *4.12 Met of zonder de partner en gezinsleden*

Voor zover dat mogelijk is, is het zinvol dat de partner (of zelfs het gehele gezin) bij een deel van de 'verwerkingszittingen' aanwezig is. Zeker wanneer het probleem verband houdt met een partner of met een gezinslid kan diens aanwezigheid op de zitting zinvol zijn, maar het is niet noodzakelijk. Ook wat dit betreft is flexibiliteit wenselijk en dient de therapeut zijn strategie aan te passen aan de behoeften van de cliënten. Wanneer de schrijver van de brief geremd wordt door de aanwezigheid van anderen kan hij, tot dit deel van de behandeling voorbij is, beter alleen komen. Wanneer dit niet het geval is kunnen partners of andere gezinsleden juist behulpzaam zijn.

Het verschil met individuele therapie is dat het betreffende gezinslid de veranderingen niet in zijn eentje doormaakt en niet van de anderen vervreemdt. Deze zijn er immers nauw bij betrokken. Zij zijn aanwezig bij het bespreken van de ervaringen met het schrijven en bij de manier waarop de afscheidsbrief tot stand komt. Zij kunnen worden betrokken bij de voorbereiding van gesprekken met ouders en bij het

bedenken van een afscheidsritueel. Het voorkomt dat er problemen ontstaan doordat de gezinsleden niet begrijpen wat er gebeurt en daardoor het schrijven en verwerken bemoeilijken.

#### *4.13 Korte of lange therapie*

Sommige behandelingen nemen weinig zittingen in beslag. Andere vergen een veel langere tijd. Dit is een goede afspiegeling van de werkelijkheid, waarin een grote variatie is in het aantal zittingen dat nodig is voor het verwerken van traumatische ervaringen. De verschillen in tijdsduur hangen niet zonder meer samen met de ernst en chroniciteit van de klachten. Het is dan ook niet te voorspellen hoe lang het duurt tot het schrijven 'aanslaat'. De therapeut doet er goed aan niet ongeduldig te worden wanneer veranderingen niet snel komen. Het is beter de cliënt te blijven helpen zich op relevante thema's te richten en hem te motiveren door te gaan tot het proces van verzadiging is beëindigd.

#### *4.14 Acceptatie en steun*

Het vraagt van de therapeut een zekere alertheid, standvastigheid en zelfs hardheid om cliënten die in een pathologisch rouwproces zijn verwickeld, of last hebben van posttraumatische stress-symptomen, te richten op zelfconfrontatie, al of niet met schrijfoopdrachten. Juist daarom moeten we er de nadruk op leggen dat dit alleen maar kan en mag als de therapeutische sfeer wordt gekenmerkt door acceptatie en steun. Het kan bovendien nodig zijn dat de therapeut tussen de zittingen bereikbaar is voor de cliënten.

#### *4.15 Het combineren met andere therapeutische elementen*

In veel gevallen is het schrijven over het verleden weliswaar een belangrijk element, maar is het niet afdoende om de huidige problemen op te lossen. Het wordt dan gecombineerd met (of gevolgd door) andere interventies, zoals sociale-vaardigheidstraining en het plannen van activiteiten (bij depressieve cliënten).

#### *4.16 Medicatie*

Cliënten met symptomen van posttraumatische stress of pathologische rouw gebruiken vaak medicijnen. Het is soms aan te raden om het medicijngebruik te reduceren, zodat zij meer van de behandeling

profiteren. Dit dient echter altijd in overleg met de behandelend arts te geschieden. Een abrupt staken van de medicatie is meestal uit den boze.

## 5. De geschiedenis van schrijfoopdrachten en het onderzoek ernaar

Het schrijven van brieven aan leden van het gezin van herkomst komt in de gezinstherapie het eerst voor bij de transgenerationale stroming, in een briljant essay van Bowen (Anonymous, 1972). De nadruk lag echter niet zozeer op zelfconfrontatie en verwerking als wel op het herstel van de relaties met het gezin van herkomst. Het ging voornamelijk om het versturen van de brief. In de jaren tachtig is het geritualiseerde schrijven als onderdeel van een verwerkingsproces beschreven door onder andere Van der Hart (1984). Later zijn er diverse gevalsbeschrijvingen gepubliceerd waaruit de effectiviteit blijkt van het schrijven door patiënten met pathologische rouw of andere symptomen van posttraumatische stress (Van Doorn & Aelen, 1986; Lange, 1988; 1992). Er is echter slechts een geringe hoeveelheid systematisch en gecontroleerd onderzoek op dit terrein.

Lattanzi en Hale (1984) onderzochten met behulp van vragenlijsten zestien proefpersonen die een naaste hadden verloren en daarna met behulp van schrijfoopdrachten waren begeleid. De onderzoekers waren geïnteresseerd in de mate van gestructureerdheid van het schrijven, de mate van zelfonthulling en de timing van de interventie. De methode was niet voor iedereen geschikt, maar wel voor de meeste proefpersonen. Ze stelt, volgens de auteurs, cliënten in staat hun angst, hoop en fantasie te onderzoeken en tot uitdrukking te brengen. Bovendien bleek het schrijven ook tot verandering van cognities en een betere manier van omgaan met het verlies te leiden.

In een serie experimenten vergeleek Pennebaker het effect van schrijfoopdrachten over traumatische gebeurtenissen met het effect van schrijven over triviale zaken, op een aantal variabelen als het algemeen welbevinden, fysiologische variabelen en de hoeveelheid bezoeken aan de huisarts (Harber & Pennebaker, 1992; Pennebaker, 1989; Pennebaker & Beall, 1986; Pennebaker, Colder, & Sharp, 1990; Pennebaker, Kiecolt-Glaser & Glaser, 1988). Hun bevindingen waren bemoedigend. Met behulp van een 'minimale' interventie werden sig-

nificante verschillen in de voorspelde richting gevonden, waarbij met name de invloed van het schrijven op de fysiologische afweerprocessen (de immuunproliferatie) opvallend leek te zijn.

Op deze 'Pennebaker-experimenten' is nogal wat aan te merken, onder andere waar het om de metingen gaat (Neale, Cox, Valdimarsdottir & Stone, 1988). Het is ook onduidelijk hoe de schrijfoopdrachten precies zijn verstrekt en begeleid, en generalisatie van gegevens over Pennebaker's 'campus-studenten' naar de klinische praktijk is zeker niet zonder meer gewettigd. Maar de resultaten zijn een stimulans voor verder onderzoek.

Een meer klinisch karakter heeft het onderzoek van Pennebaker, Barger en Tiebaut (1990). Zij lieten 33 oorlogsslachtoffers gedurende één tot twee uur praten over hun ervaringen. De interviews werden van minuut tot minuut beoordeeld op de mate van trauma die erin voorkwam. Op langere termijn (veertien maanden later) bleek de mate van zelfonthulling in positieve zin samen te hangen met gezondheidsvariabelen. In een andere poging de experimenten van Pennebaker een meer klinisch karakter te geven, vergeleken Murray, Lamnin en Carver (1989) een groep studenten die twee schrijfsessies hadden ondergaan met een groep die een zeer korte psychotherapie had gekregen. Hun conclusie luidde: schrijfoopdrachten hebben vooral positieve gevolgen wanneer ze tot cognitieve herstructurering leiden.

In een onderzoek aan de Universiteit van Amsterdam werden 34 studenten, die allen hadden gerapporteerd dat zij last hadden van traumatische ervaringen, onderworpen aan een identieke behandeling (De Goederen & Sporry, 1992). In een eerste sessie kregen zij gezamenlijk uitleg over het fenomeen 'schrijfoopdrachten' en precieze instructies hoe in hun geval daarmee om te gaan. Hieraan voorafgaand hadden zij de Profile of Mood States vragenlijst (de POMS) en de Symptom Checklist (de SCL-90) ingevuld (respectievelijk Wald & Mellenbergh, 1990 en Arrindeil & Ettema, 1986). Gedurende een maand schreven alle proefpersonen op geritualiseerde wijze over de trauma's die zij hadden ervaren. In deze periode vulden zij elke week dezelfde vragenlijsten in, terwijl zij bovendien dagelijks op een vast tijdstip hun stemming in een cijfer vastlegden.

Deze 'minimale' interventie resulteerde in een significante verbetering van de stemming van de proefpersonen (weerspiegeld in de dagelijkse registraties) en een eveneens significante (opvallend sterke) afname van angst, vermoeidheid, spanning en depressie, gemeten met de

POMS en de SCL-90. Na afloop van het experiment werd aan alle proefpersonen een gestructureerd interview afgenomen. Hieruit bleek dat zij zelfconfrontatie en cognitieve heroriëntatie beschouwden als de elementen die het meest tot de verbetering hadden bijgedragen. Deze resultaten stemmen overeen met die van een studie van Pennebaker (1993). Daarin komt naar voren dat proefpersonen meer vooruitgingen (wat betreft gezondheid) naarmate de lading van wat zij geschreven hadden meer negatief was gekleurd en naarmate zij meer inzicht in hun gevoelens hadden gekregen.

Davidovich en Salomon (1993) voerden een replicatie uit van het experiment van De Goederen en Sporry, waarbij zij ook gebruik maakten van een controlegroep. Een groep van 24 proefpersonen ging eerst een periode schrijven over triviale zaken, alvorens over de trauma's te gaan schrijven. Bij de andere groep was het omgekeerd. Hun bevindingen ondersteunden die van de De Goederen en Sporry.

Door dezelfde onderzoeksgroep, in dit geval door Duurland en Hagenbeek (1992), werd een kwalitatieve studie uitgevoerd in een praktijksetting. Maatschappelijk werkers van de Amsterdamse PTT werden getraind om geritualiseerde schrijfoopdrachten te gebruiken bij 'multiprobleem'-cliënten, die hadden geleden onder uiteenlopende trauma's als seksueel geweld, fysiek geweld, overvallen, scheiding en ziekten. Hoewel aan dit onderzoek slechts negen cliënten meededen, waren de resultaten bemoedigend. De mate van psychopathologie (gemeten met de SCL-90) verminderde significant, en de stemming (gemeten met behulp van dagelijkse registratie) ging significant omhoog. Verder liet deze studie zien dat het belangrijk is therapeuten van dergelijke 'moeilijke' cliënten goed te trainen in het geven van de instructies, het richten op de relevante thema's en het kiezen van de juiste timing van het schrijven ten opzichte van andere interventies.

## **6. Technieken die niet op zelfconfrontatie zijn gebaseerd**

De kern van het verwerkingsmodel is gebaseerd op de leertheorie met haar nadruk op confrontatie met prikkels die men juist tracht te vermijden. In dit hoofdstuk is geprobeerd duidelijk te maken dat schrijfoopdrachten hierbij zeer nuttig kunnen zijn en cliënten kunnen helpen afscheid te nemen van een traumatisch verleden. Het schrijven is een economische techniek die relatief weinig therapie-uren vraagt en bovendien goed is in te passen in gezinsbehandelingen. Dit betekent

niet dat de schrijfpdracht de enig aangewezen manier van behandelen is. We hebben gezien hoe de gedragstherapeutische methode verloopt, met het vele doorvragen en met haar imaginaire confrontaties (het tijdens de zitting in gedachten teruggaan naar de traumatische situatie). We hebben ook gezien dat het vruchtbaar is schrijfpdrachten te combineren met tijdens de zitting uitgevoerde interventies die eveneens tot zelfconfrontatie leiden. Voor een gedetailleerdere beschrijving van de gedragstherapeutische aanpak zij verwezen naar Ramsay (1979) en naar Burger, Oeloff en Van der Poel (1993).

Imaginaire confrontatie doet denken aan hypnose. Uiteraard is hypnose een effectief middel om cliënten te helpen bij het 'terughalen van de traumatische ervaring' en de daarbij horende zelfconfrontatie. Informatie hierover treft men aan bij Cladder (1990), Van der Hart en Boon (1991) en Hoencamp en Spinhoven (1991). Het zou te ver voeren daar in dit kader over uit te wijden. Eén hypnotische techniek wil ik echter wel noemen, aangezien deze een alternatief vormt indien de methode van zelfconfrontatie en verwerking niet succesvol is. Deze techniek wordt beschreven door Van Dijck (1983). In plaats van de door hem behandelde cliënte met een angststoornis te confronteren met het verleden dat haar parten speelde, hielp de therapeut haar met behulp van hypnose het verleden effectief te vergeten; een elegante benadering, die lijnrecht lijkt te staan tegenover de hier gepropageerde aanpak. Veel ervaring is er echter nog niet met deze methode, al is door Gregory (1984) wel een pleidooi gehouden voor vergelijkbare hypnotische technieken bij het behandelen van posttraumatische stress-stoornissen.

Een nieuwe techniek, waar we eveneens niet te diep op in gaan, is de 'Eye Movement Desensitization' (EMD) die gebruikt kan worden wanneer het gaat om angstwekkende beelden uit het verleden (Shapiro, 1989 en 1991). De cliënt maakt een hiërarchie van de traumatische ervaringen. Vervolgens roept hij van de belangrijkste het beeld op, waarna de therapeut (staande voor de cliënt) een vinger heen en weer beweegt en de cliënt vraagt de vinger te volgen. Tijdens de ritmische oogbewegingen die hierdoor ontstaan, dient de cliënt het beeld van de traumatische herinnering in gedachten te houden, totdat het beeld verzwakt en de emoties verdwijnen. Dan is het volgende beeld aan de beurt, en zo verder. De Jongh en Ten Broeke (1993) beschrijven een jonge vrouw die met EMD succesvol is behandeld voor sterk intrusieve flashbacks (over seksueel misbruik) en angstdromen. Zij rapporte-



ren eveneens een succesvolle behandeling van een 35-jarige man met extreme angst voor de tandarts (ontstaan na een traumatisch verlopen behandeling in het buitenland). De methode lijkt simpel, maar is het niet volgens bovengenoemde auteurs. Zij waarschuwen dat behandelaars die geen training in EMD hebben gehad, de methode niet moeten toepassen. Bovendien is er nog niets bekend over de theoretische achtergronden van deze methode en de uitwerking op langere termijn (Merckelbach, 1993).

## 7. Discussie, indicaties en contra-indicaties van schrijfo opdrachten

### 7.1 *De cliënt kan of wil niet schrijven*

We hebben als illustratie voor ons model vooral succesvolle behandelingen gebruikt. Dit betekent niet dat schrijfo opdrachten altijd afdoende zijn. Om te beginnen zijn er cliënten die niet kunnen schrijven, of er dermate weinig in zijn bedreven dat zij het per se niet willen. Zulke cliënten kan men vragen hun 'verhaal' in te spreken in een cassette recorder, met vergelijkbare instructies als voor het schrijven. Over de effecten hiervan is nog niet veel bekend, al melden Pennebaker, Hughes en O'Heeron (1987) positieve resultaten van een experiment waarin gebruik werd gemaakt van bandrecorders. Hierbij was interessant dat de onmiddellijke effecten kleiner waren wanneer de proefpersoon wist dat er iemand meeluisterde dan wanneer dit niet het geval was. Generalisatie van deze experimentele gegevens naar de praktijk lijkt vooralsnog voorbarig.

### 7.2 *Cliënten met een ernstige depressie en een extreem negatief zelfbeeld*

Er zijn cliënten die wel kunnen schrijven maar zo depressief zijn, dat zij geen letter op papier krijgen. Ook met behulp van precieze instructies komen zij niet tot welke vorm van zelfconfrontatie dan ook. We zagen dit bij een jonge vrouw die leed aan depressie en sociale angst. Eerdere behandelaars hadden al vastgesteld dat de overdominantie van haar moeder een grote invloed op haar huidige gesteldheid had uitgeoefend. Hoewel de vrouw het hiermee eens was, bleek het voor haar onmogelijk om met behulp van schrijven deze kant van haar verleden te verwerken.

Een ernstige depressie wordt in de gedragstherapeutische literatuur beschouwd als een contra-indicatie voor een confronterende rouwverwerking (Ramsay, 1979). Men acht het gevaar voor de cliënt dan te

groot. Bij schrijfofdrachten is die kans kleiner, aangezien de methode minder heftig is. De kans dat er niets positiefs gebeurt is echter wel degelijk aanwezig. Van de gebruikelijke timing (eerst verwerken en daarna of daarbij de huidige situatie aanpakken) dient dan te worden afgeweken. Het is in dat geval beter om eerst zoveel mogelijk het herstel van het functioneren in de huidige situatie te bewerkstelligen, bijvoorbeeld door medicatie, cognitieve therapie, gezinstherapie of een combinatie hiervan.

### *7.3 Cliënt die bewust of door amnesie geen melding maken van wel aanwezige trauma's*

Wanneer cliënten in het begin van een behandeling melding maken van traumatische ervaringen in het verleden, ligt het voor de hand het verwerkingsproces in het begin van de behandeling tot onderwerp van interventie te maken, tenzij er contra-indicaties zoals de hierboven genoemde zijn. Het komt echter ook voor dat cliënten niet over traumatische episodes reppen en het alleen hebben over hun huidige klachten, terwijl er wel degelijk sterke verbanden met het verleden zijn.

Wanneer cliënten lijden aan dissociatieve stoornissen (zoals kan voorkomen na langdurig seksueel misbruik) ligt het schrijven van brieven niet voor de hand. Er is dan een langere explorerende fase nodig, en zelfs daarna blijkt het schrijven van brieven vaak nog onvoldoende effect te hebben. De behandeling kan dan wel gecombineerd worden met steunende gesprekken en hypnose (Van Dyck, 1990; Van der Hart, 1991).

### *7.4 Cliënten die de invloed van het heden onderschatten*

Er zijn ook cliënten die ten onrechte al hun problemen aan het verleden wijten en daardoor niet toekomen aan oplossingen in het heden. Een voorbeeld daarvan is beschreven door Lange (1988). Het gaat om een gezin waarin ernstige spanningen heersten, die alle werden toegeschreven aan het feit dat vader een oorlogsslachtoffer was. Een nadere taxatie liet echter zien dat vader relatief goed met zijn oorlogsverleden kon leven, maar dat hij zich hulpeloos voelde in het gezin waarin moeder een coalitie vormde met de kinderen en hem omschreef als ineffectief (door de oorlog). In deze behandeling werd (in tegenstelling tot de voorbeelden hierboven) er vrij snel voor gekozen het verleden niet tot een (uitzichtloos) hoofdthema te maken, maar het gezin te helpen oplossingen te vinden voor de huidige conflicten, waardoor vader beter zou gaan functioneren.

## 8. Samenvatting

In dit artikel hebben we gezien op welke manieren het verleden een rol kan spelen in gezinsbehandelingen en dat het nodig kan zijn hier expliciet aandacht aan te geven. We hebben een gedetailleerde beschrijving gegeven van het verwerkingsmodel, dat is gebaseerd op het helpen van cliënten om zichzelf te confronteren met wat het meest pijnlijk is, totdat verzadiging en uitdoving is bereikt.

Opdrachten in de vorm van het schrijven van brieven, eventueel gevolgd door een afscheidsritueel, nemen daarbij een voorname plaats in en kunnen worden aangevuld met interventies tijdens de zittingen. Hoewel deze technieken in individuele therapieën bruikbaar zijn, hebben ze ook binnen gezinstherapieën grote waarde. Het past in de moderne opvattingen over gezinstherapie dat de therapeut dergelijke technieken tot zijn beschikking heeft en ze, indien nodig, in zijn gezinsbehandelingen kan integreren.

Dit artikel is een bewerking van hoofdstuk 12 van het boek van A. Lange, *Gedragveranderingen in gezinnen*, Groningen: Wolters Noordhoff, 6e herz.dr.1994. De casus van Nelleke Beekstra die is ingevoegd, is ontleend aan het artikel 'Gestructureerde schrijfopdrachten in families van getraumatiseerde patiënten: wanneer, hoe en waarover' van A. Lange, dat verscheen in: *Systeemtherapie* vol. 7 (1995) 4, pp. 205-218.

## Literatuur

- Abdulla, A.K., *Catharsis in literature*. Bloomington: Indiana University Press, 1985.
- (Anonymous), 'Toward the differentiation of the self in one's own family', in: J.L. Framo (ed.), *Family interactions*. New York: Springer, 1972.
- Arrindell, W.A. en J.H.M. Ettema, *scl-90, Handleiding bij een multidimensionele psychopathologie-indicator*. Lisse: Swets & Zeitlinger, 1986.
- Averill, J.R., 'Grief: Its nature and significance', in: *Psychological Bulletin* vol. 70 (1968) 6, pp. 721- 748.
- Bowlby, J., 'Processes of mourning', in: *The International Journal of Psycho-analysis* vol. 42 (1961) 4 en 5, 317-340.
- Burger, A., L. Oeloff, en R. van der Poel, 'Praktijk en oefening van imaginaire confrontatie', in: J.W.G. Orlemans, e.a. (red.), *Handboek voor gedragstherapie (studenteneditie)*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 1993.
- Cladder, J.M., *Hypnose als hulpmiddel bij psychotherapie*. Lisse: Swets & Zeitlinger, 1990.

- Davidovich, U. en H.B. Salomon, *The effects of writing in processing trauma; An experimental study*. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, Vakgroep Klinische Psychologie, 1993.
- Davidson, J.R.T. en E.B. Foa, 'Diagnostic issues in posttraumatic stress disorder: Considerations for the DSM-IV', in: *Journal of Abnormal Psychology* vol. 100 (1991) 3, pp. 346-355.
- Davies, B., J. Spinetta, I. Martinson, S. McClowry en E. Kulenkamp, 'Manifestations of levels of functioning in grieving families', in: *Journal of Family Issues* vol. 7 (1986) 3, pp. 297-313.
- Dijk, R. van, 'Een metafoor als hulpmiddel ter bevordering van amnesie', in: *Kwartalschrift voor Directieve Therapie en Hypnose* vol. 3 (1983) 1, pp. 55-64.
- Doorn, M. van en F. Aelen, 'De schrijfofdracht: van oud zeer naar nieuwe zin', in: *Directieve Therapie* vol. 6 (1986) 2, pp.100 - 115.
- Duurland, C.I.A. en H.P. Hagenbeek, *Schrijfofdrachten. Een pilot studie bij getraumatiseerd PTT-personeel*. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, Vakgroep Klinische Psychologie, 1992.
- Emmelkamp, P.M.G., C.A.L. Hoogduin, M.A. van den Hout, 'Angststoornissen', in: W. Vandereycken, C.A.L. Hoogduin en P.M.G. Emmelkamp (red.), *Handboek psychopathologie* vol. 1. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 1990.
- Framo, J.L., *Explorations in marital and family therapy*. New York: Springer, 1982.
- Frijda, N., *The emotions*. Cambridge: Cambridge University Press, 1986.
- Goederen, A. de en A. Sporry, *Schrijfofdrachten. Een experimenteel onderzoek naar de effecten en procedures*. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, Vakgroep Klinische Psychologie, 1992.
- Gregory, P.B., 'Treating symptoms of post-traumatic stress disorder with neurolinguistic programming', in: R. Bandler (red.), *Magic in action*. Cupertino, Cal.: Meta Publications, 1984.
- Harber, K.D. en J.W. Pennebaker, 'Overcoming traumatic memories', in: S.A. Christianson (ed.), *The handbook of emotion and memory; Research and theory*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum, 1992.
- Hart, O. van der, *Rituelen in psychotherapie. Overgang en bestendiging*. Deventer: Van Loghum Slaterus, 1984.
- Hart, O. van der (red.), *Trauma, dissociatie en hypnose*. Lisse: Swets & Zeitlinger, 1991.
- Hart, O. van der en S. Boon, 'Schrijfofdrachten en hypnose in de behandeling van traumatische herinneringen', in: O. van der Hart (red.), *Trauma, dissociatie en hypnose*, Lisse: Swets & Zeitlinger, 1991.
- Hart, O. van der en J. Ebbers, 'Afscheidsrituelen in de behandeling van gezinnen met problemen', in: J. Hendrickx, e.a. (red.), *Handboek gezinstherapie (studenteneditie)*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 1991.

Hoencamp, E. en P. Spinhoven, 'De beslissing om hypnose toe te passen. Indicaties, contra-indicaties en mogelijke nadelige gevolgen', in: R. van Dyck, Ph. Spinhoven en J.W. van der Does (red.), *Hypnose en hypnotherapie*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 1991.

Hokanson, J.E., 'Psychophysiological evaluation of the catharsis hypothesis', in: E.I. Megargee en J.E. Hokanson (eds.), *The dynamics of aggression*. New York: Harper & Row, 1970.

Hoogduin, K., 'De drie brieven', in: K. van der Velden e.a. (red.), *Directieve therapie* vol. 2. Deventer: Van Loghum Slaterus, 1980.

Horowitz, M.J., 'Stress-response syndromes. A review of posttraumatic stress and adjustment disorders', in: J.P. Wilson en B. Raphael (eds.), *International handbook of traumatic stress syndromes*. New York: Plenum Press, 1993.

Jongh, A. de en E. ten Broeke, 'Een nieuwe behandelingsmethode voor angst en trauma's: "Eye movement desensitization and reprocessing"', *Directieve Therapie* vol. 13 (1993) 2, pp.161-170.

Keijser, J. de en H. Schut, *Individuele rouwbegeleiding. Een programma voor hulpverleners*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 1991.

Lange, A., 'Techniques and timing in directive family therapy with victims of the holocaust', in: E. Chigier (ed.), *Grief and bereavement in contemporary society* vol. 2. Jerusalem: Freund, 1988.

Lange, A., 'Leefstijdsregressie met behulp van schrijfoopdrachten', in: K.van der Velden e.a. (red.), *Directieve therapie* vol. 4. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 1992.

Lange, A., 'Writing assignments in the treatment of grief and traumas from the past', in: J. Zeig (ed.), *Ericksonian approaches, the essence of the story*. New York: Brunner/Mazel, 1994.

Lattanzi, M. en M.E. Hale, 'Giving grief words: Writing during bereavement', in: *Omega Journal of Death and Dying* vol. 15 (1984) 1, pp. 45-52.

Lazarus, R.S., 'The stress and coping paradigm', in: C. Eisdorfer, D. Cohen, A. Kleinman en P. Maxim (eds.), *Models for clinical psychopathology*. New York: Spectrum, 1981.

Lazarus, A.A., *A casebook of multimodal therapy*. New York: The Guilford Press, 1985.

Merckelbach, H., 'Eye movement desensitization. Kanttekeningen bij De Jongh en Ten Broeke', in: *Directieve Therapie* vol. 13 (1993) 2, pp. 172-177.

Morrow, K.B. en G.T. Sorell, 'Factors affecting self-esteem, depression, and negative behaviors in sexually abused female adolescents', in: *Journal of Marriage and the Family* vol. 51 (1989) pp. 677- 686.

Murray, E.J., A.D. Lamnin en C.S. Carver, 'Emotional Expression in written essays and psychotherapy', in: *Journal of Social and Clinical Psychology* vol. 8 (1989) 4, pp. 414-429.

Neale, J.M., D.S. Cox, H. Valdimarsdottir en A.A. Stone, 'The relation between immunity and health: Comment on Pennebaker, Kiecolt-Glaser, and Glaser', in: *Journal of Consulting and Clinical Psychology* vol. 56 (1988) 4, pp. 636-637.

- Op den Velde, W., 'Posttraumatische stress-stoornissen', in: *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* vol. 133 (1989) 32, pp. 1586-1593.
- Pennebaker, J.W., 'Confession, inhibition and disease', in: L. Berkowitz (ed.), *Advances in experimental social psychology* vol. 22. New York: Academic Press, 1989.
- Pennebaker, J.W., 'Putting stress into words. Health, linguistic, and therapeutic implications', in: *Behaviour Research Therapy* vol. 31 (1993) 6, pp.539-548.
- Pennebaker, J.W. en S.K. Beall, 'Confronting a traumatic event: Toward an understanding of inhibition and disease', in: *Journal of Abnormal Psychology* vol. 95 (1986) pp. 274-281.
- Pennebaker, J.W., S.D. Barger en J. Tiebaut, 'Disclosure of traumas and health among holocaust survivors', in: *Psychosomatic Medicine* vol. 51 (1990) pp. 577-589.
- Pennebaker, J.W., M. Colder en L.K. Sharp, 'Accelerating the coping process', in: *Journal of Personality and Social Psychology* vol. 58 (1990) 3, pp. 528-537.
- Pennebaker, J.W., Ch.F. Hughes en R.C. O' Heeron, 'The psychophysiology of confession. Linking inhibitory and psychosomatic processes', in: *Journal of Personality and Social Psychology* vol. 52 (1987) 4, pp. 781-793.
- Pennebaker, J.W., J.K. Kiecolt-Glaser en R. Glaser, 'Disclosure of traumas and immune function. Health implications for psychotherapy', in: *Journal of Consulting and Clinical Psychology* vol. 56 (1988) 2, pp. 239-245.
- Rachman, S.J., 'Emotional processing', in: *Behaviour Research and Therapy* vol. 18 (1980) pp.51-60.
- Ramsay, R.W., 'Rouwtherapie', in: J.W.G. Orlemans (red.), *Handboek voor gedragstherapie*. Deventer: Van Loghum Slaterus, 1979.
- Scheff, T.J. en D.D. Bushnell, 'A theory of catharsis', in: *Journal of Research in Personality* vol. 18 (1984) pp. 238-264.
- Shapiro, F., 'Eye movement desensitization. A new treatment for posttraumatic stress disorder', in: *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry* vol. 20 (1989) 3, pp. 211-217.
- Shapiro, F., 'Eye movement desensitization & reprocessing procedure. From FMD to EMD/R - a new treatment model for anxiety and related traumata in', in: *The Behaviour Therapist* vol. 12 (1991) pp. 133-135.
- Thiadens, A.J.H., en J.R.F. Rijnders, 'Rouwprocessen', in: *Medisch Contact* vol. 38 (1983) 11, pp.307-310 + vol. 38 (1983) 12, pp. 341-344.
- Wald, F.D.M. en G.J. Mellenbergh, 'De verkorte versie van de Nederlandse vertaling van de Profile of Mood States (POMS)', in: *Nederlands Tijdschrift voor de Psychologie* vol. 45 (1990) pp. 86-90.