

Imaginatie-cognitieve herstructurering van vijandige gedachten

Interventieprotocol¹

MARTIJN VAN TEFFELLEN, MARISOL VONCKEN, FRENK PEETERS, ELINE MOLLEMA & JILL LOBBESTAEEL

Samenvatting

Cognitieve herstructurering (CR) is een werkzame interventie voor het verminderen van transdiagnostische hostiliteit. Evidentie uit onderzoek suggereert echter dat de werkzaamheid van traditionele CR verder kan worden verbeterd. Een veelbelovende mogelijkheid voor het verbeteren van de werkzaamheid van CR is het werken met imaginatietechnieken. Een eerder onderzoek in een steekproef van N = 87 mensen uit de algemene populatie die bovengemiddeld scoorden op hostiliteit toonde aan dat het verrijken van CR met mentale beelden (I-CR) de werkzaamheid van traditionele CR verhoogde: I-CR leidde tot een grotere vermindering van vijandige overtuigingen en agressieve neigingen dan CR. In dit artikel beschrijven we de rationale van deze I-CR-procedure en hoe deze is toe te passen, geïllustreerd met casusvoorbeelden. Toekomstige studies zullen moeten uitwijzen of het gebruik van dit protocol nuttig is voor patiënten met klinische niveaus van hostiliteit.

Trefwoorden: imaginatie, cognitieve herstructurering, hostiliteit

Kernboodschappen voor de klinische praktijk

- ▶ Het huidige artikel biedt inzicht in hoe een imaginatietechniek kan worden geïntegreerd met standaard cognitieve herstructurering van vijandige gedachten.
- ▶ Het bijgevoegde interventieprotocol biedt een praktisch handvat dat gebruikt kan worden voor de toepassing van deze innovatieve techniek. De techniek dient echter eerst nader onderzocht te worden voordat het protocol geïmplementeerd kan worden in de klinische praktijk.

1 Dit artikel is een aangepaste vertaling van: van Teffelen et al., 2021a.

INLEIDING

108

.....

Hostiliteit is een karaktertrek die bestaat uit de neiging om boos affect en vijandige cognities te ervaren en agressief gedrag te vertonen (APA, 2014; Barefoot, 1992; Chaplin, 1982). Hostiliteit bestaat uit een aantal lagere-ordedimensies: een cognitieve dimensie (vijandige attitude), een affectieve dimensie (woede) en een gedragsmatige dimensie (agressie). Hostiliteit is geassocieerd met verregaande negatieve gevolgen, zoals huiselijk geweld (Henrichs et al., 2015), een verhoogd risico op hartziekten (Smith, 1992) en suïcidaliteit (Ammerman et al., 2015). Een studie bij 3800 poliklinische patiënten met psychische klachten in de Verenigde Staten toonde aan dat 21% van hen matig tot ernstig agressief gedrag rapporteerde in de voorafgaande week (Genovese et al., 2017). Van deze 3800 poliklinische patiënten was de meerderheid geclassificeerd met een depressieve stoornis, angststoornis of persoonlijkheidsstoornis. In dezelfde studie waren hostiliteitscijfers het hoogst bij mensen met periodieke explosieve stoornis, posttraumatische stressstoornis en cluster B-persoonlijkheidsstoornissen (51%). Al met al is het niet verwonderlijk dat het ervaren van verhoogde hostiliteit vaak een primaire reden is om behandeling in de ggz te zoeken (Lachmund et al., 2005).

De behandeling van hostiliteit wordt op vier vlakken bemoeilijkt. Ten eerste bevatten traditionele classificatie-instrumenten, zoals DSM-5 en ICD-11, geen ‘hostiliteitsstoornis’. In plaats daarvan worden verschillende aspecten van hostiliteit beschreven als symptomen van andere klinische aandoeningen. DSM-5 bijvoorbeeld bevat hostiliteitsaspecten in beschrijvingen van de intermitterende explosieve stoornis, de posttraumatische stressstoornis, de borderline-persoonlijkheidsstoornis, de paranoiaïde-persoonlijkheidsstoornis, de antisociale-persoonlijkheidsstoornis, de disruptieve stemmingsstoornis en de bipolaire stoornis. Sommige auteurs stellen daarom voor om een hostiliteitsstoornis op te nemen in toekomstige edities van classificatie-instrumenten (DiGiuseppe et al., 2012). Daarentegen stellen andere auteurs voor om hostiliteit te zien als een transdiagnostisch fenomeen (APA, 2014; Cassiello Robbins & Barlow, 2016; Fernandez & Johnson, 2016; Vidal-Ribas et al., 2016). Ten tweede wordt hostiliteit in verband gebracht met vroegtijdige beëindiging van de behandeling (Arntz et al., 2015; Cassiello-Robbins et al., 2015; Putt et al., 2001). Ten derde is hostiliteit positief geassocieerd met meer ernstige psychopathologie (Cassiello-Robbins & Barlow, 2016). Ten slotte wijzen onderzoeksuitkomsten uit dat hostiliteit kan bijdragen aan gevoelens van incompetentie bij therapeuten (von der Lippe et al., 2008). Al met al brengt pathologische hostiliteit een aantal conceptuele en klinische uitdagingen met zich mee. Deze uitdagingen benadrukken de toenemende erkenning van hostiliteit als klinisch probleem en het belang van effectieve interventiemethoden.

Gelukkig laten cognitief-gedragstherapeutische (CGT) programma's die ontwikkeld zijn voor de behandeling van hostiliteit gunstige resultaten zien (Hofmann et al., 2012). Zo bleek uit een studie naar de effecten van CGT bij mannelijke veteranen dat het identificeren van automatische gedachten, het herkennen van denkfouten en vaardigheidstraining leidden tot een grotere afname in boosheid ten opzichte van een wachtlijstconditie (Timmons et al., 1997). Desondanks profiteerde 34% van de patiënten die werden behandeld met CGT voor hostiliteit niet (of in mindere mate) van de behandeling (Hofmann et al., 2012). Er wordt bovendien gespeculeerd dat cognitieve technieken moeilijker toe te passen zijn bij hostiliteit dan (bijvoorbeeld) bij angststoornissen (DiGiuseppe et al., 1994). Vijandige gedachten gaan vaker over normen en waarden als eerlijkheid, schuld, rechtvaardiging en emotionele ontlading dan over de interpretatie van feiten (DiGiuseppe et al., 1994). De inhoud van dergelijke vijandige gedachten bemoeilijkt daarom de identificatie van onderliggende vijandige interpretatiebiases. Het problematische karakter van de behandeling van hostiliteit motiveerde ons om te onderzoeken hoe we de werkzaamheid van cognitieve interventies voor hostiliteit kunnen vergroten. Het verrijken van cognitieve interventies voor hostiliteit met imaginatietechnieken leek daarbij een waardevolle toevoeging.

De theoretische basis voor het verrijken van cognitieve interventies met mentale beelden is geworteld in het toenemende bewijs dat beelden een sterkere emotionele respons genereren dan enkel verbaal-linguïstische representaties van emoties (Holmes & Mathews, 2010; Pearson et al., 2015). Dit lijkt ook te gelden voor woede. Een kwalitatieve analyse van emoties en gedachten die werden gerapporteerd tijdens het oproepen van mentale beelden toonde bijvoorbeeld aan dat deze gelinkt zijn aan verschillende affecten, waaronder woede (Holmes et al., 2005). Het idee om imaginatie te integreren in CGT-behandeling is echter niet nieuw. Edwards (1990) gaf al een beschrijving van een interventie die imaginatietechnieken integreerde in cognitieve therapie. Een decennium later werden imaginatietechnieken geïntegreerd in bestaande CGT-interventies, zoals imaginaire exposure voor PTSS (Ehlers et al., 2005), imaginatie met rescripting voor traumatische jeugdherinneringen (Arntz & Weertman, 1999; Smucker et al., 1995) en imaginatietechnieken geïntegreerd in verbale CGT-technieken voor sociale angststoornis (McEvoy et al., 2015; McEvoy & Saulsman, 2014).

Pionierswerk van McEvoy en Saulsman (2014) in het toepassen van imaginatietechnieken in verbale CGT-technieken bevatte onder meer een cognitieve herstructureringsprocedure (CR). Deze procedure leek ons ook geschikt om vijandige gedachten uit te dagen. We besloten daarom om deze procedure aan te passen voor het uitdagen van vijandige overtuigingen. Het effect van deze imaginatie-CR-procedure (I-CR) hebben we onderzocht in een recente studie (van Teffelen et al., 2021b), waarin één sessie I-CR werd vergeleken met traditionele CR en met een actieve controleconditie (AC). Een steekproef van 87 Nederlandstalige mensen uit de algemene populatie

(72% vrouw) die hoog scoorden op een hostileitsmaat werd willekeurig toebedeeld aan I-CR ($n = 34$), CR ($n = 32$) of AC ($n = 21$). Alle condities bevatten een psycho-educatiefase, een inventarisatiefase en een interventiefase. In de inventarisatiefase werd deelnemers gevraagd een recente autobiografische situatie te beschrijven die hen nog steeds boos maakte. De condities waren gelijk op een aantal punten na. De I-CR-conditie bevatte behalve de traditionele CR-interventie een imaginatiecomponent. De sessies werden individueel toegepast. Om uit te sluiten dat eventuele gevonden effecten verklaard konden worden door louter de lengte of duur van de interventie, werden deelnemers in de traditionele CR- en AC-condities in aanvulling op de 'interventie' gevraagd om een gedachtedagboek in te vullen, zodat deze condities qua design en lengte grofweg overeenkwamen met de I-CR-conditie. De interventies werden alle uitgevoerd in therapieopstelling (twee stoelen met een tafeltje ertussen) in een onderzoekslab. Er was geen dropout gedurende het experiment. Vijandige gedachten (de geloofwaardigheid van een vijandige gedachte die werd opgeroepen door een autobiografische situatie), agressieve neigingen (de neiging om agressief te reageren in een autobiografische situatie), momentane boosheid (opgeroepen door een autobiografische situatie) en hostileitsstreken werden gemeten vóór en na interventie, en één week na interventie. Ook werden proefpersonen blootgesteld aan een emotionele stressor (het imaginair herbeleven van de situatie) één week na behandeling. De interventies werden uitgevoerd door drie getrainde masterstudenten klinische psychologie. Van de therapie-sessies werden audio-opnamen gemaakt, die vervolgens werden beoordeeld op integriteit van de uitgevoerde behandeling door twee bachelorstudenten klinische psychologie. Analyse van de integriteitsdata liet zien dat één therapeut minder goed presteerde dan de andere twee. Om deze reden werd de variabele 'therapeut' meegenomen als random variabele in de mixed regressieanalyse. Over het algemeen werd de kwaliteit van de uitgevoerde interventies door de masterstudenten als 'goed tot excellent' beoordeeld in meer dan 71% van de gevallen. Dit impliceert dat het protocol kwaliteitsvol is uit te voeren door gevorderde studenten, mits die goed getraind zijn. De hypothese was dat I-CR werkzamer zou zijn in het reduceren van vijandige gedachten, agressieve neigingen, boosheid en hostileitsstreken ten opzichte van CR en AC. Demografische gegevens van de sample lieten zien dat het hostileitsniveau van deze sample vergelijkbaar is met dat van een klinische populatie. Eén persoon (1%) lukte het niet om in de imaginatiefase een mentaal beeld te vormen. Deze persoon werd meegenomen in de analyse. Vier andere personen (5%) hadden moeite een vijandige gedachte te formuleren. Deze personen zijn niet meegenomen in de analyse, omdat het vervolg van het protocol afhankelijk was van de geformuleerde gedachte. De resultaten lieten zien dat vijandige gedachten, agressieve neigingen en momentane boosheid sterker daalden in zowel I-CR als CR, vergeleken met AC, met een medium effectgrootte. I-CR was ook werkzamer dan CR en AC in het ver-

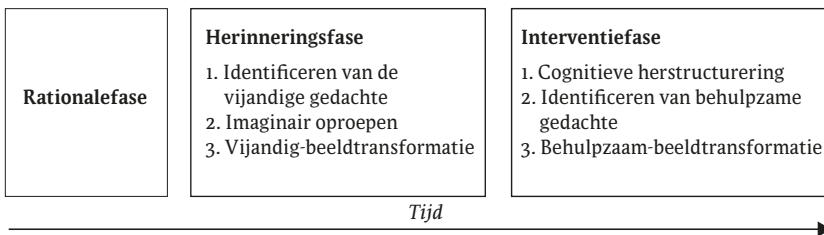
lagen van vijandige overtuigingen en agressieve neigingen, met een kleine effectgrootte. Voor mensen in de I-CR-groep hield het effect na één week aan. Deze resultaten suggereren dat het implementeren van imaginatietechnieken in CR voor vijandige gedachten het effect ervan kan versterken.

In het huidige artikel zullen we de details van bovengenoemde I-CR-procedure voor hostiliteit beschrijven, geïllustreerd met voorbeelden van deelnemers aan deze studie, en zullen we moeilijkheden en uitdagingen voor hostiliteitsbehandeling bespreken. De reden om dit protocol te beschrijven is dat het gebruikt kan worden voor verder onderzoek, bijvoorbeeld naar mogelijkheden voor implementatie in de klinische praktijk.

IMAGINATIE-COGNITIEVE HERSTRUCTURERING

.....

Een kort overzicht van de I-CR-interventie wordt weergegeven in figuur 1. Kort gezegd omvat de procedure drie fasen: (1) rationale, (2) herinnering en (3) interventie. De procedure begint met de rationalefase: een gedetailleerde uitleg van de techniek aan de hand van een neutraal voorbeeld. Vervolgens wordt de deelnemers in de herinneringsfase gevraagd een recente gebeurtenis te beschrijven die het gevoel van boosheid of vijandigheid heeft opgeroepen. Terwijl men zich de gebeurtenis herinnert, wordt de sterkst gerelateerde vijandige gedachte geïdentificeerd. Hierna worden deelnemers begeleid om de gebeurtenis opnieuw te beleven. Dit wordt gedaan met het imaginatie-interview beschreven door Hackmann en collega's (2000). Daarna wordt de deelnemers gevraagd om hun vijandige overtuiging om te zetten in een mentaal beeld. Vervolgens ondergaan de deelnemers in de interventiefase een reguliere, verbale cognitieve uitdaging (CR), die wordt afgesloten met het formuleren van een meer helpende gedachte. Hoewel tijdens cognitieve herstructurering veel technieken kunnen worden gebruikt (bijvoorbeeld multidimensionale evaluatie of de taartdiagramtechniek), hebben we McEvoy en Saulsman (2014) gevolgd door gebruik te maken van 'bewijs verzamelen' (Beck, 2011). Het verzamelen van bewijs moedigt deelnemers aan om de vijandige gedachte ofwel te ondersteunen, ofwel te ontkrachten. Ten slotte wordt de deelnemers gevraagd om hun helpende gedachte om te zetten in een behulpzaam (dat wil zeggen: minder vijandig) mentaal beeld. De volledige versie van het I-CR-protocol is te vinden in de bijlage.



FIGUUR 1 *Overzicht van de I-CR-interventie*

RATIONALEFASE

112

.....

Aan het begin van de sessie starten we met het geven van een uitleg over de interventie. De rationalefase duurt ongeveer 10 minuten. De deelnemers krijgen een interactief voorbeeld (zie kader hierna) dat vaak wordt gebruikt bij CGT om de relatie tussen gedachten, gevoelens en gedrag uit te leggen. De I-CR-procedure volgt dit voorbeeld, met als belangrijk verschil dat er bepaalde onderdelen van de imaginatieprocedure aan zijn toegevoegd, waardoor deelnemers kunnen oefenen met het genereren van vijandige en behulpzame mentale beelden. Instructies worden met een rustige stem gegeven, met voldoende pauze na elke zin, zodat de deelnemers een duidelijk beeld van het voorbeeld kunnen creëren in de imaginatie.

Eerst wordt de deelnemers gevraagd zich voor te stellen dat ze in bed liggen en wakker worden van een hard geluid. Daarna worden ze begeleid bij het genereren van het vijandige beeld van een inbreker. Vervolgens wordt de deelnemers gevraagd een behulpzaam beeld te genereren en dat te 'installeren'. Het volgende kader bevat een getranscribeerd voorbeeld van Jan (pseudoniem), een van de deelnemers aan ons experiment.² Jan is een 40-jarige, hoogopgeleide, getrouwde man met twee kinderen, die fulltime werkt.

Therapeut: Sluit alsjeblieft je ogen. Stel je het volgende voor. Je ligt 's nachts in je bed. Voel het bed waarop je ligt. Voel je hoofd op het kussen. Voel de deken over je heen. Voel de matras. Hoor de nachtelijke geluiden in je kamer. Plots word je midden in de nacht wakker van een hard geluid. De gedachte die door je hoofd flitst is: 'Het is een inbreker.' Zie je de inbreker je huis binnenkomen? Als wat je ziet een afbeelding is, kun je dan beschrijven wat je ziet?

Jan: Eh ... oké. Ik zie een man mijn voordeur binnenkomen.

Therapeut: (*Stelt de vragen in een langzaam tempo, in interactie met de deelnemer*)
Hoe ziet de inbreker eruit ...? Wat doet de inbreker ...? Welke gezichtsuitdrukking heeft de inbreker ...? Welke houding heeft de inbreker ...?

Jan: Nou ... Hij is helemaal in het zwart gekleed en ziet er louche uit. Hij breekt mijn voordeur open. Hij ziet er gluisperig uit, met een gemene grijns op zijn gezicht. Zijn ogen zijn donker, ik kan ze niet zien (*grijnzend*).

Therapeut: Dat is prima zo, Jan, je doet het goed. Wat voel je (in je lichaam)?

Jan: Nou, ik voel dat ik boos word. Ik voel me heel boos. Mijn hart begint te bonzen en mijn handen beginnen te zweten.

Therapeut: En wat doe je?

Jan: Ik wil opstaan en hem pakken. Ik moet iets vinden om mezelf mee te verdedigen of hem flink te laten schrikken.

2 Een schriftelijke toestemmingsverklaring is verkregen om dit transcriptiemateriaal te gebruiken.

- Therapeut: Oké Jan, goed gedaan. Nu gaan we naar een volgend beeld. Kun je je voorstellen dat iets onschuldigers het geluid heeft voortgebracht? Ja? Zoals?
- Jan: Eh ... Nou, het kan ook zijn dat mijn kat ergens tegenaan is gebotst terwijl hij een vlieg achternazat.
- Therapeut: Heel goed, Jan. Hoe ziet dit er in je verbeelding uit? Wat doet de kat? Hoe ziet het eruit? Welke houding heeft hij?
- Jan: Ik heb zo'n kleine tafel in het midden van de kamer en ik zie mijn kat een vlieg achternazitten. Hij wordt enthousiast. Hij springt over een stoel, maar dan knalt hij tegen de tafel. Een vaas valt eraf en breekt op de grond in stukken.
- Therapeut: Heel goed. Nu wil ik je vragen om het beeld als het ware terug te spoelen en terug te gaan naar het moment dat je in bed ligt te slapen. Maar als je nu wakker wordt, wil ik je vragen duidelijk het beeld van je kat voor ogen te halen: hoe die tegen de tafel crasht terwijl hij achter een vlieg aanjaagt. Oké? Nu lig je 's nachts in je bed. Voel het bed waarop je ligt. Voel je hoofd op het kussen. Voel de deken om je heen. Voel de matras. Hoor de nachtelijke geluiden in je kamer. Plots word je midden in de nacht wakker van een hard geluid. Zie je het beeld van je kat? Wat voel je nu? Hoe reageer je op dit beeld?
- Jan: Ja, ik kan het duidelijk zien. Ik voel me rustiger, omdat dit al vaker is gebeurd. Ik draai me om en val weer in slaap.
- Therapeut: Oké, je kunt je ogen weer openen. Ik wil graag de twee beelden bespreken die je zojuist hebt gecreëerd. Wat valt je op? Wat is het verschil?
- Jan: Nou, de tweede keer met de kat was een stuk minder spannend.
- Therapeut: Inderdaad, Jan. Het verschil laat zien dat niet de situatie zelf (het harde geluid), maar onze interpretatie ervan, oftewel het beeld dat de situatie oproept (de inbreker of de kat) bepaalt hoe we ons voelen en gedragen. In de techniek die we zo direct gaan gebruiken, bevragen we jouw interpretatie van een situatie die voor jou relevant is.

HERINNERINGSFASE

.....

Identificeren van de vijandige gedachte

.....

Nadat we de rationale van de interventie hebben uitgelegd, vragen we onze deelnemers om zich een autobiografische gebeurtenis te herinneren die hen nog steeds boos maakt. Doorgaans duurt de hele herinneringsfase ongeveer 20 minuten. Om de vijandige overtuiging vast te stellen, vragen we de deelnemers: 'Wat is het ergste van deze gebeurtenis?' En daarbij specifiek: 'Wat zegt dit over de intentie van de ander?' Vervolgens moedigen we de deelnemers aan om de betekenis van de gebeurtenis in één zin samen te vatten. Op basis van onze klinische ervaring en ervaringen in de pilotfase van het onderzoek besloten we dat deze vijandige gedachte uit de volgende elemen-

ten moest bestaan: een agressor, een slachtoffer, schadelijk gedrag en een intentie. Bijvoorbeeld: 'Mijn moeder (agressor) zei iets gemeens tegen mijn vriend (schadelijk gedrag) over mij (slachtoffer) om ons opzettelijk uit elkaar te drijven (intentie).' Samenvattingen van één zin van de gebeurtenis (bijvoorbeeld: 'Mijn vriend ging zonder mij op vakantie') respectievelijk van de vijandige gedachte (bijvoorbeeld: 'Mijn moeder zei tegen mijn vriend iets gemeens over mij om ons opzettelijk uit elkaar te drijven') worden vervolgens op een whiteboard geschreven. Tabel 1 geeft voorbeelden van gebeurtenissen en hun gerelateerde vijandige gedachten bij drie deelnemers (Jan, Bastiaan en Kim).

TABEL 1 *Voorbeelden van gebeurtenissen en gerelateerde vijandige gedachten in drie casussen*

Participant	Gebeurtenis	Vijandige gedachte	Vijandig beeld
Jan	Mijn dochter loog door te zeggen dat ze geen seks had met haar vriendje.	Ze doet dit met opzet om mij pijn te doen.	Minachtend sluw klein kind dat me belachelijk maakt.
Bastiaan	Mijn moeder zei tegen mijn vriend dat hij zonder mij op vakantie moest gaan.	Ze zegt opzettelijk schadelijke dingen om mij en mijn vriend te scheiden.	Een smalend lachende oude heks, met een rimpelige, gemeen lachende gezichtsuitdrukking.
Kim	Mijn vriendin gedraagt zich opgefokt op mijn verjaardag.	Mijn vriendin probeert doelbewust mijn verjaardag te verpesten.	Mijn vriendin kijkt me aan met boze, beschuldigende ogen, en met gekruiste armen.

Imaginaire oproepen

Nadat de vijandige gedachte is geïdentificeerd, wordt de deelnemers gevraagd zich de situatie in imaginatie op te roepen. Het doel van deze fase is om deelnemers de woede-inducerende gebeurtenis imaginair te laten herbeleven, als voorbereiding op de volgende fase, waarin de vijandige gedachte wordt omgezet in een vijandig beeld. Tijdens het terugroepen van de beelden wordt de deelnemers gevraagd om hun woede-inducerende gebeurtenis te beschrijven met hun ogen dicht, alsof die hier en nu plaatsvindt, en om gebruik te maken van al hun vijf zintuigen.

Vervolgens gaan we bij de deelnemer na of deze een optimaal niveau van hostiliteit ervoer (dat wil zeggen: hoog genoeg om enige hostiliteit te voelen, maar niet in die mate dat een deelnemer zich erdoor overweldigd voelt). Daarna herhalen we de vijandige gedachte die op het whiteboard is geschreven.

In het volgende kader ziet u het voorbeeld van Jan (zie tabel 1). Zijn 15-jarige dochter vroeg om seksuele voorlichting, omdat ze een jongen op school had ontmoet die ze leuk vond. Jan legt uit dat voor hem een van de belangrijkste dingen in de opvoeding van zijn dochter is haar te leren dat liegen niet wordt getolereerd. Terwijl hij zijn dochter seksuele voorlichting geeft, komt hij erachter dat zijn dochter de dag ervoor al seks heeft gehad.

Therapeut: Oké, Jan, nu wil ik je vragen je ogen te sluiten. Stel je voor dat je teruggaat naar de situatie waarin je erachter kwam dat je dochter loog over seks. Ga terug naar het moment waarop je het meeste boos was. Beschrijf zo levendig mogelijk wat er gebeurde, alsof het hier en nu plaatsvindt.

Jan: Oké, ik zit in de situatie. Ik zit in de woonkamer met mijn dochter, mijn vrouw zit iets verderop. Mijn dochter vertelt me dat ze eigenlijk al seks heeft gehad met die jongen. Het is alsof er een zwart waas over me heen komt, alsof mijn hersenen in overdrive gaan. Alle rede is uit mijn lichaam weggevloeid, ik voel alleen maar woede. Ik ben zo zwaar teleurgesteld dat ik begin te vloeken.

Therapeut: Kun je dit in een beeld zien? Kun je beschrijven wat je ziet?

Jan: Mijn vrouw staat achter me in de hoop dat ik geen gekke dingen doe. We zijn in de woonkamer. Het gezicht van mijn dochter is zo wit als het maar zijn kan. Als blikken konden doden, had ik op dat moment zeker iemand vermoord. Ik sta daar, en ik ben erg gespannen.

Therapeut: Hoor je of ruik je iets?

Jan: Nee, het is doodstil. Ik ruik niets.

Therapeut: Wat voel je (in je lichaam)?

Jan: Ik heb het gevoel alsof mijn hart uit mijn lichaam gaat springen, alsof ik onder 480 volt sta. Mijn borstspieren zijn super gespannen. Alsof ik super onstabiel nitroglycerine ben, dat iemand met een vonkje kan doen ontploffen. Ik ben woedend.

Therapeut: Voel je het nu?

Jan: Ja, maar veel minder dan toen.

Therapeut: Oké. Probeer het gevoel zo sterk mogelijk te maken. Concentreer je op de spanning in je borst en op je bonzende hart. Wat nu door je hoofd gaat is: 'Ze doet dit met opzet om me pijn te doen.'

Vijandig-beeldtransformatie

Aangekomen bij de 'hotspot' van de gebeurtenis, gaan we verder met de transformatie van de vijandige gedachte in een vijandig beeld. Daartoe laten

we de deelnemers een mentaal beeld genereren dat zo levendig mogelijk is, en tegelijkertijd alle zintuiglijke en affectieve informatie adequaat vastlegt. Belangrijk is dat we de deelnemers vertellen dat dit beeld niet realistisch hoeft te zijn, zolang het de gevoelens van een deelnemer maar adequaat weergeeft. In het volgende kader gaan we verder met de transcriptie van de casus Jan. Andere voorbeelden van vijandig-beeldtransformaties worden gegeven in tabel 1.

- Therapeut: Heel goed, Jan. Je kunt je ogen dichthouden. Nu wil ik je vragen om je zo gedetailleerd en levendig mogelijk voor te stellen hoe het eruit zou zien in een beeld dat je dochter dit met opzet deed om je pijn te doen. Ik ben niet op zoek naar een realistisch beeld. Het is de bedoeling dat het beeld je gevoelens weergeeft, niet de werkelijkheid. Het kan bijvoorbeeld een beeld zijn zoals in een tekenfilm. Gebruik zoveel mogelijk details. Hoe ziet je dochter eruit? Hoe kijkt ze naar je? Welke houding heeft ze?
- Jan: Eh, oké. Het is alsof ik erg lang ben, en zij is erg klein. Ik kijk op haar neer. Ik zie de foto van een minachtend, sluw klein kind dat me belachelijk maakt. Ze lacht als een duiveltje.

INTERVENTIEFASE

.....

Cognitieve herstructurering en identificeren behulpzame gedachte

.....

Nadat we een vijandige gedachte en een vijandig beeld hebben geïdentificeerd, noteren we de geloofwaardigheid ervan: de waarschijnlijkheid dat de gedachte waar is, van 0% tot 100%. Daarna gaan we verder met de cognitieve techniek 'bewijs verzamelen'. Meestal duurt deze fase nog eens 20 tot 30 minuten. Tijdens deze fase vragen we de deelnemers om met bewijs te komen ter ondersteuning van en bewijs tegen hun vijandige gedachte. Om dit te doen, vragen we de deelnemers: 'Waaruit blijkt dat je gedachte waar is?' 'Zijn er mogelijk andere gebeurtenissen die je hebt meegemaakt die het bewijs sterker maken?' 'Waaruit blijkt dat je gedachte misschien niet waar is?' 'Heb je ervaringen waaruit blijkt dat de gedachte niet altijd waar is?' 'Heb je iets soortgelijks eerder meegemaakt? Zo ja, wat heb je ervan geleerd dat je mogelijk kan helpen?' We noteren de bewijzen op het whiteboard onder de kopjes 'bewijs voor' en 'bewijs tegen' de gedachte. Daarna vragen we de deelnemers: 'Als je kijkt naar het bewijs dat je hebt aangevoerd, wat zou je dan concluderen over je oorspronkelijke gedachte? Kun je een alternatieve, meer behulpzame gedachte bedenken?' Een voorbeeld wordt getoond in tabel 2.

TABEL 2 Voorbeelden van het verzamelen van bewijs

Bewijs vóór gedachte	Bewijs tegen gedachte	Behulpzame gedachte
Jan		
Ze zegt niet dat ze ongelijk heeft en probeert op te komen voor haar vriendje.	Ze was bang of schaamde zich om me te moeten vertellen dat ze seks heeft gehad. Ze handelde impulsief. Haar vriendje heeft haar misschien gepusht. Ik ben conservatief, en dat weet ze. Ze is nog maar een kind, te naïef.	Ze is dom geweest en nog maar een klein meisje dat hulp nodig heeft van haar vader.
Bastiaan		
Ik zei echt het tegenovergestelde van wat mijn moeder tegen mijn vriend zei. Ze deed het achter mijn rug om.	Misschien heeft mijn vriend iets anders verteld. Misschien interpreteerde ze het anders. Mijn moeder was boos over iets anders.	Mijn moeder moet boos zijn geweest om iets anders.
Kim		
Ze klonk boos. Ze deed afstandelijk.	Haar ouders gaan scheiden en hadden de avond ervoor ruzie in haar aanwezigheid. Misschien reageerde ze dingen af op mij, maar meende ze het niet.	Mijn vriendin heeft problemen thuis.

Behulpzaam-beeldtransformatie

Na het verzamelen van bewijs vragen we de deelnemers om hun geformuleerde behulpzame gedachte om te zetten in een behulpzaam beeld. De procedure is dezelfde als de transformatie van het vijandige beeld. Voorbeelden van het omzetten van behulpzame gedachten in beelden worden weergegeven in tabel 3.

Nadat deelnemers een behulpzaam beeld hebben geformuleerd, vragen we hun om het te ‘installeren’. Hiertoe herhaalt de therapeut het vijandige beeld dat aan het einde van de imaginatiefase werd beschreven (de ‘hot-spot’ van woede; in de casus Jan is dat een minachtend, sluw, klein kind, lachend als een duiveltje). De therapeut vraagt de deelnemer dit oude beeld te vervangen door het nieuwe behulpzame beeld (in de casus Jan is dat een verlegen meisje met Bambi-achtige ogen; zie het kader hierna). Het is onze klinische indruk dat de meeste behulpzame beelden een zekere mate van medelijden of empathie met de agressor bevatten, of erkenning van diens tekortkomingen. Ten slotte vragen we de deelnemers wat ze voelden toen ze naar deze behulpzame afbeelding keken en vragen we hen hun ogen te openen. In veel gevallen merkten we dat de deelnemers compassie kregen voor hun ‘agressor’.

TABEL 3 *Voorbeelden van gebeurtenissen en gerelateerde behulpzame gedachten in drie casussen*

Participant	Gebeurtenis	Behulpzame gedachte	Behulpzaam beeld
Jan	Mijn dochter loog door te zeggen dat ze geen seks had met haar vriendje.	Ze is dom geweest en is slechts een klein meisje dat hulp nodig heeft van haar vader.	Een timide hulpeloos meisje dat daar staat, met Bambi-achtige ogen, nerveus aan het spelen met haar haar.
Bastiaan	Mijn moeder zei tegen mijn vriend dat hij zonder mij op vakantie moest gaan.	Mijn moeder moet boos zijn geweest om iets anders.	Vrouw aan de keukentafel die aan het telefoneren is en eruitziet alsof ze niet weet wat ze moet doen.
Kim	Mijn vriendin gedraagt zich nerveus op mijn verjaardag.	Mijn vriendin heeft problemen thuis.	Mijn vriendin heeft ruzie met haar ouders en kijkt gekweld.

Therapeut: Ik zou je nu willen vragen om deze alternatieve, behulpzame overtuiging dat ‘ze dom is geweest en nog maar een klein meisje, dat de hulp van haar vader nodig heeft’ in een beeld uit te drukken, net zoals we deden tijdens de vorige oefening met ‘de kat die tegen de tafel knalt terwijl hij achter een vlieg aanzit’. Sluit nu je ogen. Ik wil je vragen om je zo gedetailleerd en levendig mogelijk een plaatje voor te stellen van dat ‘ze dom is geweest en nog maar een klein meisje, dat de hulp van haar vader no-

- dig heeft'. Ik ben niet op zoek naar een realistisch beeld. Het beeld moet je gevoelens weergeven, niet de werkelijkheid. Zoals in een tekenfilm. Gebruik zoveel mogelijk details.
- Jan: Uh ... oké. Dus ik zie mijn dochter daar in de kamer staan. Ik zeg altijd tegen haar dat ze van die hertachtige ogen heeft, net als Bambi. Dus ik zie dit beeld van haar, staande in de kamer als een verlegen, onhandig, hulpeloos meisje met deze Bambi-ogen, terwijl ze zenuwachtig met haar haar speelt.
- Therapeut: Heel goed, Jan. Nu gaan we dit nieuwe beeld installeren. Je kunt je ogen dichthouden. Laten we teruggaan naar de situatie: je hebt net seksuele voorlichting gegeven, maar dan vertelt ze je dat ze eigenlijk al seks heeft gehad met die jongen. Je ziet de woonkamer, je vrouw achter je, je dochters gezicht zo wit als maar kan, het is doodstil. Wat nu door je hoofd gaat is dat 'ze dom is geweest en nog maar een klein meisje, dat de hulp van haar vader nodig heeft'. Verander nu het oude beeld in het nieuwe, behulpzame beeld van je dochter, die in de kamer staat als een verlegen, onhandig hulpeloos meisje met Bambi-ogen, dat zenuwachtig met haar haar speelt. Neem je tijd. Wat voor effect heeft dit beeld op je als je er naar kijkt?
- Jan: Nu ik haar zie, heb ik echt de drang om haar te helpen. Ik bedoel, ze is dom geweest, maar ze kan er niets aan doen, ze is nog zo jong. Ze heeft nog niets van de wereld gezien. Ja, ik wil met haar praten en haar troosten.

Potentiële problemen en oplossingen

.....

Na de beschrijving van de techniek willen we een aantal problemen bespreken die therapeuten kunnen tegenkomen. Een eerste probleem dat zich kan voordoen is dat deelnemers bij het omzetten van de gedachten in beelden blijven vasthouden aan een realistische beschrijving van wat er gebeurde. Wanneer dit gebeurt, kan het helpen om te herhalen dat het beeld niet realistisch hoeft te zijn, en dat het best karikatuur- of cartoonachtig mag zijn. Het kan ook helpen om aanvullende vragen te stellen, zoals: 'Hoe ziet de ander eruit?' 'Wat is zijn of haar gezichtsuitdrukking?' 'Wat is zijn of haar houding?' 'Is de persoon klein of lang?' 'Hoe ziet iemand eruit die een ander belachelijk maakt?'

Een tweede probleem waar een therapeut mogelijk tegen aanloopt is dat het beeld niet voldoende levendig wordt. Een levendig beeld is nodig om de emotie die erbij hoort goed te activeren (Hackmann et al., 2000). Vragen als: 'Wat zie je?' 'Wie is daar met jou?' 'Sta je of zit je?' kunnen een deelnemer helpen zich de situatie levendig voor te stellen. Het is dan nuttig om te zoeken naar signalen dat de deelnemer emotioneel wordt, zoals zweten of veranderingen in de gezichtsuitdrukking. Als er echter te veel vragen worden gesteld, kunnen deelnemers ook juist afgeleid raken of het gevoel krijgen dat ze het 'juiste' antwoord moeten geven. Dan is het aan te raden om het beeld samen te vatten en de deelnemer daarop te laten focussen.

Een derde probleem dat zich kan voordoen, is dat een deelnemer het mentale beeld in de verleden tijd gaat beschrijven. Dit vermindert de levendigheid en emotionaliteit van het beeld. Wanneer dit gebeurt, kan een therapeut een deelnemer helpen door de zinnen van de deelnemer te herformuleren: 'Dus je dochter kijkt naar je. Ze vertelt niet de waarheid.' Pas als een deelnemer in de verleden tijd blijft hangen, is het zaak dit te benoemen en de deelnemer aan te moedigen om de afbeelding in de tegenwoordige tijd te beschrijven.

Een vierde relevant probleem waar een therapeut tegen aan kan lopen, is wanneer een deelnemer meerdere 'scènes' of voorbeelden binnen een gebeurtenis beschrijft. Zo beschreef een deelnemer dat ze meerdere keren boos werd omdat ze een beloofde taxirit niet kreeg. Deze situatie omvatte meerdere scènes, zoals telefoneren, op de stoep wachten en praten met de hotelmedewerker. Dit kan worden aangepakt door de deelnemer de scène te laten selecteren die de meeste woede heeft veroorzaakt.

Ten vijfde kan een deelnemer een zekere loyaliteit hebben naar de 'agressor' toe, vooral als het gaat om hechte relaties. Deelnemers durven dan hun woede niet altijd niet te uiten, wat op zijn beurt de identificatie van vijandige gedachten bemoeilijkt. Een mogelijke oplossing voor dit probleem is dat de therapeut de woede 'normaliseert' door zich in te leven in de opgewekte woede. Als een deelnemer bijvoorbeeld beschrijft dat ze niet is uitgenodigd voor een feestje van vrienden met wie ze altijd omgaat, kan de therapeut reageren met: 'Echt niet? Dat meen je niet! Heeft hij of zij dat echt gedaan? Beseft hij of zij niet wat dit voor jou betekent? Ik kan me voorstellen dat je hier echt boos van werd!'

Een zesde probleem dat zich kan voordoen is wanneer een deelnemer niet in staat is om de woede die ooit met de situatie was geassocieerd opnieuw te ervaren, bijvoorbeeld vanwege schaamte of omdat er al een aantal behulpzame gedachten is ontwikkeld. In dat geval moet extra aandacht worden besteed aan de imaginatiefase. Tijdens het laatste deel van de imaginatiefase kan een therapeut de deelnemer nogmaals vragen om zich zoveel mogelijk te concentreren op de lichamelijke gewaarwordingen, het boze onrechtvaardige gevoel in al zijn details en de deelnemer voldoende tijd te geven om dit te doen. In sommige gevallen vermijden deelnemers actief moeilijke emoties. In dat geval zijn wellicht meerdere sessies vereist.

Ten slotte hebben therapeuten soms moeite om de stroom van woorden in één beknopte zin weer te geven. Hierbij kunnen ze ook vergeten om een vorm van 'intentie' van de agressor op te nemen (bijvoorbeeld: 'Hij of zij deed het met opzet').

Hoewel een aanzienlijk aantal potentiële problemen door de therapeut kon worden aangepakt, was de interventie toch niet voor alle deelnemers succesvol. Ten eerste waren sommige deelnemers niet in staat een mentaal beeld te genereren (1% van deelnemers), omdat ze het gevoel hadden dat ze dat niet

konden. Deze deelnemers bleven steken in een realistisch relaas van wat er gebeurde en zeiden dat ‘ze geen beeld konden bedenken’.

Ten tweede was het voor sommige deelnemers moeilijk om een gedachte te identificeren die geschikt was om uit te dagen, omdat de kern van de gedachte niet zozeer ging over intentionaliteit, maar meer over tolerantie of eerlijkheid (1% van deelnemers). Zo beschreef een man dat hij boos werd omdat de directie hem op zijn werk 3 minuten buiten een vergaderruimte liet wachten. De beste vijandige overtuiging die hij gaf, was: ‘Ze houden zich niet aan hun afspraak.’ In dit specifieke geval hielp het om te vragen: ‘Helpt het je om zo te denken?’

Ten derde zijn wij van mening dat het verzamelen van bewijs op zichzelf soms niet voldoende twijfel zaait over de opzet van de ‘agressor’ (1% van de deelnemers), maar dat het behulpzame of alternatieve beeld (zoals tabel 3 laat zien) er uiteindelijk voor zorgt dat een gevoel van sympathie of medelijden met de agressor ontstaat.

TOEKOMSTPERSPECTIEF

.....

Tot nu toe toonde alleen onze eigen studie aan dat wat betreft het verminderen van vijandige gedachten en agressieve neigingen één sessie I-CR in de loop van de tijd effectiever en robuuster is dan een actieve controleconditie of traditionele CR (van Teffelen et al., 2021b). Deze bevindingen werden echter verkregen bij voornamelijk vrouwen (72%) met verhoogde, maar niet-klinische niveaus van hostiliteit. Daarom is op dit moment onduidelijk of de interventie ook werkt in klinische steekproeven of in steekproeven met meer mannen. Het is ook onduidelijk of I-CR-effecten worden gemedieerd door (andere) persoonskenmerken, zoals iemands creativiteit of algemeen verbeeldingsvermogen. Hoewel we enkele deelnemers tegenkwamen die problemen leken te hebben met het genereren van mentale beelden, zijn er vooralsnog geen wetenschappelijke aanwijzingen dat een beter verbeeldingsvermogen ook leidt tot betere effectiviteit van dit soort imaginatie-technieken (Dibbets et al., 2012; Lee & Kwon, 2013). Bovendien moet er nog een aantal empirische vragen worden onderzocht. Het is bijvoorbeeld onduidelijk wat de impact is van meerdere sessies, wat het optimale aantal sessies is, of deze sessies generaliseren naar andere reallife situaties, en of het effect na verloop van tijd aanhoudt. Ten slotte stellen sommige auteurs dat woede zich niet alleen kan manifesteren als een primaire emotie, maar ook als een secundaire (bijvoorbeeld boos worden na gekwetst te zijn) (Pascual-Leone et al., 2013). In de huidige interventie benaderden we woede als een primaire emotie. Misschien kan focussen op woede als secundaire emotie of op affecten die naast woede voorkomen, leiden tot andere beelden.

Met betrekking tot verdere klinische implementatie van deze techniek is het van belang te vermelden dat de therapeuten in onze studie 20 uur uit-

gebrede training hebben gekregen. De training omvatte feedback op rolspellen, *pilot runs* en audio-opnamen door onze onderzoeksgroep, onder andere door een gediplomeerd klinisch psycholoog (E. M.) en een cognitief gedragstherapeut (M. V.) die ruime ervaring hebben met het gebruik van imaginatietechnieken in de klinische praktijk. In de dagelijkse klinische omgeving lijkt een dergelijke training moeilijk *on site* te realiseren. Er werd echter tijdens de training relatief veel tijd besteed aan het verfijnen van het protocol. Bovendien waren onze therapeuten masterstudenten die nog geen ervaring hadden met de CR-techniek ‘bewijs verzamelen’; bij ervaren therapeuten kan een training waarschijnlijk korter van duur zijn. Ook het aanbieden van de training in de vorm van nascholing vanuit bijvoorbeeld een opleidingsinstelling zou hierin een oplossing zijn.

Een belangrijker probleem is dat we merkten dat het voor de therapeuten lastig was om de vijandige en behulpzame gedachten te identificeren, en ze om te zetten in beelden. Het formuleren van duidelijke, uitdaagbare gedachten en beelden die de affectieve lading van een gedachte dekken, is essentieel voor de interventie, maar vergt tegelijkertijd ook verfijnde therapeutische vaardigheden. Onze therapeuten gaven aan dat ze het nuttig vonden om bij het formuleren van de gedachten op zoek te gaan naar intentionaliteit (‘ze doet dit met opzet om me pijn te doen’) en om bij het omzetten naar beelden vooral te zoeken naar karikatuurachtige beelden. Wanneer de techniek uiteindelijk wordt toegepast op meerdere situaties waarin hostiliteit een rol speelt, hopen we dat het effect ervan generaliseert naar nieuwe reallife situaties en zo leidt tot stabiele, langdurige symptoomverminderingen, zoals dat ook het geval is na CGT voor andere psychopathologie (Hofmann et al., 2012). Voor hostiliteit moet dit echter nog verder worden onderzocht. Het is onze visie dat meer onderzoek nodig is om de interventie aan te bevelen voor brede toepassing in de klinische praktijk. Uit wetenschappelijke evidentie zal moeten blijken of de techniek haalbaar, veilig en effectief is in verschillende klinische populaties, en door wie de techniek kan worden toegepast. Wij hopen dat dit labonderzoek leidt tot vervolgonderzoek dat gericht is op de mogelijkheden voor implementatie in de klinische praktijk.

Verder is het belangrijk te noemen dat wij bij de ontwikkeling van de huidige interventie een transdiagnostische benadering van hostiliteit hanteerden. Zoals we echter in de inleiding al aanhaalden, bestaat hostiliteit uit verschillende dimensies (te weten cognitief, affectief en gedragsmatig). Sommige mensen scoren hoog op affectieve aspecten van hostiliteit, terwijl anderen hoog scoren op cognitieve en gedragsmatige aspecten van hostiliteit. Binnen psychiatrische classificaties, zoals de DSM-5, worden deze hostiliteitsaspecten echter afwisselend gebruikt. De periodiek explosieve stoornis bijvoorbeeld bevat vooral de *gedrags*aspecten van hostiliteit, en de paranoïde-persoonlijkheidsstoornis vooral de *cognitieve* aspecten van hostiliteit. De posttraumatische-stressstoornis en de borderline-persoonlijkheidsstoornis bevatten zowel affectieve als gedragsmatige aspecten van

hostiliteit. Hoewel I-CR een effectieve vermindering liet zien op alle aspecten van hostiliteit, vertoonde het een verhoogde werkzaamheid op de cognitieve en gedragsmatige aspecten ervan, maar niet zozeer op de affectieve aspecten van hostiliteit, in vergelijking met traditionele CR. Om deze reden heeft I-CR mogelijk geen toegevoegde waarde ten opzichte van traditionele CR voor patiënten bij wie voornamelijk affectieve aspecten van hostiliteit een grote rol spelen. Voor patiënten met meer cognitieve en gedragsmatige aspecten van hostiliteit zou I-CR juist geschikter kunnen zijn dan traditionele CR.

In dit artikel beschreven we aan de hand van praktijkvoorbeelden het I-CR-interventieprotocol dat werd gebruikt in een gerandomiseerde gecontroleerde studie bij deelnemers met verhoogde hostiliteit (van Teffelen et al., 2021b). I-CR is een nieuwe techniek die de bekende verbale CR-techniek – de voor-tegen-analyse – combineert met het gebruik van imaginatie, oftewel mentale beelden. De hier beschreven techniek is gericht op het verminderen van vijandige overtuigingen in transdiagnostische hostiliteit. Deze I-CR-procedure is bedoeld voor deelnemers met een algemene neiging om situaties vijandig te interpreteren, maar ook voor deelnemers die worstelen met hostiliteit in specifieke situaties. Uit onze klinische ervaring blijkt dat beelden zowel de vijandige als de helpende gedachten beter lijken vast te leggen dan verbale formuleringen. Toekomstige studies moeten uitwijzen of het gebruik van dit I-CR-protocol even nuttig is voor deelnemers met klinische niveaus van hostiliteit.

BIJLAGE MAGINATIE-COGNITIEVE HERSTRUCTURERING VOOR
HOSTILITEIT: INTERVENTIEPROTOCOL

.....

Fase 1: Rationale

.....

Therapeut: We beginnen het onderzoek met het geven van uitleg over de techniek die we gaan toepassen. Hierom wil ik gebruikmaken van het volgende voorbeeld.

Hiervoor wil ik je vragen je ogen te sluiten.

Verbeeld het volgende. Je ligt in je bed, het is nacht ... Voel dat je op je bed ligt ... Voel je hoofd in het kussen ... Voel de deken over je heen ... Voel het matras ... Hoor de nachtelijke geluiden in je kamer ...³

Opeens word je midden in de nacht wakker van een hard geluid.

De gedachte die door je hoofd flitst is: ‘Het is een inbreker.’

3 Tip: Laat mensen even de tijd nemen zich dit voor te stellen.

Kun je voor je zien dat er een inbreker je huis binnenkomt? Hoe ziet dit eruit in een beeld? Waaraan zie je dat het een inbreker is? Wat doet de inbreker? Hoe kijkt de inbreker? Wat voor een houding heeft hij? Hoe ziet iemand eruit die inbreekt?

Wat voel je (in je lijf)?

Wat doe je in het beeld?

Zou je je ook kunnen voorstellen dat het geluid wordt veroorzaakt door iets onschuldigs? Wat dan? Hoe ziet dit eruit in een beeld? Wat doet de ander? Hoe kijkt de ander? Wat voor een houding had hij? Hoe ziet iemand eruit die ...

Dan wil ik je nu vragen de film weer terug te draaien en naar het moment te gaan dat je weer in je bed ligt te slapen. Als je zo opnieuw wakker wordt wil ik dat je [HERHAAL HIER WAT DE PROEFPERSOON AAN BEELD NOEMDE] voor je ziet. Je ligt in je bed, het is nacht ... Voel dat je op je bed ligt ...

Voel je hoofd in het kussen ... Voel de deken over je heen ... Voel het matras ... Hoor de nachtelijke geluiden in je kamer ...

Dan word je wakker van een hard geluid. Kun je het beeld [HERHAAL HIER HET BEELD] zien?

Wat voel je (in je lijf)?

Wat doe je in het beeld?

Je mag je ogen opendoen. Nu ben je er weer. Ik ga het nu met je hebben over deze twee beelden. Wat valt op aan deze twee verschillende beelden? Het verschil maakt duidelijk dat niet de situatie zelf (het harde geluid), maar het beeld dat we ons erbij vormen (dus de inbreker of iets onschuldigs) ervoor zorgt welke emotie je gaat ervaren, zoals angst, verdriet of boosheid. Binnen de techniek die we nu gaan toepassen zetten we vraagtekens bij de gedachten die aan de oorsprong liggen aan deze beelden.

Als je er klaar voor bent, kunnen we gaan werken met een negatieve ervaring die je zelf hebt meegemaakt.

Fase 2: Herinnering

.....

Deel 2.1: Identificeren van de vijandige gedachte

Therapeut: Graag bespreek ik een negatieve ervaring met je die je hebt meegemaakt, waarin je boos werd of je boos voelde en welke je nu, dus op dit moment, nog steeds boos maakt als je eraan terugdenkt. Het gaat om een situatie die je bijvoorbeeld thuis, op werk/school of in je sociale contac-

ten hebt beleefd.⁴ Kun je een situatie herinneren, waarin je boos werd of je boos hebt gevoeld? Wanneer je meerdere situaties herinnert, kies dan de situatie uit waar je het meest boos was.^{5,6}

Therapeut: Wat gebeurde er?

Whiteboard kop: SITUATIE

Therapeut: Wat dacht je? Wat ging er door je hoofd? Wat vond je ervan? Is dit de gedachte die je zo boos maakte? Waarom was het zo vervelend voor je? Wat waren de gevolgen? Wat zegt dit over de intentie van de ander?

Whiteboard kop: GEDACHTE

LET OP:

- ▶ Automatische gedachte in één zin formuleren
- ▶ Mal: [DADER] [SLACHTOFFER] [DAAD] [SLECHTE INTENTIE]
- ▶ Blijf bij woorden van de deelnemer, interpreteer ze niet

Therapeut: Wat voelde je? En wat deed je?

Deel 2.2: Imaginatie-interview

Therapeut: Wat ik je zou willen vragen is om zo direct je ogen te sluiten en in je fantasie terug te gaan naar [NOEM HIER DE SITUATIE] alsof deze op dit moment plaatsvindt. Het gaat om het moment waar je het meest boos was. Daarna stel ik een aantal vragen.

Focus je nu op het beeld en probeer het zo levendig mogelijk te maken.

Heb je het beeld voor je? Beschrijf het alsof het in het hier-en-nu, dus in de tegenwoordige tijd, gebeurt.

[KORT SITUATIE SAMENVATTEN]⁷

1. Waar ben je?
 2. Beschrijf maar wat je ziet? Als wat je ziet een foto is, wat zie je op de foto?
 3. Wie zijn er bij je?
 4. Wat hoor je?
-
- 4 Extra informatie: Situatie moet ambigu zijn. Gebeurtenis hoeft niet per se afgelopen maand te zijn. Automatische gedachte moet betrekking hebben op kwaadaardige doelbewuste opzet van een ander. Wanneer de cliënt niet zelf op intentie komt (hij deed het expres bijvoorbeeld), dan directief suggereren. Gedachten moeten een duidelijke link met boosheid hebben. Boze gedachten zijn vaak minder ambigu, gevolgen zijn vaak groter.
 - 5 Tip: Wanneer iemand anders iets aan wordt gedaan, vraag dan: 'Hoe raakte het jou?'
 - 6 Tip: Gedachten mogen niet worden afgevlakt/gerationaliseerd. Pas op voor sociale wenselijkheid.
 - 7 Tip: Waak ervoor dat je niet te veel details van proefpersonen vraagt zodat de deelnemer uit het beeld raakt. Probeer aan te voelen of iemand in het beeld zit door bijvoorbeeld te checken of iemand het helder kan zien.

5. Wat ruik je?
6. Wat voel je in je lijf?
7. Welke emotie voel je? Focus je maar op het boze onrechtvaardige gevoel en alle details. Kun je het goed voelen in je lichaam? Voel je [NOEM HIER DE LICHAMELIJKE SENSATIES]?⁸ Zo nee: Probeer het net nog iets groter en helderder te maken.
8. Wat er door je hoofd schiet is ... [HERHAAL HIER DE AUTOMATISCHE GEDACHTE UIT DE HERINNERINGSFASE]

Deel 2.3 Vijandig-beeldtransformatie

Therapeut: Nu wil ik je vragen om in detail te visualiseren hoe het eruit ziet in een beeld dat [NOEM KERN AUTOMATISCHE GEDACHTE]. Ik ben niet op zoek naar een realistisch beeld. Het gaat erom dat het je gevoel uitdrukt, niet de feiten. Als je deze gedachte in een beeld zou moeten uitdrukken, wat zie je dan?

Transformeer hier de gedachte in beelden. Gebruik zoveel mogelijk details: Wat doet de ander? Hoe kijkt de ander? Hoe ziet zijn gezicht eruit? Wat voor een houding had hij/zij? Hoe ziet iemand er uit die ... Herhaal ook het beeld, zo levendig mogelijk.

Je mag je ogen weer opendoen. Nu ben je er weer. [EVEN DE TIJD NEMEN]

Fase 3: Interventie

.....

Deel 3.1 Cognitieve herstructurering

Therapeut: We gaan nu naar de volgende fase van het onderzoek, waar we bewijs gaan zoeken bij de gedachte die we hebben opgeschreven.

Whiteboard kop: BEWIJS VOOR

Therapeut: Ik wil graag met je brainstormen over het bewijs dat je hebt voor je gedachte. Waaruit blijkt dat de gedachte waar is? Wat maakt dat deze gedachte zo waar voelt? Zijn er andere dingen die je hebt meegemaakt die het bewijs sterker maken? Wat zegt het over een persoon dat die zich zo gedraagt?

- 8 Tip: Probeer hier zo ver mogelijk door te vragen. Bijvoorbeeld: 'Wat voel je precies in je gezicht?' 'Wat voel je nog meer in je gezicht?' Denk ook aan gespannen spieren, hartkloppingen, warm gevoel, tintelende vingers, zweten, spanning, knoop in maag, zenuwen.

Whiteboard kop: BEWIJS TEGEN

Therapeut: Dan gaan we nu brainstormen over mogelijk bewijs is dat je gedachte tegenspreekt of deels kan ontkrachten. Waaruit maak je op dat [NOEM HIER GEDACHTE] mogelijk niet klopt? Zijn er andere ervaringen die laten zien dat dit niet volledig en altijd waar is? Zijn er kleine dingen die dit tegenspreken en die je mogelijk negeert? Heb je dit al eens eerder mee-gemaakt? Heb je hieruit iets geleerd dat je zou kunnen helpen?

127

Deel 3.2: Identificeren van de behulpzame gedachte

Whiteboard kop: BEHULPZAME GEDACHTE

Therapeut: Als we zo eens kijken naar wat we hier hebben staan, wat voor conclusie zou je dan over je gedachte trekken? Is er misschien een alternatieve gedachte mogelijk die je ook had kunnen hebben in deze situatie? Een meer behulpzame gedachte? Of een gedachte die je meer oplevert?

Alternatieve gedachte beknopt opschrijven.

Deel 3.3: Behulpzaam-beeldtransformatie

Therapeut: Ik wil je nu gaan vragen om deze nieuwe, alternatieve gedachte [NOEM HIER DE GEDACHTE] in een beeld te gaan uitdrukken, net als bij [NOEM HIER HET ANTWOORD VAN CLIËNT IN INTRODUCTIE, BIJ-VOORBEELD DE KAT]. Als je nu je ogen weer dichtdoet ... Hoe ziet het er in een beeld uit als [NOEM HIER ALTERNATIEVE GEDACHTE]? Het gaat erom dat het je gevoel uitdrukt, niet de feiten. Wat doet de ander? Hoe kijkt de ander? Hoe ziet zijn/haar gezicht eruit? Wat voor houding had hij/zij?

We gaan nu dit nieuwe beeld installeren. Dus als we teruggaan naar de situatie, houd je ogen maar gesloten ...

[SITUATIE HIER OPNIEUW INLEIDEN]

... je ziet [HIER NOEMEN WAT CLIËNT ZIET]

... je hoort [HIER NOEMEN WAT CLIËNT HOORT] [ENZOVOORT]

[... DOORGAAN TOT AAN HOTSPOT MAAR NIET ZODAT IEMAND BOOS WORDT ...]

Wat er nu door je hoofd gaat is [NOEM HIER ALTERNATIEVE GEDACHTE]. Je mag nu het oude beeld vervangen door het nieuwe beeld [NOEM HIER HET BEELD]. Neem je tijd. Wat zie je? Wat doet dit beeld met je? Welk gevoel wekt het op? Je mag je ogen weer opendoen.

Martijn van Teffelen is werkzaam bij METggz/PsyQ, Maastricht.

Marisol Voncken, Frenk Peeters en Jill Lobbestael zijn verbonden aan de Vakgroep Clinical Psychological Science, Universiteit Maastricht.

Eline Mollema is werkzaam bij het Huis voor Schematherapie, Maastricht.

Correspondentieadres: Martijn van Teffelen, METggz/PsyQ, Parallelweg 45-47, 6221 BD Maastricht. E-mail: mvanteffelen@metggz.nl.

Summary *Imagery-cognitive restructuring of hostile beliefs*

Cognitive restructuring (CR) is an efficacious intervention for reducing transdiagnostic hostility. However, evidence suggests that the efficacy of CR can be further improved. A promising candidate for improving the efficacy of CR is mental imagery. Previous work showed that enriching CR with mental imagery (I-CR) increased its efficacy in terms of reducing hostile beliefs and aggressive inclinations. In this article, we describe the rationale of the I-CR procedure, how to use it, and illustrate it with case examples. Future studies need to explore whether using this protocol is helpful for patients with clinical levels of hostility.

Keywords *mental imagery, cognitive restructuring, hostility*

Literatuur

- American Psychiatric Association (APA). (2014). *Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen (DSM-5). Nederlandse vertaling van Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*. Uitgeverij Boom.
- Ammerman, B. A., Kleiman, E. M., Uyeji, L. L., Knorr, A. C., & McCloskey, M. S. (2015). Suicidal and violent behavior: The role of anger, emotion dysregulation, and impulsivity. *Personality and Individual Differences, 79*, 57-62.
- Arntz, A., Stupar-Rutenfrans, S., Bloo, J., van Dyck, R., & Spinhoven, P. (2015). Prediction of treatment discontinuation and recovery from borderline personality disorder: Results from an RCT comparing schema therapy and transference focused psychotherapy. *Behaviour Research and Therapy, 74*, 60-71.
- Arntz, A., & Weertman, A. (1999). Treatment of childhood memories: Theory and practice. *Behaviour Research and Therapy, 37*, 715-740.
- Barefoot, J. C. (1992). Developments in the measurement of hostility. In H. S. Friedman (Ed.), *Hostility, coping, and health* (pp. 13-31). American Psychological Association.
- Beck, J. S. (2011). *Cognitive behavior therapy: Basics and beyond* (2nd ed.). Guilford Press.
- Cassidello-Robbins, C., & Barlow, D. H. (2016). Anger: The unrecognized emotion in emotional disorders. *Clinical Psychology: Science and Practice, 23*, 66-85.
- Cassidello-Robbins, C., Conklin, L. R., Anakwenze, U., Gorman, J. M., Woods, S. W., Shear, M. K., & Barlow, D. H. (2015). The effects of aggression on symptom severity and treatment response in a trial of cognitive behavioral therapy for panic disorder. *Comprehensive Psychiatry, 60*, 1-8.
- Chaplin, J. P. (1982). *Dictionary of psychology*. Laurel.
- Dibbets, P., Poort, H., & Arntz, A. (2012). Adding imagery rescripting during extinction leads to less ABA renewal. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 43*, 614-624.

- DiGiuseppe, R., Eckhardt, C., Tafrate, R., & Robin, M. (1994). The diagnosis and treatment of anger in a cross-cultural context. *Journal of Social Distress and the Homeless*, 3, 229-261.
- DiGiuseppe, R., McDermut, W., Unger, F., Fuller, J. R., Zimmerman, M., & Chelminski, I. (2012). The comorbidity of anger symptoms with personality disorders in psychiatric outpatients. *Journal of Clinical Psychology*, 68, 67-77.
- Edwards, D. J. (1990). Cognitive therapy and the restructuring of early memories through guided imagery. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 4, 33-50.
- Ehlers, A., Clark, D. M., Hackmann, A., McManus, F., & Fennell, M. (2005). Cognitive therapy for post-traumatic stress disorder: Development and evaluation. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 413-431.
- Fernandez, E., & Johnson, S. L. (2016). Anger in psychological disorders: Prevalence, presentation, etiology and prognostic implications. *Clinical Psychology Review*, 46, 124-135.
- Genovese, T., Dalrymple, K., Chelminski, I., & Zimmerman, M. (2017). Subjective anger and overt aggression in psychiatric outpatients. *Comprehensive Psychiatry*, 73, 23-30.
- Hackmann, A., Clark, D. M., & McManus, F. (2000). Recurrent images and early memories in social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 601-610.
- Henrichs, J., Bogaerts, S., Sijtsema, J., & Klerx-van Mierlo, F. (2015). Intimate partner violence perpetrators in a forensic psychiatric outpatient setting: Criminal history, psychopathology, and victimization. *Journal of Interpersonal Violence*, 30, 2109-2128.
- Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J. J., Sawyer, A. T., & Fang, A. (2012). The efficacy of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Cognitive Therapy and Research*, 36, 427-440.
- Holmes, E. A., Grey, N., & Young, K. A. D. (2005). Intrusive images and 'hotspots' of trauma memories in posttraumatic stress disorder: An exploratory investigation of emotions and cognitive themes. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 36, 3-17.
- Holmes, E. A., & Mathews, A. (2010). Mental imagery in emotion and emotional disorders. *Clinical Psychology Review*, 30, 349-362.
- Lachmund, E., DiGiuseppe, R., & Fuller, J. R. (2005). Clinicians' diagnosis of a case with anger problems. *Journal of Psychiatric Research*, 39, 439-447.
- Lee, S. W., & Kwon, J.-H. (2013). The efficacy of imagery rescripting (IR) for social phobia: A randomized controlled trial. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 44, 351-360.
- McEvoy, P. M., Erceg-Hurn, D. M., Saulsman, L. M., & Thibodeau, M. A. (2015). Imagery enhancements increase the effectiveness of cognitive behavioural group therapy for social anxiety disorder: A benchmarking study. *Behaviour Research and Therapy*, 65, 42-51.
- McEvoy, P. M., & Saulsman, L. M. (2014). Imagery-enhanced cognitive behavioural group therapy for social anxiety disorder: A pilot study. *Behaviour Research and Therapy*, 55, 1-6.
- Pascual-Leone, A., Gilles, P., Singh, T., & Andreescu, C. A. (2013). Problem anger in psychotherapy: An emotion-focused perspective on hate, rage, and rejecting anger. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 43, 83-92.
- Pearson, J., Naselaris, T., Holmes, E. A., & Kosslyn, S. M. (2015). Mental imagery: Functional mechanisms and clinical applications. *Trends in Cognitive Sciences*, 19, 590-602.

- Putt, C. A., Dowd, E. T., & McCormick, R. A. (2001). Impact of pre-existing levels of hostility and aggression on substance abuse treatment outcome. *Counselling Psychology Quarterly*, *14*, 139-147.
- Smith, T. W. (1992). Hostility and health: Current status of a psychosomatic hypothesis. *Health Psychology*, *11*, 139-150.
- Smucker, M. R., Dancu, C., Foa, E. B., & Niederee, J. L. (1995). Imagery re-scripting: A new treatment for survivors of childhood sexual abuse suffering from posttraumatic stress. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, *9*, 3-17.
- Timmons, P. L., Oehlert, M. E., Sumerall, S. W., Timmons, C. W., & Borgers, S. B. (1997). Stress inoculation training for maladaptive anger: Comparison of group counseling versus computer guidance. *Computers in Human Behavior*, *13*, 51-64.
- van Teffelen, M. W., Voncken, M. J., Peeters, F., Mollema, E. D., & Lobbestael, J. (2021a). Imagery-enhanced cognitive restructuring of hostile beliefs: A narrative description. *Cognitive and Behavioral Practice*. <http://doi.org/10.1016/j.cbpra.2020.12.010>
- van Teffelen, M. W., Voncken, M. J., Peeters, F., Mollema, E. D., & Lobbestael, J. (2021b). The efficacy of incorporating mental imagery in cognitive restructuring techniques on reducing hostility: A randomized controlled trial. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2021.101677>
- Vidal-Ribas, P., Brotman, M. A., Valdivieso, I., Leibenluft, E., & Stringaris, A. (2016). The status of irritability in psychiatry: A conceptual and quantitative review. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *55*, 556-570.
- von der Lippe, A. L., Monsen, J. T., Rønnestad, M. H., & Eilertsen, D. E. (2008). Treatment failure in psychotherapy: The pull of hostility. *Psychotherapy Research*, *18*, 420-432.