

# 1 Cognitieve animatietherapie

## 1.1 Inleiding

*Cognitieve animatietherapie* is het eerste boek waarin deze vernieuwende vorm van psychotherapie wordt beschreven. Het boek is bestemd voor therapeuten van alle reguliere stromingen, maatschappelijk werkers, (ortho)pedagogen, psychologen, psychiaters en alle andere werkers in de gezondheidszorg.

De bedoeling van het boek is tweeledig. Het is een *leerboek* dat veel concrete voorbeelden, tips en technieken aanbiedt. Waar mogelijk, maak ik gebruik van eenvoudige en toegankelijke taal. De lezer kan de hoofdstukken het beste in chronologische volgorde lezen, omdat voorbeelden vaak voortborduren op informatie uit voorgaande hoofdstukken. Daarnaast is het een *theorieboek*. Cognitieve therapievormen hebben de goede gewoonte om zich te baseren op empirisch ondersteunde theorieën en solide onderzoek. De uitgangspunten en veronderstellingen van cognitieve animatietherapie worden stevig verankerd in de hedendaagse wetenschap. Sommige lezers zijn al bekend met een aantal theorieën. Het is raadzaam om die theorieën toch te lezen, omdat ik soms andere conclusies trek of aantoon waar ze incorrect of verouderd zijn.

Hoewel cognitieve animatietherapie in dit boek wordt beschreven als een volledig op zichzelf staande therapievorm, besteed ik ook aandacht aan het integreren van losse interventies en gesprekstechnieken met bestaande reguliere therapievormen. Maar ongeacht of de lezer kiest om cognitieve animatietherapie in zijn volledigheid toe te passen of slechts delen ervan integreert, hoop ik zijn beeld van mensen en de manier waarop problemen zich aan hen opdringen voorgoed te veranderen.

Dit eerste hoofdstuk gaat over de ontwikkeling van cognitieve animatietherapie. Daarna worden de termen ‘cognitief’, ‘animatie’, ‘therapie’ en ‘problemen’ omschreven en gaan we dieper in op de drie belangrijkste uitgangspunten van de therapie. We sluiten het hoofdstuk af met een kort overzicht van alle daaropvolgende hoofdstukken.

## 1.2 Totstandkoming

Cognitieve animatietherapie is een nieuwe vorm van therapie. Iedere nieuwe therapievorm ontstaat door een serie nauwgezette observaties die uiteindelijk leiden tot unieke perspectieven en inzichten. Soms vinden observaties gericht plaats onder zeer wetenschappelijke omstandigheden. Maar wie de geschiedenis van verschillende therapievormen er op naleest, ontdekt dat de meeste observaties per toeval gedaan werden – omdat een grondlegger zich in een unieke situatie bevond of een uitzonderlijke vraag stelde. We kiezen meestal niet zelf het moment waarop we ons over een nieuwe waarneming mogen verwonderen. Maar het is wel zo dat we het steeds moeilijker vinden om bestaande overtuigingen in twijfel te trekken naarmate we volwassen worden.

De observaties die uiteindelijk leidden tot de uitgangspunten die de grondslag vormen van cognitieve animatietherapie, ontstonden in mijn kindertijd. Ik groeide op tussen pleegkinderen die meestal een jaar, soms langer, in ons gezin woonden. Veel kinderen hadden last van uiteenlopende problemen zoals traumatische ervaringen, misbruik, verwaarlozing, woedeaanvallen en allerhande psychiatrische stoornissen. Ik begreep toen nog weinig van de achtergronden van hun problematiek, maar zag enkel dat mijn speelkameraadjes op momenten geplaagd werden door problemen. Het ene moment speelden we nog vrolijk en onbezorgd. En het volgende moment hadden ze nauwelijks oog meer voor hun spel of omgeving. Ze werden bevangen door heftige, dramatische emoties en reageerden zonder zichtbare aanleiding extreem angstig of agressief. Er kwam iets over hen heen, waardoor ze zichzelf niet meer konden zijn. Het leek wel of problemen een eigen leven leidden en al hun aandacht opeisten.

Ik verwonderde me hierover en was net zozeer gefascineerd als dat ik hen wilde helpen. Maar het enige dat ik toen kon doen, was hen ruimte bieden en wachten tot het probleem hun aandacht niet meer opeiste. Want als het drama eenmaal was uitgespeeld, verdwenen de heftige emoties vanzelf. De kinderen ontspanden en kregen weer oog voor hun omgeving. Meestal ging ons spel verder, daar waar het enkele minuten of uren daarvoor was gestopt.

Door die ervaring ben ik problemen altijd blijven zien als aparte entiteiten die soms alle aandacht opeisen en het denken en handelen van mensen tijdelijk beheersen. Sommige kinderen hadden alleen last van kortdurende episoden; voor anderen was het probleem vaker wel dan niet aanwezig. En als het probleem zichzelf eenmaal aan hen had opgedrongen, bleek het heel moeilijk om de regie over het eigen leven terug te nemen.

Voor mij was het onderscheid tussen het kind en het probleem dat hem soms lastig viel, heel duidelijk. Maar de kinderen beschouwden zichzelf vaak als het probleem. Een standpunt dat door mensen in hun omgeving versterkt werd door hen te betitelen als ‘probleemkinderen’ of ‘probleemgevallen’. Onbewust leerden ze om zichzelf te identificeren met het probleem en trokken ze hun eigenwaarde in twijfel.

Ik was gefascineerd door de aard van problemen, wilde kinderen helpen om los te komen van hun identificatie met problemen en zocht een antwoord op de vraag waarom problemen zich aan hen opdrongen. Waarom zagen volwassenen hen voor het probleem aan en reageerden ze vaak op het drama van problemen met nog meer drama? Dikwijls spraken ze over het opstandige of vervelende kind, de ADHD’er of de autist, terwijl kinderen gewoon kind wilden zijn, maar geterroriseerd werden door problemen.

Soms reageerde ik zelf met heftige emoties op het moeilijke gedrag dat problemen bij mijn leeftijdsgenootjes veroorzaakten. Kennelijk deden de problemen die kinderen lastig vielen ook een beroep op mijn eigen dramatische gedachten. Dit was een feit dat ik liever ontkende, want niemand geeft graag toe dat probleemgedachten soms de regie van zijn leven overnemen. We vinden het prettig om te geloven dat we onze gedachten altijd volledig onder controle hebben. Ik herkende toen nog niet dat iedereen de regie over zijn gedachten wel eens weggeeft en opgaat in het drama dat een probleem hen voorspiegelt.

Mijn verwondering bracht me er een aantal jaren later toe om pedagogiek te studeren. Ik leerde veel over opvoeden, kinderen en ontwikkeling, maar weinig over de aard van problemen. In literatuur vond ik wel aanwijzingen die in de juiste richting wezen. Uitspraken zoals: *‘Zorg ervoor dat je kinderen geen “label” opplakt.’*, waarmee werd aangegeven dat we kinderen niet moeten reduceren tot de problemen die ze ondervonden. Of: *‘Maak onderscheid tussen persoon en gedrag.’*, wat aangaf dat probleemgedrag niets zegt over wie je bent als mens. Enkele belangrijke pedagogen zagen kinderen al min of meer los van het probleem dat hen lastig viel. Maar op de vraag waarom problemen zichzelf aan mensen opdrongen, vond ik geen antwoord.

Psychotherapie leek zich meer bezig te houden met de aard van problemen. Ik bestudeerde vrijwel alle reguliere therapievormen en de verklaringen die zij boden voor de neiging van problemen om de regie over te nemen. Uit bestaand wetenschappelijk onderzoek haalde ik veel aanwijzingen die ik in dit boek verder zal toelichten. De belangrijkste aanwijzingen en de therapeutische interventies die ik daaruit ontwikkelde, waren echter afkomstig uit persoonlijke ervaringen.

Hoewel ik veel aandacht had voor de problemen van anderen, lette ik weinig op de problemen in mijn eigen leven. Ik leed aan depressies en had last van meerdere traumatische ervaringen. Met behulp van interventies uit verschillende therapievormen, reduceerde ik hun negatieve invloed. De zwaarste negatieve emotionele lading verdween en ik wilde me bezighouden met andere zaken. Maar de neiging van problemen om zichzelf aan me op te dringen, bleef bestaan. Het was verleidelijk om te piekeren over traumatische of depressieve gedachten, wat soms leidde tot een herbeleving of een nieuwe depressie. Op het moment dat problemen mijn gedachten beheersten, had ik daar geen enkel besef van. Pas nadat het probleem zich niet meer aan me opdrong, besepte ik hoeveel tijd ik aan piekeren en herbeleven was kwijtgeraakt.

Hoe was het mogelijk dat ik op het moment dat problemen zich aan me opdrongen, me daar zelf niet bewust van was, terwijl ik de vraag hoe problemen zich aan mensen opdringen al jaren onderzocht? Kennelijk hanteerden problemen strategieën waarmee ze zich aan mensen opdrongen zonder dat ze zich daar bewust van zijn. Die ervaring veranderde mijn beeld van problemen. Ik wilde weten welke strategieën problemen ontplooiën om ongemerkt de aandacht van mensen op te eisen.

Eén strategie herkende ik onmiddellijk: ik vond het geen prettige gedachte dat problemen zich ook aan mij opdrongen. Ze hoorden anderen lastig te vallen en ik gaf liever niet toe dat mijn gedachten er soms ook door werden beheerst. Toen ik die strategie eenmaal zag als onderdeel van het probleem, kon het zich niet meer ongemerkt aan me opdringen. Nu ik herkende hoe problemen zich aan me opdrongen, waren de dramatische gedachten waarmee ze me wilden beïnvloeden, totaal niet meer geloofwaardig. Ze eisten mijn aandacht niet meer op. Toch lukte het niet altijd om problemen te herkennen op het moment dat ze zich aan me op wilden dringen. Daarom ontwikkelde ik verschillende interventies om de herkenbaarheid van problemen en hun strategieën te vergroten. Hun negatieve invloed nam in aanzienlijke mate af.

Ik begreep hoe problemen soms de regie van mensen overnemen en wist hun negatieve invloed succesvol te verminderen. Maar daarmee was de vraag *waarom* problemen zichzelf aan mensen opdringen nog niet beantwoord. Het werd al snel duidelijk dat problemen zich nooit zomaar aan mensen opdringen, maar daarmee willen voorzien in een behoefte. Door die onderliggende behoeften te identificeren en daar op een passende wijze in te voorzien, nemen de pogingen van het probleem om zich op te dringen verder af. Problemen kiezen slechte oplossingen om te voorzien in behoeften die mensen vaak structureel verwaarlozen. Door beter in die behoeften te voorzien, reduceren we de noodzaak van problemen om zich op te dringen.

Mijn zoektocht om de negatieve invloed van problemen in mijn eigen leven en dat van anderen te verminderen en de vraag hoe en waarom problemen zich aan mensen opdringen, leidde tot een aantal nieuwe inzichten en unieke interventiemogelijkheden die samen de grondslag vormen van cognitieve animatietherapie.

### 1.3 Ontwikkeling en bestaansrecht

In 2009 werd het PIVOO Instituut opgericht met als doelstelling om cognitieve animatietherapie verder te ontwikkelen en onderzoeken. In de behandeling ga ik uit van universele kenmerken van problemen, zoals hun neiging om zich aan cliënten op te dringen en strategieën te ontplooiën om zichzelf in stand te houden. In plaats van te wijzen op de dramatische ernst van het probleem en de verantwoordelijkheid die cliënten daarvoor zouden moeten nemen, spoor ik hen aan om hun identificatie met problemen te verminderen, strategieën te herkennen en op een betere manier te voorzien in de vaak verwaarloosde behoeften die problemen vertegenwoordigen.

De eerste resultaten zijn bemoedigend. Cognitieve animatietherapie bleek in kwalitatief onderzoek effectief bij het verminderen van depressie, terugval bij depressie, angstproblematiek, verslaving, eetstoornissen (met name *binge eating disorder*), minderwaardigheidsgevoelens, traumatische ervaringen, relatieproblematiek en sociale vaardigheidstekorten.

Hoewel het onderzoek uitsluitend kwalitatief van aard was, waren de resultaten bij individuele cliënten vaak significant beter dan gemiddeld via andere reguliere therapieën of behandelprotocollen werden behaald. Een dergelijke uitspraak legt weinig gewicht in de schaal zonder verder kwantitatief onderzoek, maar biedt voldoende grond om cognitieve animatietherapie op bredere schaal in te zetten en te onderzoeken.

Cliënten hebben recht op de therapievorm die hen het beste helpt om de negatieve invloed van problemen te verminderen. Daarom maken we enerzijds zo veel mogelijk gebruik van interventies waarvan de effectiviteit al bewezen is. Het is ethisch immers niet juist om een interventie uit één therapievorm toe te passen, terwijl we weten dat een interventie uit een andere therapievorm het probleem beter en sneller kan reduceren. Anderzijds willen we het vakgebied van therapie uitbreiden met nieuwe interventies en inzichten die problemen mogelijk beter reduceren. Bovendien moeten therapeuten over alternatieven beschikken als de meest effectieve interventies bij individuele cliënten niet werkzaam blijken. Zonder nieuwe interventies en inzichten kan therapie zich als vakgebied niet ontwikkelen.

Er is steeds meer behoefte aan een geïntegreerd model van therapie waarbij individuele therapievormen zich niet alleen onderscheiden, maar juist samenwerken om tot het beste resultaat te komen. Cognitieve animatietherapie kan als volledig op zichzelf staande therapievorm ingezet worden en biedt unieke inzichten en interventies. Maar, net als voor alle andere therapievormen, geldt dat de beste resultaten waarschijnlijk worden behaald door samenwerking. Daarom besteden we in dit boek niet uitsluitend aandacht aan de uitgangspunten en interventies van cognitieve animatietherapie, maar bieden we ook een geïntegreerd model aan waarin het mogelijk is om interventies uit bijna alle reguliere therapievormen op te nemen.

Als op zichzelf staande therapievorm is cognitieve animatietherapie zeer breed inzetbaar, omdat het zich niet alleen richt op het bewerken van de problematiek, maar vooral op het veranderen van de relatie die cliënten met problemen aangaan. Hoewel problemen inhoudelijk zeer verschillend zijn, onderhouden cliënten er altijd een relatie mee, die beïnvloed kan worden en die steunt op een aantal universele kenmerken. Daarbij blijkt de therapie bijzonder goed toepasbaar bij kinderen en cliënten die lijden aan een mentale retardatie.

#### **1.4 Wat is cognitieve animatietherapie?**

Cognitieve animatietherapie is een vorm van psychotherapie en heeft als doel om de negatieve invloed van problemen zo veel mogelijk te reduceren. Om beter te begrijpen wat cognitieve animatietherapie is, bespreken we de termen cognitief, animatie, therapie en problemen afzonderlijk.

##### **1.4.1 Cognitie**

Een *cognitie* is een gedachte, opvatting of beeld. Het vertegenwoordigt een stukje informatie in het brein dat onderdeel is van onze denkprocessen. Wanneer denkprocessen niet goed verlopen of mensen er cognities op nahouden die niet in overeenstemming zijn met de realiteit, ontstaan vaak problemen.

Cognities die niet in overeenstemming zijn met de realiteit, noemen we *disfunctionele cognities*. Cognitieve therapievormen verklaren problemen aan de hand van verstoorde denkprocessen of disfunctionele cognities. We rekenen cognitieve animatietherapie tot de cognitieve therapievormen, omdat ze gebruikmaakt van een cognitief model om problemen te verklaren. Door deze cognities, de emoties en het gedrag dat daaruit voortvloeit te veranderen, verminderen we de negatieve invloed van problemen.

### 1.4.2 Animatie

Het woord *animatie* kent een aantal verschillende betekenissen die allemaal relevant zijn voor cognitieve animatietherapie. Animatie is afgeleid van *anima* wat Latijn is voor ‘geest’, ‘ziel’ of ‘adem’. Anima verwijst naar het leven dat een levenloos object animeert of in beweging brengt. Aan het leven, en de ontwikkeling daarvan, liggen principes ten grondslag die beter bekend staan als ‘de evolutie’. We zullen in dit boek uitgebreid terugkomen op de evolutietheorie, omdat ze inzicht biedt in de wijze waarop cognities functioneren en problemen zich in stand houden.

Animatie verwijst ook naar het woord ‘animisme’. Animisme is een filosofie die veronderstelt dat de ziel of geest niet alleen bestaat in organismen, maar ook in objecten, zoals bergen, rivieren of woorden. Animisten geloven in een geestelijke wereld die in verband staat met de fysieke wereld. Wij nemen een wetenschappelijk standpunt in en beschouwen animisme als psychologisch fenomeen. Er bestaat een geestelijke wereld, maar ze ligt niet in een dimensie buiten de mens; het is onze gedachtewereld die het gevolg is van mentale activiteit.

Mensen hebben de natuurlijke neiging om leven toe te kennen aan objecten. Jonge kinderen spelen al met poppen en doen alsof ze levend zijn. Dit fenomeen vindt in alle culturen plaats en is waarschijnlijk aangeboren. Door leven toe te kennen aan objecten om ons heen, kunnen we er gemakkelijker een relatie mee aangaan. Zo leren we om beter in overeenstemming te leven met onze omgeving.

Binnen cognitieve animatietherapie maken we gebruik van de aangeboren neiging tot animisme. Problemen gedragen zich in veel opzichten alsof ze een eigen leven leiden. Ze proberen zich aan cliënten op te dringen en hanteren daarbij strategieën, vertellen dramatische verhalen, schetsen doemscenario’s of onttrekken zich actief aan pogingen van cliënten om de controle over hun eigen leven terug te krijgen. Cognitieve animatietherapeuten behandelen problemen als aparte entiteiten en veranderen de relatie die cliënten met problemen aangaan.

Als een cliënt het probleem beschouwt als een aparte entiteit, gaat hij een relatie aan waarin hij afstand neemt. Een cliënt IS niet depressief, maar wordt bijvoorbeeld lastiggevallen door het probleem ‘depressie’ dat zich telkens aan hem op wil dringen met dramatische gedachten en negatieve emoties. Door een relatie aan te gaan, kan de cliënt grenzen stellen en dramatische gedachten herkennen als pogingen van het probleem om zichzelf op te dringen. Hij kan een depressieve gedachte zoals *‘Mijn leven is niet de moeite waard.’* herkennen als een van de dramatische verhalen die het probleem vertelt. Cliënten die het probleem niet beschouwen als een aparte entiteit en er geen relatie mee aangaan, geloven dramatische gedachten en herkennen niet

hoe het probleem zich aan hen opdringt. We maken gebruik van de natuurlijke neiging tot animisme, zodat cliënten het probleem behandelen als een aparte entiteit en stelling nemen ten aanzien van de negatieve invloed die problemen uitoefenen op hun leven.

De constatering dat problemen zich in veel opzichten gedragen alsof ze een eigen leven leiden, vereist natuurlijk wel een wetenschappelijke verklaring. Daar zullen we in dit boek nog aandacht aan besteden.

De derde betekenis van het woord animatie is 'bewegende beelden' en verwijst onder meer naar tekenfilms of computeranimaties. Deze betekenis geeft het proces van cognitieve animatietherapie goed weer. We willen dat cliënten problemen en de wijze waarop ze zichzelf in stand houden, concreet in beeld brengen. Vervolgens brengen we het beeld van problemen op een zodanige wijze in beweging, dat ze geen negatieve invloed meer uitoefenen.

Het is echter niet alleen mogelijk om problemen in beeld te brengen. Problemen schetsen zelf ook sterk vertekende beelden van de realiteit. Een depressie schetst bijvoorbeeld een grauw beeld waarin het onmogelijk lijkt om positieve emoties te ervaren. We helpen cliënten om de vertekende beelden die problemen schetsen, te herkennen en brengen ze zodanig in beweging, dat ze weer overeenstemmen met de realiteit.

Het werken met bewegende beelden is meer dan een mooie metafoor voor het therapeutische proces. We geven problemen letterlijk in beelden weer en maken gebruik van eenvoudige computeranimaties. Het gebruik van computers biedt nieuwe therapeutische mogelijkheden die heel goed aansluiten bij de concrete, beeldende benadering van cognitieve animatietherapie. Met de komst van nieuwe programma's kunnen therapeuten zonder uitgebreide kennis van computers deze nieuwe mogelijkheden optimaal benutten.

### *1.4.3 Therapie*

Cognitieve animatietherapie is een vorm van psychotherapie. De term *psychotherapie* werd door Kees Korrelboom als volgt beschreven:

*Psychotherapie is een proces waarbij een therapeut op transparante en met de patiënt vooraf overeengekomen wijze, zo veel mogelijk in de wetenschappelijke psychologie verankerde methodes toepast om de emotionele en/of gedragsproblemen van de patiënt zo goed mogelijk, duurzaam en relevant te reduceren. (Korrelboom & Ten Broeke, 2004)*



Omdat cognitieve animatietherapie een vorm van psychotherapie is, omvat het al de hier beschreven kenmerken. We willen de negatieve invloed van problemen zo veel mogelijk reduceren, passen methodes toe die wetenschappelijk onderbouwd zijn en werken zo transparant mogelijk samen met cliënten.

Toch zijn er ook een paar kleine verschillen. We spreken liever van cliënten dan van patiënten, omdat de naam patiënt het moeilijker maakt voor mensen om zichzelf los te zien van het probleem. Een patiënt is iemand die lijdt aan een probleem. Als we telkens de term patiënt hanteren, versterken we het beeld dat iemand onlosmakelijk met het probleem verbonden is. Bovendien wordt de term patiënt vaak geassocieerd met passiviteit, zoals het geval is bij een dokter die zijn patiënt geneest. Bij cognitieve animatietherapie willen we juist zo veel mogelijk onderscheid maken tussen de cliënt en het probleem. Een cliënt is een klant die de ondersteuning van de therapeut inroept, maar zelf een kritische en actieve houding aanneemt. We stimuleren een dergelijke houding, omdat ze leidt tot betere behandelresultaten.

Door een kritische, actieve houding aan te nemen ten aanzien van problemen, leren cliënten om hun relatie ermee te veranderen.

Een ander verschil is dat cognitieve animatietherapie naast het reduceren van problemen veel aandacht besteedt aan het leren voorzien in de vaak verwaarloosde behoeften die aan het probleem ten grondslag liggen. Verder is het niet altijd noodzakelijk om het probleem te reduceren, maar enkel de negatieve invloed die het uitoefent op cliënten. Therapeuten hoeven probleemgedachten niet altijd te bewerken, als cliënten ze leren herkennen als een onderdeel van de probleemverhalen die problemen vertellen.

#### **1.4.4 Problemen**

Het doel van therapie is om de negatieve invloed van problemen te reduceren. Cognitieve animatietherapie benadert de term ‘probleem’ op een iets andere wijze dan andere vormen van therapie. We benaderen problemen als aparte entiteiten die zich in veel opzichten gedragen alsof ze een eigen leven leiden en soms alle aandacht opeisen, waardoor ze het denken en handelen van mensen tijdelijk beheersen.

Definitie:

*Problemen zijn een verzameling disfunctionele cognities, waarvan de cliënt of anderen last ondervinden en die zichzelf in stand houden door zich actief aan de cliënt op te dringen.*

We kunnen aan de hand van deze definitie drie kenmerken van problemen onderscheiden:

- een verzameling disfunctionele cognities,
- waarvan de cliënt of anderen last ondervinden,
- en die zichzelf in stand houden door zich actief aan de cliënt op te dringen.

Disfunctionele cognities zijn niet in overeenstemming met de realiteit. Cliënten die er deze cognities op nahouden, ervaren een vertekend beeld van de realiteit. Een voorbeeld van een disfunctionele cognitie is: ‘Als ik een fout maak, zal iedereen me dom vinden en afwijzen.’ Problemen zijn opgebouwd uit verschillende disfunctionele cognities die elkaar meestal versterken.

Veel disfunctionele cognities leiden tot vervelende consequenties: de cliënt of anderen ondervinden er last van. Een cliënt die zichzelf dom vindt, kan daar persoonlijk veel last van ondervinden. De omgeving ervaart het probleem niet, maar de cliënt wel. Omgekeerd kan een cliënt die telkens een woedeaanval krijgt als iemand hem tegenspreekt, daar weinig last van ondervinden, terwijl de omgeving het gedrag wel als problematisch beschouwt. Maar meestal ondervinden zowel de cliënt als zijn omgeving last van disfunctionele cognities.

Problemen houden zichzelf in stand door zich actief aan cliënten op te dringen en hanteren daarvoor strategieën. De psychische problemen waarover we spreken, zijn kwalitatief anders dan praktische problemen of problematische situaties. Praktische problemen zijn niet het onderwerp van therapie. Disfunctionele gedachten over praktische problemen wel. We kunnen bijvoorbeeld niet de schulden van een cliënt verminderen, omdat dit een praktisch probleem is. Maar het is wel mogelijk om de neiging tot impulsaankopen te verminderen die de schulden veroorzaakten. Wanneer ik in dit boek spreek over problemen, bedoel ik altijd psychische problemen die de drie genoemde kenmerken bevatten.

Om cliënten snel een beeld te geven van de aard van problemen vergelijk ik ze vaak met zeurende kinderen die hun zin niet krijgen. Cliënten hebben vaak wel begrip voor de behoefte van kinderen en denken mild terug aan de momenten waarop ze zelf nog zeurden om hun zin te krijgen. Maar ze weten ook dat kinderen grenzen nodig hebben en dat volwassenen ‘de baas’ zijn. Met diezelfde milde, maar rechtvaardige en consequente houding mogen ze een relatie aangaan met problemen. Cliënten hoeven problemen niet te onderdrukken of te controleren, maar moeten wel grenzen stellen waar dat nodig is. Het probleem mag zeuren en aangeven welke behoeften het heeft, maar cliënten bepalen uiteindelijk zelf hoe ze in behoeften willen voorzien.

## 1.5 Uitgangspunten

Cognitieve animatietherapie kent drie therapeutische uitgangspunten die ik hier kort beschrijf en in de volgende hoofdstukken verder zal toelichten. De uitgangspunten zijn erop gericht om direct de negatieve invloed van problemen te verminderen, maar vormen tevens een kader waarbinnen therapeuten hun interventies plannen. De drie therapeutische uitgangspunten zijn:

- goede bedoelingen;
- identificatie verminderen;
- concretiseren.

### Goede bedoelingen

Achter alle menselijke cognities, emoties en gedrag schuilt een goede bedoeling. Het is onmogelijk om iets te denken, voelen of doen, waarmee we geen goede bedoeling hebben voor onszelf. Mensen hebben het altijd goed met zichzelf voor, maar cliënten kiezen voor slechte oplossingen of geloven in disfunctionele cognities die onderdeel uitmaken van problemen. Goede bedoelingen leiden soms niet tot goede oplossingen.

Achter disfunctionele cognities of de dramatische verhalen die problemen vertellen, schuilt altijd een goede bedoeling. Problemen dringen zich nooit zomaar aan cliënten op, maar willen voorzien in behoeften. Problemen die cliënten bijvoorbeeld extreme angsten bezorgen, willen voorzien in hun behoefte aan veiligheid. En een probleem dat een cliënt aanspoort om hyperactief gedrag te vertonen, geeft gehoor aan de behoefte aan prikkeling of expressie van overvloedige energie.

Hoewel achter alle problemen, cognities, emoties en gedrag een goede bedoeling schuilt, leiden ze soms niet tot goede oplossingen. We willen dat cliënten leren om betere oplossingen te kiezen om te voorzien in behoeften.

### Identificatie verminderen

Cliënten die geïdentificeerd zijn met het probleem, beseffen dat niet. Ze geloven in de dramatische verhalen die problemen hen voorspiegelen en denken dat zijzelf of anderen de oorzaak van de problemen vormen. Geïdentificeerde cliënten ervaren heftige negatieve emoties die zeer ernstig, zelfs levensbedreigend, aanvoelen. Ze verliezen de realiteit uit het oog en zien de wereld vanuit het dramatische perspectief van het probleem.

Zolang cliënten geïdentificeerd zijn, neemt het probleem de regie van hun leven over. Het biedt veel weerstand tegen pogingen van therapeuten om zijn negatieve invloed te verminderen. Als een therapeut bijvoorbeeld oppert dat een cliënt die lijdt

aan woedeaanvallen even een blokje omloopt tijdens een boze bui, ervaart een geïdentificeerde cliënt dit als een persoonlijke afwijzing. Het probleem vertelt hem dat anderen hem wegsturen, omdat hij een driftkop is. Kritiek op het probleem, wordt ervaren als kritiek op de cliënt.

Als we identificatie met het probleem verminderen, beschouwen cliënten het probleem als een aparte entiteit. Ze herkennen hoe het probleem zich aan hen wil opdringen en geloven niet meer in de dramatische verhalen die hen voorgespiegeld worden. In plaats van zich te identificeren, wordt het mogelijk om een andere relatie met het probleem aan te gaan, waarin ze oog hebben voor goede bedoelingen, maar ook grenzen mogen stellen. Een niet-geïdentificeerde cliënt herkent suggesties van de therapeut, om tijdens een boze bui bijvoorbeeld een blokje om te lopen, als een manier om grenzen te stellen in zijn relatie met het probleem. Cliënten die niet langer geloven dat zij het probleem zijn, trekken zich kritiek op het probleem niet meer persoonlijk aan.

#### Concretiseren

Problemen en disfunctionele cognities zijn niet zichtbaar. We zien alleen het gedrag van cliënten dat uit problematische gedachten voortvloeit. Cognities verdwijnen net zo snel als ze opkwamen, waardoor cliënten ze moeilijk kunnen onderzoeken of hanteren. Door problemen en hun strategieën concreet in beeld te brengen, leggen we ze vast. Daardoor kunnen ze zich niet meer aan het zicht van cliënten onttrekken en wordt het gemakkelijker om ze te onderzoeken en te hanteren.

Door te concretiseren, creëren cliënten een helder beeld van het probleem. Ze identificeren zich er niet langer mee, maar gaan een relatie met het probleem aan. Concretiseren maakt problemen herkenbaar en legt hun ware intenties bloot. Als we eenmaal weten hoe problemen er uitzien, kunnen we gemakkelijker interventies plannen om hun negatieve invloed te verminderen. Daarnaast is het mogelijk om op een betere manier te voorzien in eventuele verwaarloosde behoeften die problemen vertegenwoordigen.

### 1.6 Hoe kun je dit boek het beste gebruiken?

Dit boek is opgedeeld in een theorie- en een praktijkgedeelte. Het theoriegedeelte (hoofdstuk 2 tot en met 6) gaat dieper in op empirisch ondersteunde theorieën en de uitgangspunten van cognitieve animatietherapie; het praktijkgedeelte (hoofdstuk 7 tot en met 9) gaat in op de fasen van behandeling, nieuwe interventies en hun toepassingen.

- In hoofdstuk 2 behandelen we aan de hand van de evolutietheorie hoe de mens zich met al zijn vermogens ontwikkelde. We gaan na welke gevolgen dat heeft voor onze cognities, emoties en gedrag en beschrijven de goede bedoelingen die aan alles wat we denken, voelen en doen ten grondslag ligt.
- Hoofdstuk 3 handelt over ethiek. We bespreken het sociaal contract en de rol van evolutie in ethiek. Daarnaast behandelen we de manier waarop mensen een zelfbeeld ontwikkelen en welke gevolgen het heeft als ze hun intrinsieke waardigheid in twijfel trekken. Tot slot bespreken we hoe identificatie met het probleem leidt tot heftige emoties.
- In hoofdstuk 4 gaan we in op de wijze waarop mensen zintuiglijke informatie omzetten in cognities en tot welke problemen dat kan leiden. We bekijken hoe mensen via cognities hun realiteit reconstrueren en hoe cognities onderling georganiseerd zijn. Ten slotte onderzoeken we de voordelen van concretiseren en het verminderen van identificatie met het probleem.
- Hoofdstuk 5 beschrijft waarom cognities vaak een eigen leven lijken te leiden en waarom ze zich aan cliënten opdringen. We verklaren aan de hand van de evolutionaire functietheorie hoe problemen zichzelf in stand houden en strategieën ontplooiën. Om cognities beter in beeld te brengen, beschrijven we het SCEGR-model.
- Hoofdstuk 6 werkt uit hoe de eigenschappen van het SCEGR-model, waarmee we problemen concretiseren, zich onderling verhouden. We gaan na hoe therapeuten interventies van zowel cognitieve animatietherapie als andere therapievormen kunnen integreren. Het model toont bovendien wanneer we het beste interventies kunnen gebruiken.
- In hoofdstuk 7 begint het praktijkgedeelte. We behandelen de fasen van therapie en verschillende nieuwe interventies voor het verminderen van identificatie, zoals het identificatieverminderende gesprek, gedachten indelen, identificatieverminderende zelfspraak, identificatieverminderende rollenspellen, cognitief en emotioneel matchen en werken met de vraag: ‘Wat is het probleem nu?’
- In hoofdstuk 8 behandelen we het gebruik van computeranimaties als creatief middel binnen cognitieve animatietherapie. We gaan in op het werken met interactiviteit, het aanbieden van een therapeutisch verhaal en de integratie van interventies.
- Hoofdstuk 9 beschrijft hoe we problemen concreet kunnen weergeven, zodat cliënten gemakkelijker denkfouten kunnen achterhalen en hun relatie met het probleem kunnen veranderen. We behandelen drie casussen waarin verschillende manieren om te concretiseren worden geïllustreerd.