

Emotionele problemen: kerk of psychotherapeut?

MIEKE DE BOER – SONNENSCHNEIN

SAMENVATTING

Bij psychische problematiek wordt zowel vanuit de GGZ als vanuit de kerk hulp geboden. Soms lijken deze verschillende wijzen van hulpverlening verdacht veel op elkaar. Zo ook het cognitief-gedragstherapeutisch aanbod *Rescripting* en het evangelisch-kerkelijk aanbod *Life Shaping*. Dit zijn beide experiëntiele methoden die worden toegepast als er emotionele problemen zijn ontstaan door belastende herinneringen. In dit artikel wordt een kritisch vergelijk gemaakt tussen beide methoden. Er komen opvallende overeenkomsten naar voren in doelstelling, theorie en setting. Daarnaast zijn er ook opvallende verschillen in doelgroep, context, procedure en theorie. Naar aanleiding van dit vergelijk wordt bediscussieerd of *Life Shaping* zou kunnen profiteren van de inzichten van *Rescripting*. Ook wordt de vraag gesteld hoe het zou zijn als Jezus als helper wordt ingebracht in *Rescripting* bij christelijke cliënten.

Trefwoorden: cognitieve gedragstherapie, Rescripting, Life-Shaping, christelijke cliënten

INLEIDING

Kent u het probleem van de *lumpers* en de *splitters*? Deze Engelse termen onderscheiden twee ‘typen’ mensen. De *lumpers* zijn mensen die geneigd zijn alles over één kam te scheren. Ze bagatelliseren of negeren zelfs de verschillen en ze benadrukken de overeenkomsten. De *splitters* kenmerken zich juist door de verschillen te zien en te benadrukken. ‘Je moet appels immers niet met peren vergelijken.’ Deze verschillende typen zorgen in de wetenschap regelmatig voor pittige discussies. Het leespubliek van *Psyche & Geloof* is ongetwijfeld in dezelfde categorieën in te delen. Ik ben in het bijzonder

benieuwd naar uw opvattingen op het gebied van kerkelijke en professionele hulpverlening. Zegt u eerder: ‘dezelfde hulp maar in een ander jasje. De een gaat liever naar een psycholoog, de ander liever naar het pastorale team.’? Of gaat u dit veel te ver? Stuit het hele idee van een vergelijk tussen kerkelijke en psychologische hulpverlening u bij voorbaat al tegen de borst?

Dit artikel tracht voer te geven aan beide typen. Er wordt een kritisch vergelijk gemaakt tussen een cognitief gedragstherapeutisch (CGT) en een evangelisch kerkelijk aanbod voor emotionele problematiek, namelijk *Rescripting* en *Life Shaping*. Beide

methoden grijpen aan op emotioneel versturende herinneringen en trachten deze te bewerken om emotioneel lijden te verminderen. Beide lijken in zeer korte tijd effectief te zijn. Beide kennen vele toepassingsgebieden. De vraagstelling in dit artikel is dan ook: Wat zijn de overeenkomsten en verschillen in doelstelling, doelgroep en setting, procedure en theorie tussen de CGT interventie *Rescripting* en het evangelisch kerkelijke aanbod *Life Shaping*? Eerst zullen de beide methoden worden beschreven. Vervolgens wordt een kritisch vergelijk gemaakt. Tot slot wordt er naar aanleiding van de uitkomsten en de literatuur bediscussieerd of *Life Shaping* zou kunnen profiteren van de inzichten van *Rescripting* en hoe het zou zijn als religieuze inhoud wordt ingebracht in de *Rescripting*-procedure bij christelijke cliënten.

RESCRIPTING (CGT)

Doel, doelgroep en setting Rescripting

Hoewel in het verleden de verbeelding door vele psychotherapeutische stromingen is ingezet (Edwards, 2007), kent zij een nieuwe opleving binnen de CGT. In de laatste 10 tot 15 jaar wordt er binnen het cognitief gedragstherapeutisch kader gewerkt met de verbeeldingstechniek *Rescripting* of 'het herschrijven van herinneringen'. Bij *Rescripting* wordt de cliënt gevraagd om in de verbeelding een emotioneel versturende herinnering te herbeleven en vervolgens de loop van de gebeurtenis, i.e. het script, te herschrijven. De cliënt wordt geholpen om de gebeurtenis op een andere manier af te laten lopen, en/of om de gebeurtenis op een andere manier te interpreteren. In het protocol van Smucker, Dancu, Foa en Niederee (1995) worden bijvoorbeeld volwassen slachtoffers van seksueel misbruik in hun kindertijd geholpen, zich het misbruik te herinneren en vervolgens als volwassene de situatie binnen te treden. Als volwassene worden ze de situatie meester, en zijn ze in staat het kind te troosten. Door het herschrijven van de herinnering verwacht men dat de emotionele lading van de herinnering verandert en minder versturend werkt in de tegenwoordige tijd. Hoewel de methode is ontwikkeld voor cliënten met posttraumatisch stress syndroom (PTSS), wordt zij tegenwoordig in vele varianten bij velerlei problematiek

ingezet (voor een overzicht zie Holmes, Arntz & Smucker, 2007). *Rescripting* wordt bij voorkeur uitgevoerd door een cognitief gedragstherapeut. De techniek zal worden geïndiceerd na een procedure van intake en diagnostiek en na afweging van andere psychotherapeutische technieken.

PROCEDURE RESCRIPTING

Er zijn verschillende protocollen voor *Rescripting* in omloop die de uitvoering van de methode gedetailleerd beschrijven. Een van de meest uitgewerkte en gebruikte protocollen is die van Arntz en Weertman (1999). Vanwege de goede uitwerking en de breedheid ervan kies ik ervoor om in dit artikel *Rescripting* voornamelijk te beschrijven en te vergelijken aan de hand van dit protocol. De auteurs bouwen voort op het eerder genoemde protocol van Smucker *et al.* (1995). Zij enten hun protocol op vroegkinderlijke herinneringen vanwege hun ervaring dat vroege herinneringen de emotionele problemen het sterkst aansturen. Voordat de procedure gestart wordt, wordt de herinnering die het meest versturend is samen met de cliënt opgespoord en verkend. Vervolgens wordt het protocol uitgevoerd in drie fases. In de eerste fase wordt de herinnering herbelevd door de cliënt vanuit zijn¹ eigen kinderlijke ogen. De therapeut vraagt de cliënt de ogen dicht te doen en zich de situatie, die zojuist besproken is, voor te stellen. De cliënt wordt gevraagd in de ik-vorm en in de tegenwoordige tijd te beschrijven wat hij ziet en meemaakt. De therapeut helpt bij het verlevendigen van het beeld door vragen te stellen als 'Wat zie je?', 'Wat hoor je?', 'Wat ruik je?', 'Wat voel je?', 'Wat denk je?', 'Wat gebeurt er?' In de tweede fase wordt de herinnering herschreven. De cliënt wordt gevraagd de herinnering opnieuw te beleven, maar nu als volwassene toeschouwer. De cliënt wordt gevraagd hoe hij het gebeuren als toeschouwer beleeft en of hij de situatie binnen zou willen stappen om in te grijpen. Vervolgens wordt de cliënt aangemoedigd om als volwassene dat te doen voor het kind wat hij zou willen doen. Dit wordt net zolang geoefend totdat de cliënt tevreden is. Arntz en Weertman (1999) hebben de ervaring dat de meest effectieve verandering plaatsvindt als de cliënt zichzelf als volwassene introduceert in de herinnering. Soms is de cliënt hier niet toe in staat, en kan de cliënt ook andere figuren introduceren

als helper, bijvoorbeeld de therapeut, vrienden of de politie. Hierbij is het wel belangrijk dat de cliënt de helpers aanstuurt en opdrachten geeft. Vervolgens wordt in fase drie de herinnering opnieuw beleefd vanuit de positie van het kind, zoals in fase één, maar nu vinden ook de gebeurtenissen uit fase twee plaats. De volwassen cliënt is nu onderdeel van de herinnering en wordt waargenomen door het kind. De cliënt wordt aangemoedigd om als kind met de volwassene te communiceren en te vragen om wat het nodig heeft. Ook deze scène wordt net zo lang herhaald en bewerkt tot het kind tevreden is. De therapeut is zo veel mogelijk faciliterend en zo min mogelijk suggestief betrokken bij de herbeleving.

THEORIE RESCRIPTING

De werkzaamheid van de methode wordt gezocht in de emotietheorie van Lang (1985). Lang stelt dat herinneringen zijn georganiseerd in de vorm van geheugennetwerken. Een emotionele gebeurtenis wordt gecodeerd en opgeslagen op drie niveaus: 1. de eigen respons of de eigen actie, die bestaat uit motorische (bv. wegkruipen), fysiologische (bv. hartslag) en auditieve informatie (bv. de eigen zware ademhaling horen), 2. de stimulus, dus het beeld, de geluiden, de geuren en 3. de betekenis, die cognitief en 'talig' wordt gecodeerd. Om de emotionele lading van een herinnering te wijzigen, i.e. nieuwe emotionele informatie toe te voegen, dient het gehele netwerk van de gebeurtenis geactiveerd te worden. In de geactiveerde toestand kan het meest effectief nieuwe informatie worden toegevoegd, effectiever dan als enkel met de (verbale) betekenis wordt gewerkt in een gesprek (Holmes, *et al.*, 2007). De theorie van *Rescripting* verwacht dus dat als de nieuwe informatie succesvol is toegevoegd aan de herinnering, deze in het vervolg anders wordt herinnerd, met een andere, minder versturende, emotionele lading.

EMPIRISCH BEWIJS VOOR DE WERKZAAMHEID VAN RESCRIPTING

In de laatste 15 jaar is er een toename in empirisch onderzoek naar *Rescripting*. Het lijkt echter nog te vroeg om te zeggen dat er een stevige basis van bewijsmateriaal voor haar effectiviteit gelegd is. Deze empirische basis geldt wel voor een verbeeldingsmethode die sterk verwant is aan *Rescripting*,

namelijk *Imaginaire Exposure* (IE). Daarom is IE op dit moment de voorkeursbehandeling voor de behandeling van PTSS volgens de multidisciplinaire richtlijnen (CBO, Trimbos-instituut, & Landelijke stuurgroep multidisciplinaire richtlijnontwikkeling in de GGZ, 2003). Bij IE wordt de cliënt, net als bij *Rescripting*, gevraagd een emotioneel versturende herinnering (in het geval van IE altijd een traumatische) zo levendig mogelijk in herinnering te roepen. In plaats van het herschrijven van de traumatische herinnering wordt gewerkt met het 'puur' langdurig en herhaaldelijk blootstellen aan de herinnering. Door langdurige blootstelling wordt getracht habituatie aan de angst te bewerken. De angst voor de herinnering dooft uit omdat bij het terugdenken aan het trauma, de traumatische gebeurtenis zelf niet volgt. Er volgt geen nieuwe catastrofe door de gebeurtenis te herinneren. Hoe vaker men de herinnering beleeft, hoe geloofwaardiger de 'ongevaarlijkheid' van de herinnering wordt. Het niet volgen van de catastrofe is nieuwe corrigerende informatie en wordt door de cliënt toegevoegd aan de herinnering. Hierdoor dooft de angst voor de herinnering uit. *Rescripting* borduurt voort op deze bewezen effectieve techniek. Behalve de *passief* corrigerende informatie van 'het niet volgen van de catastrofe' na de herinnering van het trauma, wordt nu ook *actief* corrigerende informatie aangeboden (Ten Broeke, Korrelboom & de Jongh, 1998). Er is dus voldoende bewijs dat blootstelling aan de herinnering en corrigerende informatie in de vorm van het niet volgen van een catastrofe werkzaam zijn (CBO, Trimbos-instituut, & Landelijke stuurgroep multidisciplinaire richtlijnontwikkeling in de GGZ, 2003). De eerste empirische onderzoeken naar *Rescripting* suggereren dat het actief implementeren van nieuwe informatie minstens even effectief is. Hieronder volgt de beschrijving van een aantal van deze onderzoeken, waarin tegelijk de verscheidenheid aan protocollen ter sprake komt. Vanwege de relatieve onbekendheid van de methode, geef ik hieraan wat meer ruimte in dit artikel.

In een recent onderzoek onder 67 chronische PTSS patiënten werden IE en *Rescripting* direct met elkaar vergeleken, en tevens naast een wachtlijst-conditie gezet (Arntz, Tiesema & Kindt, 2007). Het *Rescripting* protocol bestond uit twee

fases, eerst een fase van herbeleving en vervolgens de herbeleving met de mogelijkheid om anders te reageren dan in werkelijkheid had plaatsgevonden. De traumatische gebeurtenis had bij een deel van deze cliënten niet op kinderleeftijd plaatsgevonden, waardoor de herschrijving in alle gevallen vanuit de volwassene werd beleefd en herschreven. De behandeling bestond uit 10 wekelijkse sessies. Beide therapeutische methoden bleken effectief in het verminderen van de klachten in vergelijking met een wachtlijst-conditie. *Rescripting* bleek even effectief als IE in de vermindering van PTSS symptomen. Echter, *Rescripting* behield meer cliënten in behandeling. Slechts een op de vier cliënten stopte vervroegd met de *Rescripting* behandeling, tegenover een op twee drop-outs bij IE. Ook was *Rescripting* effectiever in het verhogen van de controle over de boosheid, het verminderen van externaliseren van boosheid, en het verminderen van gevoelens van vijandigheid en schuld. *Rescripting* werd meer gewaardeerd door de therapeuten dan IE.

Grunert, Weis, Smucker en Christianson (2007) pasten *Rescripting* toe bij 23 cliënten met PTSS na een bedrijfsongeluk, die niet geprofiteerd hadden van enkel IE. De *Rescripting* procedure startte in de eerste fase met het herbeleven van de herinnering. In de tweede fase werd de cliënt toegestaan in zijn huidige hoedanigheid als 'succesvolle overlever' de herinnering binnen te stappen en zichzelf als slachtoffer te helpen om beter om te gaan met de gebeurtenis, de regie over de gebeurtenis te krijgen en het slachtoffer te troosten. In de derde fase werden de nieuwe informatie en de nieuwe opvattingen, die nu verbonden waren aan het trauma, verbaal bevestigd en verder doorgesproken. Na slechts 1 tot 3 sessies *Rescripting* voldeden 18 van de 23 cliënten niet meer aan de criteria voor PTSS. Zes maanden na de behandeling was deze verbetering nog steeds aanwezig. De methode was dus bijzonder succesvol in zeer korte tijd.

Ook bij sociale fobie is een pilot studie gedaan onder 11 cliënten (Wild, Hackmann & Clark, 2008). Er werd gewerkt met vroege herinneringen aan onplezierige sociale ervaringen volgens het protocol van Arntz en Weertman (1999). Aan dit protocol werd een voorbereidende fase van cognitieve herstructurering toegevoegd van ongeveer 45

minuten. In deze voorbereidingsfase werd met de cliënt gewerkt aan het herinterpreteren van de belangrijkste negatieve betekenis die de cliënt aan de herinnering had verbonden. De resultaten waren opmerkelijk. Na één sessie *Rescripting* werd er een significante verbetering gevonden in negatieve opvattingen, minder emotionele verstoring bij de herinnering van het beeld, een verminderde levendigheid van de herinnering en een verminderde angst voor negatieve evaluatie en angst in gevreesde sociale situaties. Een jaar eerder publiceerden Wild, Hackmann en Clark (2007) eveneens een onderzoek onder 14 patiënten met sociale fobie en behaalden vergelijkbare resultaten.

Ook casusmateriaal bij depressie (Wheatley, Brewin, Patel, Hackmann, Wells, Fisher & Myers, 2007), nachtmerries (Davis & Wright, 2006) en boulimia nervosa (Ohanian, 2002) toont de werkzaamheid en in het bijzonder de snelle werkzaamheid binnen enkele sessies van *Rescripting* aan.

Samenvattend is *Rescripting* een verbeeldingstechniek die theoretisch voortbouwt op de bewezen effectieve techniek IE. In tegenstelling tot IE, waar op passieve wijze nieuwe informatie aan een emotioneel verstorende herinnering wordt toegevoegd middels herbeleving, wordt bij *Rescripting* actief met de cliënt gewerkt aan het toevoegen van nieuwe informatie aan de herinnering. De eerste empirische studies naar de werkzaamheid van *Rescripting* zijn veelbelovend en wijzen in de richting van een snellere verandering, een meer acceptabele werkwijze voor cliënt en therapeut en een grotere effectiviteit dan bij IE.

LIFE SHAPING

Doel, doelgroep en setting Life Shaping

Ook in pastoraat wordt soms gewerkt met herinneringen en met verbeeldingskracht en beleving (experientiële). Een duidelijke illustratie hiervan is het werk van Leanne Payne, beschreven in haar boek *The Healing Presence* (1989). Payne gebruikt het woord 'voorstellingsvermogen' en bedoelt hiermee een psychische gave van God waarin God zelf ook werkelijk handelend aanwezig is. Een kerkelijk aanbod in Nederland dat overeenkomsten lijkt te hebben met *Rescripting* en werkt met herinneringen is *Life Shaping*. *Life Shaping* is pastoraat in de

vorm van 'luisterend' gebed. Tooze (2003) bakent *Life Shaping* duidelijk af van geleide verbeelding of visualisatie. Samen met de cliënt wordt gebeden dat God zijn waarheid zal openbaren aan de cliënt. Vervolgens wordt tijdens een stilte gewacht op een openbaring van God. Regelmatig komt het voor dat er herinneringen bovenkomen en dat de cliënt deze op een nieuwe manier beleeft, nu met de ervaring dat God aanwezig is of met de interpretatie die tijdens het gebed bij de cliënt naar voren komt. *Life Shaping* beoogt genezing van emotionele blokkades die ontstaan zijn door traumatische ervaringen. Maar, wordt gezegd, elk mens kan van *Life Shaping* profiteren omdat er bij elk mens in meerdere of mindere mate sprake is van emotionele blokkades.

Life Shaping is in Nederland geïntroduceerd door Christine Tooze op uitnodiging van Evangelisch Centrum Berea Amsterdam in 2003. Christine Tooze werkt met deze methode in Sheffield, Groot-Brittannië, onder drugs- en alcohol verslaafden (www.kickstartsheffield.org). Het zijn, naar mijn weten, enkele vrije kerken die *Life Shaping* aan hun gemeenteleden aanbieden, waaronder God's Embassy Amsterdam Centrum (www.godembassy-amsterdamcentrum.nl) en Evangelisch Centrum Berea te Amsterdam. Ook is er een landelijke stichting, *Living in Your Destiny* (www.livinginyourdestiny.nl), die cursussen aanbiedt aan gemeenten van allerlei signatuur om *Life Shaping* te implementeren en aan te bieden in de gemeente.

Om de methode zo veel mogelijk recht te doen zal ik in de beschrijving van *Life Shaping* de woorden en uitleg gebruiken die ook door de trainers en uitvoerders van *Life Shaping* gebruikt worden. Ik kies er dus voor om *Life Shaping* niet in psychologische termen te beschrijven. In de vergelijkende- en discussieparagrafen zal ik beide paradigma's wél met elkaar trachten te verbinden.

Procedure Life Shaping

De procedure van *Life Shaping* staat beschreven op vijf instructie audio-tapes, opgenomen tijdens een 2-daagse training van Christine Tooze aan Evangelisch Centrum Berea Amsterdam in 2003 (Tooze, 2003). *Life Shaping* is variabel in lengte en frequentie van de sessies. Het kan zo kort zijn als een sessie van vijfenveertig minuten. Ook is het mogelijk dat er meerdere sessies worden gedaan. Een *Life*

Shaping sessie is individueel en bestaat geheel uit gebed. De sessie wordt geleid door een leider die wordt bijgestaan door een assistent. De leider en assistent zijn gemeenteleden die een korte training hebben gevolgd om *Life Shaping* toe te passen, bijvoorbeeld de tweedaagse training van Tooze (2003). De leider faciliteert de sessie. De leider stelt vragen, luistert, maar wordt expliciet opgedragen niet de sessie te leiden of de cliënt doelbewust te beïnvloeden. In de eerdergenoemde kerken is geen verdere psychologische of theologische opleiding vereist om *Life Shaping* sessies te mogen leiden. Ook is er geen 'intake' procedure en zijn er geen vereisten om *Life Shaping* te ondergaan.

Er is geen vast protocol voor de sessies. Wel begint en eindigt elke sessie met een formuliergebed. In het startgebed wordt Jezus uitgenodigd om de cliënt in gedachten te leiden naar de plaats waar Hij de persoon wil helpen. Jezus wordt uitgenodigd om waarheid te brengen in de gedachten en het leven van de cliënt. Vervolgens wordt er in stilte gewacht op de openbaring van God. Degene die de sessie leidt, vraagt op een gegeven moment aan de cliënt wat er gebeurt. Het kan zijn dat de cliënt een pijnlijke herinnering herbeleeft. Het kan ook zijn dat een cliënt enkel een gevoel heeft, een kleur ziet, of een niet-gebeurde voorstelling beleeft. De leider stelt aanvullende vragen waar het nodig is om duidelijker te krijgen wat er met de cliënt gebeurt. Een van deze vragen kan zijn 'Is de Here Jezus aanwezig?' Deze vraag kan gesteld worden zowel bij de herbeleving van een trauma als bij een niet-gebeurde voorstelling. Vervolgens wordt afgewacht en gevraagd hoe de ervaring zich verder ontwikkelt. Tooze (2003) verwoordt de vaste overtuiging dat de Heilige Geest in elke sessie aan het werk is. Ook als de cliënt in het begin van de sessie zegt dat hij of zij niets ervaart, wordt er verondersteld dat er wél iets gebeurt, ondanks dat het niet helder is voor cliënt en leider. Op een gegeven moment wordt de sessie afgesloten met een slotgebed, waarin Jezus bedankt wordt voor wat Hij voor de cliënt heeft gedaan en voor het werk dat voortgaat in de cliënt. Er is geen vast punt voorgescreven wanneer de sessie beëindigd wordt. Er heerst een vaste verwachting dat er na de sessie een verdere doorwerking plaatsvindt in het dagelijkse leven van de cliënt.

Hoewel er geen protocol is en er nadrukkelijk in de instructie wordt gezegd dat er van alles kan gebeuren, zijn er toch bepaalde verwachtingen bij Tooze (2003). Ze benoemt en beschrijft drie verschillende mogelijkheden, namelijk de openbaring van 'muren' of beschermingsmechanismen, de openbaring van demonische gebondenheid, en de openbaring van 'kleintjes', i.e. gedissocieerde delen van de persoonlijkheid. Voor elk van deze situaties is een klein protocol geschreven op stencils die werden uitgedeeld tijdens de eerdergenoemde training (Tooze, 2003). De openbaring van 'muren' of 'helpers' houdt in dat duidelijk kan worden hoe de cliënt zich altijd staande heeft gehouden ondanks de pijnlijke herinnering. Soms wordt door de leider van de sessie gevraagd naar de naam van de muur. Tooze beschrijft mechanismen als 'boosheid' of 'onvergevingsgezindheid', maar ook 'ik ervaar niets'. De cliënt wordt gevraagd of hij de muur wil bedanken voor de bescherming die deze al die tijd geboden heeft. Soms bedankt de leider zelf de muren. Het doel van dit bedanken is om de kracht van het beschermingsmechanisme te breken en de waarheid van Jezus die plaats in te laten nemen. Ook vraagt de leider of de helper met Jezus mee mag gaan, weg van de cliënt. De cliënt is vrij om in verbeelding de helper al dan niet met Jezus mee te laten gaan. Een tweede protocol bestaat er voor de situatie waarin demonische gebondenheid zich openbaart. Hoe dit gebeurt wordt niet duidelijk beschreven op de instructiebandjes van *Life Shaping*, aangezien hiervoor een aparte training bestaat. Er wordt wel een gebed beschreven om bescherming en vrijmaking. Een derde protocol bestaat er voor de situatie waarin duidelijk wordt dat er delen van de persoonlijkheid van de cliënt zijn afgesplitst. Op dat moment spreekt de leider direct de 'kleintjes' toe met woorden als 'je bent veilig', 'er is niemand die je pijn wil doen'. De leider vraagt de kleintjes of ze bij de Here Jezus willen zijn, zodat Hij hen kan geven wat ze nodig hebben. Het eerste protocol wordt beschreven als iets wat heel vaak voorkomt. De andere twee protocollen zijn meer voor uitzonderingssituaties.

Theorie Life Shaping

Doel van *Life Shaping* is genezen aan traumatische gebeurtenissen en vrij worden van emotionele

blokkades waardoor de cliënt geplaagd wordt. *Life Shaping* gaat er van uit, dat mensen allerlei gebeurtenissen meemaken die hen pijn doen. Ze veronderstelt dat de emotionele verstoring van de cliënt niet zozeer veroorzaakt wordt door de herinnering aan de gebeurtenis zelf, maar door de 'leugen' die men onthoudt na de gebeurtenis. Daarom wordt Jezus uitgenodigd om te komen met de 'waarheid'. De termen 'leugen' en 'waarheid' worden niet nader gedefinieerd door Tooze (2003). Wel geeft ze voorbeelden, zoals 'Ik moet het zelf doen' of 'Ik kan het niet'. Ze verwijst naar Johannes 8:32 waar staat 'U zult de waarheid kennen en de waarheid zal u bevrijden'. Ook verwijst ze naar Johannes 14:6: 'Jezus zei: Ik ben de weg, de waarheid en het leven'. Hiermee veronderstelt ze dat waar waarheid komt, Jezus aanwezig is. En vice versa: waar Jezus is, is waarheid. Doordat de waarheid geopenbaard wordt, wordt de leugen ontmaskerd en wordt de mens genezen van de pijn die de leugen met zich meebracht.

Empirisch bewijs voor de werkzaamheid van Life Shaping

Wellicht ten overvloede, er is geen systematisch onderzoek bekend naar de werkzaamheid van *Life Shaping*.

KRITISCH VERGELIJK

Doel

Een van de meest in het oog springende overeenkomsten tussen *Rescripting* en *Life Shaping* is de doelstelling van beide methoden. *Rescripting* heeft tot doel de emotionele lading van een pijnlijke herinnering te veranderen, waardoor de psychische klachten in het heden verminderen of verdwijnen. Ook *Life Shaping* beoogt genezing van emotionele pijn die veroorzaakt wordt door de leugens die men onthoudt van emotioneel verstorende ervaringen. Dus beide methoden richten zich op de huidige emotionele klachten, verbonden aan pijnlijke herinneringen.

Doelgroep en setting

Rescripting wordt aangeboden in psychotherapie, en bereikt daarom alleen mensen die zijn doorverwezen naar een psychotherapeut. De doelgroep van *Rescripting* betreft dus mensen die 'voldoende'

last hebben van hun psychische klachten om zelf professionele hulp te zoeken of om te worden doorverwezen. Hoewel *Rescripting* in eerste instantie binnen CGT is ontwikkeld voor de behandeling van PTSS, wordt de methode inmiddels bij veel verschillende psychische problemen ingezet (Holmes *et al.*, 2007). *Life Shaping* richt zich op de reguliere kerkganger. Het wordt dus aangeboden aan een doorsnee van de populatie, voornamelijk aan psychisch gezonde mensen, maar ook aan mensen met psychische klachten. Opvallend is dat er bij *Life Shaping* een speciaal protocol is toegevoegd voor het geval dat zich gedissocieerde delen van de persoonlijkheid openbaren tijdens de sessie (Tooze, 2003). Dit duidt er op dat *Life Shaping* regelmatig wordt toegepast bij mensen met ernstige psychiatrische problematiek. Tooze benadrukt dat alleen een *Life Shaping* sessie bij psychische problematiek niet voldoende is. Na de sessie(s) is er voor een cliënt met psychische klachten ook coaching nodig om zich een nieuw gedachtepatroon en gedrag eigen te maken om tot verdere gezondheid te komen.

Rescripting wordt aangeboden in psychotherapie, en zal alleen worden ingezet als hier een indicatie voor is, na intake en diagnostiek. De methode heeft altijd een plaats in een serie van sessies met een zorgvuldige start (intake en diagnostiek) en afronding, en een evaluatie van de effectiviteit. *Life Shaping* daarentegen vindt vaak plaats als een losse sessie in een eenmalig contact tussen leider, assistent en cliënt. *Life Shaping* is in die zin een vrijblijvende methode, waarbij de cliënt bepaalt hoe ver of hoe diep hij met zijn problematiek aan de slag wil. De toegang tot *Life Shaping* is laagdrempelig. Er vindt geen screening of uitsluiting plaats, en er is geen afweging van andere werkzame methoden. Er is geen expliciete hulpvraag en geen officieel vervolgtraject. Uiteraard is er wel een informeel vervolgtraject doordat *Life Shaping* plaatsvindt in de kerkelijke gemeente van de cliënt. Hierdoor is de cliënt niet uit zicht na de *Life Shaping* sessie. De cliënt kan doorgaans naar behoefte gebruik maken van verschillende vormen van formeel en informeel pastoraat.

Tot slot is een belangrijk verschil in setting dat *Life Shaping* wordt uitgevoerd door een kortdurend getraind gemeentelid, zonder verdere psychologi-

sche of pastorale scholing, terwijl *Rescripting* wordt uitgevoerd door een langdurig psychologisch en specifiek cognitief opgeleid gedragstherapeutisch psycholoog, met veel ervaring op het gebied van psychische klachten en verschijnselen.

We kunnen concluderen dat *Rescripting* en *Life Shaping* duidelijk verschillen in doelgroep en setting. *Rescripting* is curatief gericht en wordt specifiek aangeboden aan mensen met matige tot ernstige psychische klachten na afweging van andere methodieken (indicatiestelling) en in de context van een therapietraject. *Life Shaping* neigt meer naar preventie en wordt aan een doorsnee van de populatie aangeboden zonder enige vorm van indicatiestelling of selectie, en zonder een formeel vervolgtraject, maar wel in de context van de gemeente.

Procedure

Een groot verschil tussen *Rescripting* en *Life Shaping* is de voorbereiding van de sessie. Beide methoden starten met de uitleg van de rationale, maar hier houdt het vergelijk ook bij op. In de *Rescripting* procedure wordt expliciet gezocht naar een relevante en werkbare herinnering. De herinnering wordt samen met de cliënt uitgekozen en verkend. Pas na deze bespreking vindt de herbeleving van de herinnering plaats, en wordt de herinnering herschreven. *Life Shaping* begint direct na de uitleg van de rationale. Er wordt gestart met een gebed en vervolgens wordt er gewacht op materiaal dat zich bij de cliënt aandient. Bij *Rescripting* wordt er expliciet een herinnering ‘geprepareerd’, in *Life Shaping* start de sessie relatief ‘blanco’.

In beide methoden wordt de cliënt gevraagd de ogen te sluiten en verslag te doen van wat er gebeurt. De therapeut/leider is in beide gevallen ‘faciliterend’. De therapeut/leider wordt in beide methoden aangeraden zo min mogelijk sturend te zijn. De cliënt wordt gevraagd om in het heden te beschrijven wat er gebeurt. De cliënt wordt geholpen bij het proces door verkennende vragen van de therapeut/leider. Vervolgens moedigt de leider in een *Rescripting*-sessie de cliënt actief aan om als volwassene de situatie te veranderen en als kind te vragen om deze verandering. Het kind wordt uitgenodigd zich over te geven aan de zorg van de volwassene. In een *Life Shaping* sessie moedigt de leider de cliënt actief aan om de beschermingsme-

chanismen te benoemen en Jezus de situatie te laten veranderen. Ook in *Life Shaping* geeft de leider de cliënt de regie over het gebeuren, en wordt de cliënt uitgenodigd zich over te geven aan Jezus' zorg. In beide methoden functioneert de leider zowel faciliterend in het helder krijgen van het materiaal, als aanmoedigend in het herschrijven van de herinnering. Het grote verschil is echter dat in *Rescripting* de cliënt wordt aangemoedigd zelf te bedenken hoe hij wil ingrijpen en in *Life Shaping* wordt aangemoedigd om het ingrijpen van Jezus te accepteren en te ontvangen. Er zijn dus veel overeenkomsten in de interactie tussen cliënt en therapeut/leider in *Rescripting* en een relatief 'normale' *Life Shaping* sessie.

Op het moment dat zich complexere problematiek openbaart in *Life Shaping*, bijvoorbeeld demonische gebondenheid of dissociatie, wordt de sturing door de leider geheel overgenomen (Tooze, 2003). De cliënt wordt niet langer zelf als volwassene aangesproken, maar er wordt geprobeerd direct contact te leggen met demonen of afgespleten delen van de persoonlijkheid. Als een cliënt dissocieert, neemt de leider het initiatief om de gedissocieerde delen toe te spreken en veiligheid te geven door ze gerust te stellen en aan te moedigen in contact te treden met Jezus. Ook Arntz *et al.* (1999) beschrijven dat het mogelijk is dat de cliënt dissocieert bij *Rescripting*. Hun ervaring is dat met voldoende veiligheid en herhaaldelijke oefening de neiging tot dissociatie geleidelijk kan verminderen. Zij adviseren de veiligheid te verhogen door de patiënt de controle te geven over het proces. Hij kan de verbeeldingsoefening stoppen door een teken te geven, waarna de therapeut de cliënt zal helpen om zich te concentreren op de realiteit. Ook veiligheid verhogend is een geleidelijke toenadering naar de angstige herinneringen, oefenen met open ogen en bij misbruik de scène niet te levendig laten voorstellen, en een snellere doorstroming naar fase twee (herschrijven). Arntz *et al.* rapporteren dat *Rescripting* de neiging tot dissociëren zelf vermindert. *Rescripting* is zelfs toegepast bij psychose (Holmes *et al.*, 2007). Kortom, beide methoden kunnen dissociatieve neigingen oproepen, waarna in beide methoden op eigen wijze de veiligheid wordt verhoogd. In *Life Shaping* wordt de controle door de leider overgenomen en worden de afgesplitste

delen toegesproken in plaats van de gezonde kant van de cliënt. In *Rescripting* wordt de controle juist teruggegeven aan de (volwassen) cliënt en wordt hij geholpen terug te komen in de realiteit. Door herhaaldelijke oefening wordt getracht de dissociatieve neigingen te verminderen.

In *Life Shaping* kan er verschillend materiaal bewerkt worden bij de cliënt. Een van de mogelijkheden is dat er in een *Life Shaping* sessie een pijnlijke herinnering bovenkomt. Op dat moment gaat *Life Shaping* sterker op *Rescripting* lijken. Toch zijn er ook dan nog duidelijke verschillen. Het herschrijven in *Life Shaping* vindt in één fase plaats, terwijl *Rescripting* (volgens Arntz & Weertman, 1999) gebruik maakt van drie fases. De ene fase in *Life Shaping* lijkt een combinatie te zijn van *Rescripting*-fase twee en drie. In de *Life Shaping* sessie wordt de herinnering namelijk herinnerd en direct herschreven. Nadat de cliënt beschrijft dat hij een herinnering herbeleeft, wordt er gevraagd of Jezus aanwezig is en wat Hij doet. De cliënt blijft gedurende de hele sessie de herinnering beleven in de leeftijd van de gebeurtenis. Bij *Rescripting* worden herbeleven en herschrijven expliciet uit elkaar getrokken. Er is een bespreking na elke fase, waarbij de cliënt de herbeleving tijdelijk loslaat. Daarnaast vindt er in de twee verschillende fases van herbeleving een perspectiefwisseling plaats. In fase twee wordt de herinnering herschreven vanuit het perspectief van de volwassene, en in fase drie kruipt de cliënt weer in de beleving van het kind.

Een ander verschil tussen de methoden is, dat in *Rescripting* de cliënt zelf als volwassene het verhaal herschrijft als nieuwe 'actor' in het verhaal. In *Life Shaping* wordt de verandering van de situatie toegeschreven aan Jezus' actieve handelen. Hij grijpt in in de gebeurtenis. Arntz en Weertman (1999) geven aan dat als de cliënt niet in staat is om zichzelf in te brengen als volwassene actor, hij kan uitwijken naar andere helpende figuren. In *Life Shaping* zou Jezus deze helpende figuur kunnen zijn. Een verschil is echter, dat Arntz en Weertman (1999) voorschrijven dat de cliënt deze nieuwe figuren zoveel mogelijk aanstuurt. In *Life Shaping* wordt enkel gevraagd wat Jezus doet, niet 'wat wil je dat Jezus doet?' Ik kan me voorstellen dat deze laatste vraag gesteld kan worden door een *Life Shaping* leider. Op die wijze zou er een vorm

van aansturing door de cliënt zijn, die Arntz en Weertman voor ogen hebben. Net als het protocol bij dissociatieve verschijnselen dat eerder is beschreven, wordt ook hier duidelijk dat bij *Rescripting* het van groot belang wordt geacht dat de cliënt zélf de sturing uitvoert. Bij *Life Shaping* wordt de sturing sterk van God verwacht, en in het geval van dissociatie sterker bij de leider neergelegd. Er wordt in *Life Shaping* dus minder een beroep gedaan op de actieve sturing van de cliënt.

De taak van de cliënt en de faciliterende rol van de leider/therapeut zijn nagenoeg gelijk in beide methoden. Daarnaast zijn er drie wezenlijke verschillen in het herschrijven van herinneringen in *Rescripting* en *Life Shaping*: Ten eerste vindt in *Life Shaping* het herschrijven ‘versneld’ plaats in een enkele fase, terwijl *Rescripting* uit drie duidelijk afgebakende fases bestaat. Ten tweede vindt er bij *Rescripting* een perspectiefwisseling plaats binnen de cliënt (kind-volwassene), terwijl dit bij *Life Shaping* niet gebeurt. Ten derde wordt de regie van het nieuwe script bij *Life Shaping* niet geplaatst in de handen van de cliënt maar in de handen van God, die gedacht wordt actief te openbaren in de sessie hoe Jezus aanwezig was tijdens de gebeurtenis. Bij *Rescripting* wordt er groot belang gehecht aan de leidende rol van de cliënt in het herschrijven van de gebeurtenis.

Theorie

Er is een bijzondere overeenstemming in visie op de oorzaak van de psychische klachten, en daarmee ook gedeeltelijk op de oplossing. In *Life Shaping* wordt verondersteld dat de emotionele verstoring ontstaat doordat de cliënt aan een bepaalde gebeurtenis een leugen heeft onthouden. Met een *Life Shaping* sessie wordt getracht, de leugen die zich verbonden heeft aan de pijnlijke herinnering te ontcrachten. Met de cliënt wordt aan Jezus gevraagd of Hij de waarheid over de herinnering wil openbaren. De leugen in *Life Shaping* doet sterk denken aan de disfunctionele cognities in *Rescripting*, en de waarheid aan functionele of helpende cognities. Bij de leugen ‘Ik moet het alleen doen’ kan bijvoorbeeld een waarheid worden geopenbaard als ‘God is met mij’ of ‘God beschermt mij’ (Tooze, 2003). In feite is dit eveneens het toevoegen van nieuwe informatie aan de herinnering,

waardoor de beleving maar ook de betekenis van de herinnering verandert, gelijk aan de theorie van *Rescripting*. Sommige *Rescripting* protocollen richten zich zelfs expliciet op het vervangen van disfunctionele cognities door functionele cognities. Een voorbeeld hiervan is het protocol, gebruikt door Wild *et al.* (2008) bij sociale fobie, waarbij cognitieve herstructurering aan de herbeleving vooraf ging. We kunnen dus concluderen dat men in beide methoden nieuwe corrigerende informatie wil toevoegen aan de herinnering. Meer specifiek wil men de leugen vervangen door de waarheid of, in andere woorden, de disfunctionele cognitie door de functionele cognitie.

De manier waarop men het toevoegen van nieuwe informatie verwacht te bewerkstelligen is verschillend. Noodzakelijk bij *Rescripting* is de activering van het geheugen-netwerk, waarna nieuwe informatie aan de herinnering van de gebeurtenis wordt toegevoegd (zowel op het gebied van de respons, de stimulus als de betekenis). Op deze wijze verandert zowel de herinnering zelf als de betekenis van de herinnering, en zal zij de cliënt niet langer steken (Holmes *et al.*, 2007). *Life Shaping* noemt de openbaring van de waarheid door God zelf aan de cliënt als het werkzame element (Tooze, 2003). Deze waarheid verandert de betekenis van de herinnering en verandert de werking van de leugen.

Kortom, terwijl beide methoden uit zijn op het toevoegen van corrigerende informatie aan de emotioneel verstorende herinnering, schrijft *Rescripting* haar werking toe aan de toevoeging van nieuwe informatie door de cliënt zelf terwijl het netwerk geactiveerd is. *Life Shaping* schrijft haar werking toe aan de toevoeging van nieuwe informatie door God zelf, zonder waarde toe te kennen aan de mate van activering van het netwerk.

CONCLUSIE EN DISCUSSIE

Samenvatting van het kritisch vergelijk

Samengevat komen we na de kritische vergelijking van de CGT-interventie *Rescripting* en de kerkelijke interventie *Life Shaping* tot de volgende drie opvallende overeenkomsten: 1) *Rescripting* en *Life Shaping* hebben eenzelfde doelstelling, namelijk het verminderen van emotionele klachten die veroorzaakt worden door pijnlijke herinneringen. 2) De

methoden veronderstellen beide dat de emotionele verstoring veroorzaakt wordt door de disfunctionele cognities die mensen onthouden na een pijnlijke gebeurtenis. In beide methoden is men er op uit om de disfunctionele cognitie te vervangen door een functionele cognitie. 3) Dit gebeurt in beide methoden op experiëntiele wijze, in een individuele sessie waarbij de cliënt de ogen sluit en rapporteert wat er gaande is, terwijl de leider of therapeut non-directief verduidelijkende vragen stelt en directief aanstuurt op herschrijving.

Er zijn eveneens drie grote verschillen: 1) *Life Shaping* wordt laagdrempelig en vrijblijvend aangeboden aan alle gemeenteleden, en spreekt in die zin een bredere groep aan dan *Rescripting*, die minder psychisch verstoord is. *Rescripting* wordt enkel aangeboden in psychotherapie. 2) Daarbij wordt *Rescripting* aangeboden binnen een therapietraject en na indicatiestelling en wordt ze uitgevoerd door een daarvoor opgeleide psychotherapeut. *Life Shaping* kent geen selectie of uitsluiting, vindt niet plaats binnen een langer durend hulpverleningstraject maar in de context van de gemeente, en wordt uitgevoerd door een zeer kort getraind gemeentelid. 3) *Life Shaping* schrijft haar werking toe aan de toevoeging van nieuwe informatie (de waarheid) door God zelf tijdens het gebed. Het is daarom bij *Life Shaping* ook niet belangrijk hoe de sessie precies verloopt, anders dan dat God zelf aanwezig is. De cliënt herschrijft niet zelf, maar laat de herschrijving door God toe. Bij *Rescripting* wordt er expliciet een herinnering herschreven. Doelbewust wordt er vooraf een herinnering uitgekozen en vervolgens in drie afgebakende fases herbeleefd en herschreven. Er vindt een perspectiefwisseling plaats tussen kind-client en volwassen-client, en de regie van het herschrijven ligt bij de cliënt zelf.

Implicaties van het kritisch vergelijk

In het kader van de ethiek roept Plante (2007) de psychotherapeut op om zich te beperken tot de eigen competenties, in het bijzonder bij de integratie van spiritualiteit en psychotherapie. Zo waarborgt een therapeut zijn integriteit, een belangrijk ethisch principe volgens de Ethics Code van de American Psychological Association (2002). Hierdoor ingegeven beperk ik mij bij de implicaties van het kritisch vergelijk bewust tot het psychologische

kader. Als gelovige heb ik ook vele gedachten over beide methoden, maar deze laat ik hier buiten beschouwing. Ik wil naar aanleiding van het vergelijk twee vragen stellen over mogelijke implicaties: 1) Kan *Life Shaping* van de inzichten van *Rescripting* profiteren? en 2) Hoe zou het zijn als Jezus wordt ingebracht als helper in de *Rescripting* procedure bij christelijke cliënten?

1) *Kan Life Shaping van de inzichten van Rescripting profiteren?*

Life Shaping is een kerkelijk aanbod voor gebedspastoraat, met opvallende overeenkomsten en duidelijke verschillen met de psychologische methode *Rescripting*. Zou het zo kunnen zijn dat de procedure van *Life Shaping* kan worden aangescherpt door de inzichten van *Rescripting*? Hierbij ben ik mij ervan bewust dat Tooze (2003) *Life Shaping* duidelijk afbakt van geleide verbeelding of visualisatie. Deze afbakening lijkt een duidelijke positiebepaling van een 'splitter'. Wat gebeurt er als we meer opschuiven naar de positie van de 'lumper'? Om dit te doen bekijken we *Life Shaping* vanuit het paradigma van *Rescripting*.

Evenals bij *Rescripting* wordt bij *Life Shaping* nieuwe informatie toegevoegd aan de herinnering terwijl het geheugennetwerk geactiveerd is. De *Life Shaping* leider is echter niet doelbewust uit op een volledige activering van het geheugennetwerk. De nadruk ligt op de activatie van de betekenis (de leugen). Zeer waarschijnlijk worden ook andere gebieden van het geheugennetwerk (respons en stimulus) geactiveerd door de vragen van de leider (wat ervaar je, wat gebeurt er, wat zie je? et cetera), maar waarschijnlijk minder volledig of intens dan bij *Rescripting*. Hier wordt immers doelbewust een zo groot mogelijke activatie nagestreefd. Het zou kunnen dat een *Life Shaping* sessie effectiever wordt als de leider doelbewust uit is op een zo groot mogelijke activering van het geheugennetwerk. Bij *Life Shaping* wordt de sessie 'blanco' ingegaan om God alle ruimte te bieden datgene naar voren te brengen wat Hij wil bewerken. Om de volledige activering van het geheugennetwerk te bereiken, kan men zich voorstellen dat er toch voor wordt gekozen om vooraf een te bewerken herinnering op te sporen en uit te vragen. Ook bij het behouden van de 'blanco' start van de sessie is het mogelijk om bij

het opduiken van een herinnering aan te sturen op het zo sterk mogelijk activeren van alle zintuiglijke informatie van respons en stimulus.

Bij *Rescripting* ligt de nadruk op de zelfsturing van de cliënt. Volgens Arntz en Weertman (1999) is de methode minder effectief als de regie bij het herschrijven niet bij de cliënt zelf ligt. Bij *Life Shaping* ligt de nadruk op de ontvangende rol van de cliënt. God openbaart de cliënt het materiaal dat bewerkt zal worden in de sessie. Jezus herschrijft de herinnering en openbaart de waarheid. De regie ligt bij het herschrijven dus niet bij de cliënt, al is de cliënt wel vrij om bepaalde zaken (zoals het laten meegaan van helpers met Jezus) toe te staan of te laten. Op het moment van dissociatie of de openbaring van demonische gebondenheid wordt de cliënt niet langer zelf aangesproken, maar worden de afgesplitste delen of demonen direct toegesproken. In contrast wordt bij dissociatie bij *Rescripting* de volwassen cliënt geholpen om weer contact te maken met de realiteit. Het is de vraag wat de nadruk op de zelfsturing of de beperking in zelfsturing doet met de cliënt en zijn problematiek. Vanuit de *Rescripting* theorie zou je verwachten dat *Life Shaping* niet zo effectief is als *Rescripting* omdat de regie van het herschrijven niet bewust in de handen van de cliënt ligt. Het is mogelijk zinvol om bij *Life Shaping* te streven naar zoveel mogelijk zelfsturing van de cliënt zonder de geloofswaarden (zoals afhankelijkheid van God) te verliezen.

Tot slot wordt *Rescripting* met grote zorgvuldigheid en vanuit een grote hoeveelheid kennis en ervaring ingezet. Er wordt een indicatie gesteld en er wordt uitvoerig voorbereid, geëvalueerd en nagewerkt. De kerken die *Life Shaping* hanteren, werken over het algemeen met minder psychisch verstoorde mensen. De laagdrempeligheid van de methode lijkt op deze gezonde groep toegesneden. Op het moment dat er ernstiger psychopathologie speelt bij een cliënt zou er mijns inziens een grotere zorgvuldigheid in acht genomen moeten worden. Om dit te bewerkstelligen denk ik in eerste instantie aan een korte psychopathologie screening voorafgaand aan de sessie. Zoals vaak in pastoraat gebeurt, kan, wanneer ernstiger psychische problemen bij een cliënt aan de oppervlakte komen (en zeker in het geval van dissociatie), een verwijzing plaatsvinden naar professionele psychische

hulpverlening. Hoewel *Life Shaping* hierdoor iets van haar laagdrempeligheid verliest voor mensen met ernstiger psychische klachten, wint mijns inziens een kerk hier duidelijk aan zorg voor de gemeenteleden. Tooze (2003) staat duidelijk positief tegenover samenwerking met professionele hulpverlening, maar heeft dit vooralsnog niet vertaald in de *Life Shaping* procedure.

2) *Religieuze Rescripting?*

De tweede vraag die ik wil stellen is: Hoe zou het zijn als Jezus wordt ingebracht als helper in de *Rescripting* procedure bij christelijke cliënten?

Maar liefst één artikel was de opbrengst van een zoektocht in de literatuur naar toepassingen van religieuze inhoud in *Rescripting*. In dit artikel werd de vraag gesteld, of een religieuze inhoud bij *Rescripting* meer effect sorteerde dan een niet religieuze inhoud bij religieuze, mild depressieve cliënten (Propst, 1980). De verbeeldingstechniek toegepast in dit onderzoek bestond uit drie fases. Eerst werd een sombere situatie uit het verleden herbeleefd. Vervolgens werd tussen de verbeeldingsfases door gewerkt aan functionele cognities die de cliënt in een vergelijkbare situatie in de toekomst zou kunnen toepassen om de somberheid te verminderen. Vervolgens werd de sombere situatie uit het verleden opnieuw beleefd, alsof die zich in de toekomst afspeelde. Bij deze herbeleving werden de nieuwe functionele cognities toegepast om de cliënt in staat te stellen op een andere manier met de situatie om te gaan. Als een cliënt religieuze inhoud betrok in de visualisatie, dan stelde hij zich voor dat Jezus in een sombere situatie meeging en hem hielp om goed met de situatie om te gaan. De resultaten wezen erop dat de religieuze verbeeldingstechniek de beste resultaten behaalde bij religieuze studenten, boven non-religieuze inhoud, een placeboconditie en een wachtlijstconditie. Het onderzoek betrof helaas slechts kleine groepen en de resultaten moeten dan ook voorzichtig geïnterpreteerd worden.

Het is niet moeilijk om een dergelijke aanpassing van de procedure van Arntz en Weertman (1999) voor te stellen. In fase twee van de herbeleving kan Jezus worden ingebracht als helper, in plaats van de volwassen cliënt. Hier stuiten we wel op een probleem in de procedure, namelijk

de ontbrekende perspectiefwisseling kind-volwassene. Juist dit element, waarbij de cliënt zichzelf te hulp schiet in de herinnering, is volgens Arntz en Weertman zo effectief. Hoewel ze de cliënt toestaan om andere helpende figuren te introduceren in het geval dat de cliënt zich niet in staat voelt als volwassene in de herinnering in te grijpen, benadrukken ze het belang van de aansturing van de helper door de cliënt. Stel dat Jezus wordt geïntroduceerd als helper, dan bevelen Arntz en Weertman aan dat de cliënt Jezus aanstuurt. Het is vanuit gelovig/theologisch standpunt moeilijk te aanvaarden dat een cliënt Jezus opdrachten geeft. Dichterbij staat de mogelijkheid dat een cliënt Jezus vraagt wat hij nodig heeft. Na het bekend maken van de behoeften aan Jezus, moet als het ware worden 'afgewacht' hoe Jezus reageert. Hierdoor wordt het belangrijkste gedeelte van het herschrijven van de herinnering 'uitbesteed'. Hoewel het sterk lijkt op de derde *Rescriptings*fase, waarbij het kind aan de volwassene mag aangeven waar het behoefte aan heeft, wordt de tweede fase, het zelf ingrijpen, overgeslagen. De cliënt krijgt niet het gevoel dat hij zichzelf tegemoet komt, of volledig meester is over de situatie, maar wordt van buitenaf geholpen. Volgens de theorie van Arntz en Weertman verliest hierdoor de methode aan effectiviteit. Belangrijk om te noemen: dit hebben ze niet onderzocht, maar stoelt op ervaring.

In eerste instantie lijkt het er dus op dat het inbrengen van religieuze inhoud in *Rescripting* een vermindering van de effectiviteit veroorzaakt. In 1992 verscheen er een overzichtsartikel waarin dezelfde vraag werd gesteld naar de effectiviteit van religieuze inhoud in Rationeel-Emotieve Therapie (RET, het broertje van CGT; Johnson, 1992). Johnson vraagt zich af of RET bij religieuze cliënten meer effect sorteert als er een religieuze inhoud gebruikt wordt in plaats van een seculiere inhoud. Bij het doorzoeken van de literatuur vindt hij vier gecontroleerde studies die religieuze en seculiere benaderingen van RET vergelijken bij religieuze cliënten. Let wel, dit zijn studies die niet specifiek de CGT techniek *Rescripting* onderzochten, maar RET in het algemeen. Slechts een van deze studies vond aanwijzingen dat een religieuze benadering effectiever is dan een niet-religieuze, en wel de eerdergenoemde studie van Propst (1980). De andere

studies, waaronder werk van Johnson zelf onder depressieve christelijke cliënten, vonden voor de christelijke RET en de standaard RET even grote effecten. Johnson concludeerde op grond van deze onderzoeken dat RET inhoudelijk toegespitst kan worden op de christelijke geloofssystemen van cliënten zonder af te doen aan de werkzaamheid van de therapie. Hij verwacht dat het aanpassen van gevestigde psychotherapeutische interventies aan het geloofssysteem van de cliënt een uniek ingrediënt is voor verandering in therapie. Hij noemt dit 'acomodation theory', en zet dit nader uiteen in een tweede artikel uit dat jaar (Johnson & Ridley, 1992). In een reactie van Ellis op de review van Johnson geeft ook hij aan dat hij er bij religieuze cliënten de voorkeur aan geeft om zich aan te sluiten bij hun geloofssysteem (Ellis, 1992). Hij schrijft 'RET does not endorse these religious views but uses them with religious individuals, as long as they work for them and will probably keep working to help them.' Propst (1980) schreef de verhoogde werkzaamheid van religieuze inhoud in de verbeeldingstechniek ten eerste toe aan de verbeterde relatie tussen cliënt en therapeut als de therapeut expliciet werkt met het waardesysteem van de cliënt; de cliënt zal dan meer vertrouwen hebben in de therapeut. Ten tweede verwacht Propst dat cognitieve herstructurering met materiaal dat 'natuurlijker' is voor de cliënt, beter beklift en dus werkzamer is. Propst verwacht dat niet-religieuze cognities minder goed bij religieuze cliënten aansluiten dan religieuze cognities. Toch is de conclusie van *verhoogde* effectiviteit van Johnson behoudend, wanneer hij zegt dat religieuze inhoud in elk geval niet afdoet aan de effectiviteit van de methode. Daarbij baseert hij deze conclusie op relatief weinig onderzoek. In de laatste jaren is er helaas weinig nieuw onderzoek toegevoegd aan de discussie. In 1999 klinkt namelijk de roep om kwalitatief hoogstaand onderzoek om de conclusie van Johnson te bevestigen (Harris, Thoresen, McCullough & Larson, 1999). In 2006 klinkt opnieuw de conclusie dat er geen bewijs is voor verminderde effectiviteit, en weinig bewijs voor winst in effectiviteit wanneer je religieuze inhoud toevoegt aan CGT (Andersson & Asmundson, 2006).

Samengevat wordt er getheoretiseerd dat er zowel argumenten voor als tegen de stelling zijn,

dat de effectiviteit van *Rescripting* zou worden verhoogd bij christelijke cliënten door het inbrengen van Jezus als helper. Vóór pleit de 'accomodation theory': door het toevoegen van religieuze inhoud aan CGT bij christelijke cliënten wordt de effectiviteit verhoogd door de aansluiting bij de belevingswereld van deze cliënten. Hierdoor zullen christelijke cliënten mogelijk eerder geneigd zijn in therapie te komen en in therapie te blijven. Ook zal de therapie waarschijnlijk werkzamer zijn en beter beklijven. Deze theorie wordt ondersteund door één onderzoek van Propst (1980) waarin bij mild depressieve cliënten *Rescripting* met Jezus als helper meer effect sorteerde dan reguliere *Rescripting*. Echter, dit onderzoek staat in onderzoek naar RET op zich. Drie onderzoeken vonden geen verschil. Tot slot pleit de theorie van Arntz en Weertman (1999) tegen: *Rescripting* is het meest effectief als de regie van de herschrijving in handen van de cliënt ligt. Vooralsnog moeten we het doen met de conclusie van Johnson: religieuze inhoud toevoegen aan CGT of RET doet waarschijnlijk niet af aan haar werkzaamheid. We houden de stevige empirische basis voor deze conclusie nog te goe.

CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

We komen terug bij de *lumpers* en de *splitters*. De *lumper* is geneigd alles over één kam te scheren: 'Dezelfde hulp maar in een ander jasje. De een gaat liever naar een psycholoog, de ander liever naar het pastorale team.' De *splitters* kenmerken zich juist door de verschillen te zien en te benadrukken. 'Je moet appels immers niet met peren vergelijken.' Na de beschrijving van beide methoden en het kritisch vergelijk kunnen we concluderen dat er fundamentele verschillen zijn tussen beide methoden, maar evengoed een aantal opvallende overeenkomsten. In plaats van een duidelijke positie te kiezen voor het bagatelliseren of uitvergroten van de verschillen, heb ik getracht beide paradigma's aan elkaar te laten 'snuffelen' in de discussie. Mijns inziens is *Life Shaping* een bijzondere experiëntiele wijze van pastoraat voor psychisch gezonde mensen. Op het moment dat er sprake is van psychische problematiek lijkt mij *Rescripting* een zorgvuldiger weg van handelen, en lijkt mij doorverwijzing naar psychische hulpver-

lening op zijn plaats. Juist bij deze evangelisch-christelijke cliënten zou de therapie kunnen profiteren van het toevoegen van Jezus als helper in de *Rescripting* procedure. De therapie sluit dan beter aan op de belevingswereld en het geloofssysteem van deze cliënten. Evangelisch christelijke cliënten zijn hierdoor mogelijk eerder bereid om in therapie te gaan en de therapie te volbrengen. Daarbij blijft de mogelijkheid openstaan dat op deze wijze *Rescripting* ook meer effect sorteert. Opnieuw wijzen wij echter op de notie dat hiervoor nog geen empirische basis is en dat er voldoende ruimte is voor vervolgonderzoek

Er zijn nog vele aspecten vanuit het gelovige en theologische standpunt onderbelicht gebleven in dit artikel. Bijvoorbeeld, gelooft u dat God zichzelf openbaart als Jezus wordt ingebracht als helper bij een *Rescripting* procedure? Mocht God zichzelf niet openbaren, kan het dan zo zijn dat een cliënt met een disfunctioneel godsbeeld tot een niet-heilzame voorstelling zou kunnen komen? Kun je als niet-gelovig therapeut werken met religieuze inhoud in *Rescripting*? Ondanks de vele vragen die resten, heeft dit artikel u hopelijk wat handvatten gegeven om uw eigen gedachten over het verbinden van religie en psychotherapie uit te kristalliseren.

NOOT

- 1 Waar 'zijn' staat kunt u ook 'haar' lezen, en waar 'hij' staat, kunt u ook 'zij' lezen.

LITERATUUR

- Andersson, G. & G.J.G. Asmundson (2006). Editorial: CBT and religion. *Cognitive Behaviour Therapy*, 35, 1-2.
- American Psychological Association (2002). Ethical principles of psychologists and code of conduct. *American Psychologist*, 57, 1060-1073.
- Arntz, A., M. Tiesema & M. Kindt (2007). Treatment of PTSD: a Comparison of Imaginal Exposure with and without Imagery *Rescripting*. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 38, 345-370.
- Arntz, A. & A. Weertman (1999). Treatment of Childhood Memories: Theory and Practice. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 715-740.
- Broeke, E. ten, C.W. Korrelboom & A. de Jongh (1998). Over de noodzaak van herhaalde en

- langdurige blootstelling aan traumatische herinneringen bij de behandeling van posttraumatische stresstoornis (PTSS). *Gedragstherapie*, 31, 273-291.
- CBO en Trimbos-instituut Landelijke stuurgroep multidisciplinaire richtlijnontwikkeling in de GGZ. (2003) *Multidisciplinaire richtlijn Angststoornissen. Richtlijn voor de diagnostiek, behandeling en begeleiding van volwassen cliënten met een angststoornis*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Davis, J.L. & D.C. Wright (2006). Exposure, Relaxation, and Rescripting Treatment for Trauma-Related Nightmares. *Journal of Trauma and Dissociation*, 7, 5-18.
- Edwards, D. (2007). Restructuring Implicational Meaning through Memory-Based Imagery: Some Historical Notes. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 38, 306-316.
- Ellis, A. (1992). My Current Views on Rational-Emotive Therapy (RET) and Religiousness. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 10, 37-40.
- Grunert, B.K., J.M. Weis, M.R. Smucker & H.F. Christianson (2007). Imagery Rescripting and Reprocessing Therapy after failed Prolonged Exposure for Post-Traumatic Stress Disorder following Industrial Injury. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 38, 317-328.
- Harris, A.H.S., C.E. Thoresen, M.E. McCullough & D.B. Larson (1999). Spiritually and Religiously Oriented Health Interventions. *Journal of Health Psychology*, 4, 413-433.
- Holmes, E.A. A. Arntz & M.R. Smucker (2007). Imagery Rescripting in cognitive behaviour therapy: images, treatment techniques and outcomes. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 38, 297-305.
- Johnson, W.B. (1992). Rational-Emotive Therapy and Religiousness: a Review. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 10, 21-35.
- Johnson, W.B. & C.R. Ridley (1992). Sources of Gain in Christian Counseling and Psychotherapy. *The Counseling Psychologist*, 20, 159-175.
- Lang, P.J. (1985). The Cognitive Psychophysiology of Emotion; Fear and Anxiety. In: A.H. Tuma & J.D. Maser (Eds.), *Anxiety and the Anxiety Disorders*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Ohanian, V. (2002). Imagery Rescripting within Cognitive Behavior Therapy for Bulimia Nervosa: an Illustrative Case Report. *International Journal of Eating Disorders*, 31, 352-357.
- Payne, L. (1989). *The Healing Presence*. Wheaton, Illinois: Crossway Books.
- Plante, T.G. (2007). Integrating Spirituality and Psychotherapy: Ethical Issues and Principles to consider. *Journal of Clinical Psychology*, 53, 891-902.
- Propst, L.R. (1980). The Comparative Efficacy of Religious and Nonreligious Imagery for the Treatment of Mild Depression in Religious Individuals. *Cognitive Therapy Research*, 4, 167-178.
- Smucker, M.R., C. Dancu, E. B. Foa & J.L. Niederee (1995). Imagery Rescripting: A New Treatment for Survivors of Childhood Sexual Abuse Suffering from Posttraumatic Stress. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 49, 3-17.
- Tooze, C. (Spreker) (2003). *Life Shaping* (Cassette opname). Nederland, Amsterdam: Berea Groep Amsterdam.
- Wheatley, J., C. R. Brewin, T. Patel, A. Hackmann, A. Wells, P. Fisher & S. Myers (2007). I'll believe it when I can see it: Imagery Rescripting of Intrusive Sensory Memories in Depression. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 38, 371-385.
- Wild, J., A. Hackmann & D.M. Clark (2007). When the Present visits the Past: Updating Traumatic Memories in Social Phobia. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 38, 386-401.
- Wild, J., A. Hackmann & D.M. Clark (2008). Rescripting Early Memories linked to Negative Images in Social Phobia: a Pilot Study. *Behavior Therapy*, 39, 47-56.

PERSONALIA

Dr. M.A. de Boer-Sonnenschein is als psycholoog NIP werkzaam in een eerstelijns psychologiepraktijk. E-mail: miekesonnenschein@hotmail.com. Tel.: 06-15227516.