

Imaginatie therapie

door Jan Taal

Imaginatie behoort tot de psychotherapeutische technieken die diepere lagen in de psyche snel kunnen openleggen. Het kan zowel bij probleemgerichte als bij persoonsgerichte therapie effectief worden toegepast. Cruciaal voor een vruchtbaar therapeutisch gebruik is steeds de manier waarop het subject contact met de beelden en emotionele inhouden ervan kan maken en de mate waarin het subject in staat is die inhouden te verwerken en te assimileren. Hoe imaginatie in de praktijk werkt wordt aan de hand van een aantal casus uitvoerig gepresenteerd. Daarbij worden de indicatie, de respectievelijke interventiestappen en de verschillende manieren van begeleiding (volgend en directief) besproken, evenals de mogelijkheden van imaginatie bij traumaverwerking en bij kanker en andere lichamelijke ziekten.

Inleiding

De taal van de psyche bestaat uit beelden. Innerlijk beeld en gedrag zijn dan ook onlosmakelijk met elkaar verbonden. Veranderingen in het beeld beïnvloeden gedrag in alle aspecten: de perceptie, de emotie, het denken, de lichamelijke processen en het concrete gedrag. Het innerlijke beeld is derhalve een uitstekend aangrijpingspunt voor psychotherapie. Emotionele en psychische problematiek van verschillende aard, lichamelijke symptomen, trauma's en zingevingsvraagstukken kunnen met imaginatietherapie vaak adequaat behandeld worden.

Imaginatie-therapie vereist geen bijzonder intelligentieniveau. Belangrijk is dat de cliënt open kan staan voor zijn of haar innerlijke beeldenwereld.

Wanneer echter het verstand en het analytisch vermogen te dominant zijn, kan het de cliënt veel moeite kosten om de spontane beelden toe te laten. Lukt het de cliënt om contact te maken met zijn beelden, dan zal veelal blijken dat dat een diepe en waardevolle beleving is, die verder gaat dan het verbale en het concrete gedrag. Hierbij speelt een rol dat beelden behoren tot het innerlijke domein waar men het meest vrij is en creatief kan zijn. Het is de taak van de therapeut om de cliënt te helpen zijn weg te vinden in zijn beeldenwereld en dat vervolgens in doelbewust gedrag te concretiseren.

Wanneer men aandachtig luistert naar de spreektaal merkt men dat mensen steeds beelden gebruiken om hun situatie te beschrijven en hun emoties tot expressie te brengen: 'Ik zit in de put', 'De zon schijnt weer', 'Mijn hart brak', 'Het stinkt', 'Ik zie geen uitweg', 'Het lood zakt in mijn schoenen', 'Het was alsof ik een klap in mijn gezicht kreeg', 'Ik kon hem wel wurgen', 'Ik kreeg een steun

in de rug', enzovoort. Opvallend is dat alle zintuigen een rol spelen. Imaginatie heeft dan ook niet alleen betrekking op visuele beelden, maar ook op de innerlijke sensatie van geluid, geur, tast, smaak en beweging.

De historische plaats van de verbeelding in psychotherapie

Overal en in alle tijdperken zijn het beeld, de fantasie, het visioen, de dagdroom, het verhaal, de mythe en het symbool gebruikt voor therapeutische doeleinden. Het zoeken naar het visioen en het zich laten inspireren door het innerlijke beeld behoren tot de meest universele handelingen in de menselijke geschiedenis. Tot in de verre prehistorie zijn afbeeldingen te vinden van symbolen in grotten en graven, op botten en potscherven, in beeldhouwwerken, in mythen, verhalen en geschriften. Het is fascinerend hoe door de eeuwen heen in de veelheid en culturele diversiteit van symboliek bepaalde elementen en patronen een terugkerend karakter vertonen. De kennis van mythologie en symboliek, ook van andere culturen, is voor de therapeut die met beelden werkt interessant. Het kan hem helpen vergelijkbare processen bij zijn cliënten te herkennen en adequaat te behandelen (Eliade, 1952; Campbell, 1949, 1983; Eliot, 1977).

Een voorbeeld van een overal voorkomend symbool is dat van de levensboom (van Genesis tot psychologische tests). Zo is van Alexander de Grote overgeleverd dat op een gegeven moment in zijn leven de levensboom hem verwijt te eerzuchtig te zijn. .. (Perzisch boek uit de vijftiende eeuw, Porritt, 1991). Het is mij onbekend hoe Alexander geluisterd heeft naar de boom. Het al dan niet opvolgen van de suggestie van de boom om minder eerzuchtig te zijn zal de loop van de geschiedenis en zijn eigen welzijn ongetwijfeld hebben beïnvloed. Ook bij de moderne mens is de boom een bruikbaar symbool, dat zowel in de spontane beelden naar voren kan komen als ook als symbool geïntroduceerd kan worden. Beslissend voor het praktische en therapeutische effect is steeds de wijze waarop en de mate waarin de cliënt zich het beeld psychisch toeëigent en zich er gevoelsmatig mee verbindt.

Enkele voorbeelden:

Een kankerpatient krijgt als beeld van zijn geopereerde lichaam 'een geknotte wilg'. Eerst schrikt hij hier geweldig van, hij ziet de knoest en voelt daarin nadrukkelijk de pijn van de operaties en de aantasting van zijn vroegere gave lichaam. Nadat hij wat langer naar het beeld kijkt ziet hij echter jonge spruiten, nieuwe takken in de knoest ontstaan, symbool voor het nieuwe leven, en verandert zijn gevoel in hoop en vertrouwen.

Bij Petra, ook lijdend aan kanker, speelt de wilgeboom eveneens een belangrijke rol, maar dan op een heel andere manier. Petra kiest een wilg als symbool voor haar levenskracht en is daar aanvankelijk blij mee. Als ze de wilg schildert krijgt ze echter een vreemd, tegenstrijdig gevoel. Bij het bekijken van wilgen in de natuur ontdekt ze tot haar verbijstering dat wilgen vaak rot en leeg van binnen zijn. Ze begint dan te twifelen aan haar levenskracht en ook in te zien dat haar ziekte reeds in een vergevorderd stadium is, en dat ze waarschijnlijk niet lang meer te leven heeft - iets wat ze tot dan toe niet onder ogen wilde zien.

Een directief toegepaste variant van de levensboom wordt door Van Dijck, Van der Hart en Van der Velden (1980, p.115) beschreven. Aan een depressieve en apathische vrouw die zichzelf slecht verzorgt, geeft de therapeut twee plantenstekken mee met de opdracht ze als gezonde, jonge planten terug te brengen. Een aantal zittingen later laat de cliënt twee

prachtige, goed verzorgde planten zien. In de tussentijd is ze zichzelf ook gaan verzorgen.

In de geneeskunde is imaginatie waarschijnlijk het oudste diagnostische en curatieve middel. Het vormt de basis voor de helende rituelen die sinds mensenheugenis zijn verricht (Achterberg, 1985). Onlangs werd bekend hoe imaginatie in de praktijk van Nederlandse huisartsen een rol speelt: 61% van hen past imaginatie toe door placebo's - het beeld: 'dit pilletje werkt!' - voor te schrijven (Peters & Van der Kooij, 1992).

De verbeelding heeft ook altijd een centrale rol gespeeld in de moderne psychotherapie, ongeacht het theoretisch kader. Om slechts twee uitersten te noemen: de psychoanalyse en de gedragstherapie. In de psychoanalyse is er de vrije associatie, hetgeen in principe neerkomt op het geven van ruimte aan spontane beelden en associaties. Voorwaarde voor de productie van beelden is dan wel dat de verbale, cognitieve analyse niet te overheersend is.

Ook in gedragstherapie worden relaxatie en verbeelding gebruikt in twee van de belangrijke technieken - de systematische desensitiserings- en flooding -, waarbij direct en directief probleemgedrag wordt behandeld.

Sinds de jaren zestig heeft het gebruik van beelden als specifieke focus in therapie meer bekendheid gekregen. Er is in de loop der jaren een grote verscheidenheid van namen aan gegeven. Om er een aantal te noemen: geleide dagdroom (Desoille, 1973), geleide fantasie of verbeelding (Krop, 1978, 1984), geleide meditatie, geïnitieerde symboolprojectie, katathymes Bilderleben (Leuner, 1975, 1990), symbolische visualisatie (Gerard, 1981), hypnagogic imagery (Green & Green, 1977), eidetische therapie, oneirotherapie (Fretigny & Virel, 1968), en vormen van hypnotherapie (Van der Hart, 1984). Sheikh (1986) geeft een uitgebreid overzicht van de verschillende benaderingen en hun methodiek.

Er worden in de literatuur twee niveaus onderscheiden waarop imaginatie werkzaam wordt geacht. Het eerste niveau betreft stoornissen en problemen, het tweede het niveau van de intrapsychische belevingen. Dit onderscheid is hetzelfde als Van Kalmthout (1993) maakt in zijn heldere onderscheid van psychotherapieën tussen symptoom- of probleemgerichte therapievormen en persoonsgerichte therapieën. De verschillen, indicatieterreinen en methoden op elk van deze twee niveaus komen in dit artikel uitgebreid aan de orde.

In Nederland zijn belangrijke auteurs over het gebruik van imaginatie Van der Hart (1984, 1987a; 1987b, 1991) en Loonstijn (1993). Van der Hart beschrijft met grote veelzijdigheid hoe imaginatie bij behandelingen op stoornis-niveau kan worden toegepast. Bij Loonstijn, wiens boek rijk is aan voorbeelden en illustraties, ligt het accent op de intrapsychische aspecten van imaginatie.

Op stoornis-niveau wordt imaginatie vooral toegepast in de gedragstherapie en de directieve therapie. Schurink (1987) onderscheidt drie categorieën:

1. imaginaties in het kader van contra-conditioneringsprocedures,
2. imaginaties om gewenst en adequaat gedrag te stimuleren en
3. metaforische benaderingen. Bij de laatste categorie draagt de therapeut de metafoer aan, zoals van een directieve therapeut te verwachten is. Soms wordt echter ook een beroep gedaan op de spontane imaginatie van de cliënt.

De metaforen die cliënten zelf creëren zijn meestal veel effectiever (Witztum, Van der Hart & Friedman, 1988). In directieve therapie krijgt het diepte-niveau en de emancipatorische en zingevende aspecten van symbolische imaginatie daarin weinig systematische aandacht. Het theoretische kader leent zich onvoldoende voor een consequente toepassing van symbolen. Tevens speelt hierbij een - deels terechte - angst voor zweverigheid en ongefundeerde speculatie een rol (Van Dijck, Van der Hart & Van der Velden, 1980, p.112).

Leuner (1975, 1990) ontwikkelde een diepte-psychologisch gefundeerde methode die in het Duits 'katathymes Bilderleben', in het Engels 'guided affective imagery', en in het Nederlands 'symbooldrama' genoemd wordt. Bij deze methode worden symbolische standaardmotieven volgens omschreven behandelingsstappen aangeboden. Leuner biedt op een mild suggestieve wijze een motief waarvan de inhoud vaag geformuleerd wordt. De eerste vijf motieven zijn wei, beek, berg, huis en bosrand. Dit gebeurt in de trant van: 'Haalt u zich eens het beeld van een wei voor ogen. Het is ook goed als er iets anders verschijnt.' De cliënt wordt daarna zo veel mogelijk empathisch gevolgd in zijn beleving, waardoor zijn onbewuste gedragstendenzen manifest kunnen worden in de beelden. Het is opmerkelijk hoe treffend de verbeeldingen reeds in het begin bij een cliënt kunnen zijn. De bedoeling is dat de cliënt gaandeweg zijn creativiteit leert gebruiken.

Hoewel het bij zijn methode niet direct gaat om de behandeling van symptomen, meldt Leuner dat door een korte therapie (20 zittingen) ook op stoornis-niveau aanmerkelijke successen bereikt kunnen worden. Leuner plaatst zijn belangwekkende methode in het brede middengebied tussen puur symptomatisch georiënteerde therapievormen en de psychoanalyse. Leuners methode heeft overigens veel overeenkomsten met die van enkele Europese tijdgenoten: Desoille (1973) en Fretigny en Virel (1968).

Twee psychologische scholen die veel aan de ontwikkeling van imaginatie op diepte-niveau hebben bijgedragen zijn die van Jung (actieve imaginatie) en Assagioli (psychosynthese). Jungs fascinatie met beelden wordt treffend uitgedrukt in het volgende citaat:

'Ik kan slechts in diepste bewondering en eerbied de afgronden en hoogten van de psychische natuur stil aanschouwen; deze psychische natuur, wier onruimtelijke wereld een onmetelijke overvloed van beelden in zich bergt. Beelden die miljoenen jaren levende ontwikkeling hebben verzameld en organisch gecompriëerd. En deze beelden zijn geen bleke schaduwen, maar psychische voorwaarden die een machtige werking hebben. Wel kunnen we ze verkeerd begrijpen, maar we kunnen hen nooit beroven van hun macht door ze te loochenen.' (Jaffe, 1977).

Assagioli, de eerste psychoanalyticus in Italië, noemt de verbeelding een van de belangrijkste, spontane functies van de psyche, zowel in haar bewuste als ook in haar onbewuste aspecten. Volgens Assagioli (1975, p. 162) zijn beelden een drijvende kracht, en hebben een grote invloed op de lichamelijke processen, de emoties en het gedrag: 'elk beeld heeft de neiging om die fysieke omstandigheden en externe handelingen voort te brengen die ermee in overeenstemming zijn'. In psychosynthese-therapie wordt van deze wetmatigheid veelvuldig gebruik gemaakt. Daarnaast hecht Assagioli bijzonder veel therapeutische waarde aan de zingevende dimensie die beelden kunnen hebben. Freud schreef hem dat hij uitsluitend geïnteresseerd was in

de kelder van het menselijk bewustzijn. Assagioli antwoordde: psychosynthese is geïnteresseerd in het gehele gebouw. In psychosynthese wordt getracht een lift te bouwen waarmee iemand toegang kan krijgen tot ieder niveau van zijn persoonlijkheid (Van Iersel, 1982).

De niveaus van imaginatie therapie

Zoals hierboven al aangegeven zijn twee niveaus te onderscheiden waarop imaginatie therapie werkzaam is: het niveau van stoornissen en het niveau van intrapsychische belevingen: 'de diepte'.

Stoornis-niveau

De verbeelding wordt hier gebruikt om een stoornis, klacht of probleem te verhelpen of te verlichten. Psychotherapie die klachtgericht is, zal zich tot dit niveau beperken.

Maria wil haar rijbewijs halen. Tijdens de rijles krijgt ze echter paniekaanvallen, die zo hevig zijn dat ze dan meestal niet verder durft te rijden. Ze overweegt om haar lessen te stoppen. Het beeld dat ze bij de paniek heeft is dat 'het stuur dreigt af te breken'. De therapeut leert haar zich te verbeelden dat het stuur van supersterk staal gemaakt is. Als het haar dan lukt om dat beeld ook tijdens de rijles op te roepen lukt het haar geleidelijk om de paniekaanvallen eronder te krijgen

Diepte-niveau

Op dit niveau krijgt het beeld een existentiële waarde en vaak een meer metaforisch of symbolisch karakter. Psychotherapie die gericht is op een persoonlijkheidsverandering en die verder gaat dan het verlichten of verhelpen van een symptoom of stoornis, zal dit niveau van werking nastreven.

Naast het verhelpen van Maria's angst voor het autorijden, werd een aantal sessies gewijd aan een verdere exploratie van het beeld van 'het afbrekende stuur'. Dit bracht een stroom van spontane beelden op gang. Maria kreeg sterke beelden en gevoelens van stuurloosheid en verloren zijn. Ze voelde zich kleiner worden en werd onontkoombaar herinnerd aan het overlijden van haar vader op jonge leeftijd. Het beeld van het afbrekende stuur brengt haar terug bij het verlies en gemis van haar vader. Het is een metafoor voor haar afgebroken relatie met hem. Het verwerken van haar gemis op dit diepere niveau wordt in de behandeling belangrijk. In haar verbeelding hervindt zij het contact met het beeld van haar vader (of met iemand die op hem lijkt: een nieuw vaderbeeld). Daardoor ervaart ze een nieuwe kracht en richting in haar leven. De positieve effecten daarvan merkt zij op meerdere levensgebieden.

Meestal verloopt de overgang van het ene naar het andere niveau geleidelijk. Het is natuurlijk wel belangrijk dat de therapeut oog en aandacht voor beide niveaus heeft en goed kan inschatten wat therapeutisch gewenst en haalbaar is, waartoe de cliënt gemotiveerd is en wat de cliënt aan kan. Interventies op beide niveaus zijn respectabel, mits er een goede indicatiestelling heeft plaatsgevonden en beide betrokkenen weten wat ze wel en niet willen of aan het doen zijn en het daar ook over eens zijn (Van Kalmthout, 1993). Overigens beïnvloedt het therapeutisch werk op het ene niveau dat op het

andere. Het verwerkingsproces op diepte-niveau gaf Maria nieuw elan en hielp haar bij het oplossen van haar actuele probleem, het leren autorijden. Anderzijds hielp het daadwerkelijk leren sturen in de auto haar om zelfvertrouwen te ontwikkelen en in praktijk te brengen.

Het metaforische en symbolische karakter van een beeld wordt meestal manifest naarmate er meer tijd aan besteed wordt en naarmate het subject er meer gevoelscontact mee maakt. Het spontane innerlijke beeld wordt dan een expressie van iemands psychische gesteldheid. Het is een soort diagnose in beeldende vorm van die existentiële gesteldheid en vormt tevens een entree tot diens mogelijkheden tot herstel.

Van belang is het onderscheid tussen metafoor en symbool. Bij de metafoor verwijst het beeld naar een vergelijkbare situatie in het leven van het subject (het afbrekende stuur verwijst naar het overlijden van Maria's vader op jonge leeftijd). De metafoor is dus persoonlijk en uniek. Het symbool heeft betrekking op de laag van de oerbeelden of archetypen (Maria's behoefte aan een vader).

Een voorbeeld.

Mevrouw B. heeft last van een verlamd gevoel in haar buik. Haar keel zit vaak dicht en het lijkt of alles dood is onder haar middenrif. Als ik haar vraag een beeld op te laten komen bij dat gevoel, ziet ze een zwarte, koude klomp. Eerst durft ze het niet aan te raken, niet in het beeld noch die plek van haar lichaam. Na enige tijd legt ze aarzelend haar hand op haar buik. Ze zegt niets te voelen. Vervolgens verandert er toch iets aan haar beleving van de klomp. De klomp lijkt meer vorm te krijgen en ze voelt nu duidelijker de zwaarte ervan. Langzaam merkt ze dat het op een lichaampje lijkt dat in haar buik zit, koud en dood. Als ze dat vertelt, begint ze te huilen. Het lijkt wel of er een dijk doorbreekt. Het blijkt dat ze jaren geleden een kind na zes maanden zwangerschap heeft verloren. Met haar verstand had ze die gebeurtenis van zich afgezet. Nu komt haar verdriet erover los.

In de loop van de sessies veranderen het beeld en haar gevoel in haar buik. Het begint minder koud te worden en ook het doodse gevoel verandert (stoornis-niveau). Ze krijgt het opmerkelijke beeld dat het kind niet meer dood is, maar ligt te slapen. Ze voelt steeds meer warmte in haar buik, ze kan er gemakkelijker ademen, er komt meer leven in. Ook in het contact met haar echtgenoot voelt ze haar buik weer en er ontstaat aarzelend lichamelijke intimiteit. Het innerlijke beeld ontwikkelt zich tot de opmerkelijke beleving van een levend kind in haar buik, en dat op verschillende niveaus. Het is het herstelde contact met haar overleden kind (metafoor), dat - hoe wonderlijk het ook voor haar verstand is - vaak naar haar lacht en haar zelfs steunt. Het is echter tegelijkertijd ook het gevoelscontact dat ze nu ontwikkelt met het kind in zichzelf, de kwaliteit van het kind zoals ze was (het kind als symbool). Het vrolijke, spontane en speelse begint zich opnieuw in haar gedrag te tonen. De veranderingen die op gang komen blijken in de loop van de behandeling en in het vervolg van structurele aard te zijn.

De symbolische dimensie van beelden

De taal die beelden spreken is dezelfde waarin oude verhalen, mythen en dromen zich uitdrukken. Intensieve imaginaties zijn vaak sprookjesachtige, mythische belevingen, waarvan de vormen en inhouden eerder irrationeel en verrassend dan logisch en doordacht zijn. Zij gaan gepaard met bijzonder levendige gevoelens. Door de verhoogde concentratie (trance) wordt toegang verkregen tot de emoties en het psychische materiaal dat bij de beelden hoort. Het bewuste gevoelsmatige contact met de belangrijkste symbolen in

dergelijke imaginaties krijgt op den duur vaak een zingevend aspect; dit kan cliënten in een persoonlijke crisis tot essentiële steun zijn.

In het therapeutisch werk met symbolen komt men eerst een persoonlijke laag tegen, gevormd door persoonlijke onbewuste inhouden rond het beeld. Een goed voorbeeld hiervan is het dode kind bij mevrouw B. en alle verwerkingsproblematiek die daar voor haar aan vastzat. Daarna wordt vaak een laag zichtbaar die universeeler van aard is, bijvoorbeeld het levende kind. Het symbool 'kind' krijgt een persoonlijk en universeel, archetypisch karakter. Het is het jonge, nog niet door de volwassenheid beperkte leven in haar, dat geheel eigen, creatieve en spontane impulsen vertegenwoordigt. Het contact ermee geeft haar nieuwe impulsen en plezier, wordt haar tot existentiële steun en heeft emancipatorische en preventieve aspecten. Het vergroot haar probleemoplossend vermogen in de toekomst. Voor het ontwikkelen van nieuw gewenst gedrag kan het effectief zijn direct symbolen te introduceren. De cliënt kiest een bij het gewenste gedrag behorend symbool en tracht zich er zich vervolgens door te laten inspireren en mee te vereenzelvigen (Ferrucci, 1981, p. 95). Bijvoorbeeld de zon voor warmte en kracht; het hanteren van een zwaard of roer van een zeilschip voor het leren van doelgericht handelen.

Imaginatie en mythen

Er bestaat een boeiende overeenkomst tussen het imaginatie-proces en mythen. Hermans (1993) merkt op dat mythen collectieve dromen zijn. Mythen zijn imaginaties die een universele ervaring in de psyche aanspreken, waardoor mensen ze vertellen en blijven navertellen. Het zijn verhalen die dermate overtuigen door hun samenhang en levensechtheid dat ze tot het culturele erfgoed zijn gaan behoren. De grondpatronen van mythen duiken telkens weer op in andere culturele vormen, tegenwoordig bijvoorbeeld in tekenfilms, films, opera's, strips en reclame. Het is voor de psychotherapeut die met imaginatie wil werken bijzonder waardevol kennis te nemen van mythen, sprookjes en oude verhalen, in literatuur, beeldende kunst en muziek (Gersie & King, 1990). Boze stiefmoeders en -vaders, draken, tegenstellingen als *la belle et la bete* ze komen allemaal voor in de verbeelding van cliënten. Kennis van grondpatronen en van de oplossingen van problemen in mythen kan de imaginatie-therapeut helpen de analoge processen bij zijn cliënten te herkennen en te behandelen.

Campbell (1949) onderzocht honderden mythen uit alle continenten. Hij beschrijft het grondpatroon van het avontuur van de universele mythologische held als volgt. De held (of heldin) wordt op de een of andere manier geroepen of weggelokt uit zijn bekende omgeving (het bewuste). Hij gaat op avontuur, raakt de weg kwijt en komt obstakels of tegenstanders (draken, monsters, verlokkingen enz.) tegen. Dit interpreteert Campbell als het openen van het onbewuste. Daarbij komen allerlei beelden, inhouden en weerstanden naar boven. De held voert vervolgens strijd of raakt bevriend met dat wat hij tegenkomt (contact; dialoog). Uiteindelijk volbrengt hij een uiterste test, ondergaat hij een inwijding, daalt af in de dood, wordt verlicht, vindt het elixer of geheim, of neemt deel aan het heilige huwelijk (identificatie; het

vinden van de benodigde kwaliteit voor nieuw gedrag). Ten slotte begint de terugweg naar huis (volgens Campbell het bewuste). Die is vaak nog moeilijker dan de heenweg. Wederom zijn er allerlei obstakels die de weg versperren. Vele helden raken het elixer kwijt of vinden hun thuis niet. De held die het uiteindelijk lukt weer heelhuids en met elixer (kwaliteit) thuis te komen, redt of verandert de wereld ten goede (integratie van nieuw gedrag). In dit licht bezien zijn de beelden die een cliënt met betrekking tot zijn neurose of probleem tegenkomt symbolische bestanddelen van zijn persoonlijke mythe. Anders gezegd, de rollenspelers in zijn existentiële verhaal. In het therapeutisch werk gaat het hierbij niet om een intellectuele interpretatie, maar om een persoonlijk, emotioneel en lichamelijk beleven van een symbool door de cliënt. Men kan dit vergelijken met het beleven van een muziekstuk in tegenstelling tot het lezen van de noten. Een te enge interpretatie van de therapeut kan zelfs een genezende, zingevende beleving van het symbool door de cliënt in de weg staan. Bovendien zijn symbolen meervoudig (Witztum, Van der Hart & Friedman, 1988, p. 279), ze kunnen verschillende lagen van betekenis hebben voor dezelfde persoon. Het is de taak van de therapeut op het juiste moment (timing), rekening houdend met de psychische draagkracht van de cliënt, gebruik te maken van de zingevende en helende werking die een symbool kan hebben. De toepassing en integratie van het symbool in het dagelijkse leven is steeds de laatste stap in het therapeutisch proces. Die cruciale stap naar de dagelijkse realiteit met al haar opgaven is toetssteen voor de effectiviteit van de behandeling. Door de verbinding met de dagelijkse werkelijkheid wordt voorkomen dat het contact met de fantasievolle beeldenwereld tot vluchtgedrag verwordt.

Psychische draagkracht en indicatie

Imaginatie behoort tot de technieken die snel diepere lagen in de psyche kunnen bereiken. Het ontsluit het onbewuste, doordat de spontane beelden langs weerstand en censuur gaan. Het onbewuste is dan als het ware een ongekende schatkamer van mogelijkheden, maar tegelijkertijd ook een vat vol tegenstrijdigheden en gevaarlijke krachten. Vooral in de eerste sessies en bij cliënten met een zwakke 'ik-structuur' kan er sprake zijn van 'overstromingen vanuit het onbewuste'. Cruciaal voor een indicatie of een cliënt vruchtbaar gebruik kan maken van imaginatie is de manier waarop het subject contact met de beelden en emotionele inhouden ervan kan maken en de mate waarin het subject in staat is die inhouden te verwerken en te assimileren. Van der Hart (1984) noemt dit openstaan voor en integreren van materiaal uit het onbewuste: ego-receptiviteit.

In een groep deed ik een geleide imaginatie. Nadat ik de groepsleden kort enkele ontspannende suggesties had gegeven, nodigde ik hen uit zich een landschap voor te stellen, naar eigen keuze met open of gesloten ogen. Ik was van plan hen in dat imaginaire landschap rond te laten lopen en bepaalde ontmoetingen te hebben. Een der groepsleden echter, die nieuw was in de groep, begon onmiddellijk na mijn eerste woorden, 'er is een landschap waar jij je op je gemak voelt, kijk eens welk landschap je ziet', met haar armen om zich heen te slaan. Ze slaakte diepe rauwe kreten, als van een angstig dier in nood. Haar bewegingen werden steeds wilder en heftiger. Ze leek in een volkomen trance te zijn. Aanvankelijk lukte het me niet met haar te communiceren, noch met woorden, noch door

haar aan te raken. Pas na twintig minuten kalmeerde ze enigszins en werd contact mogelijk. Zij vertelde toen: 'Jij zei dat ik in een grot was. In de grot stonden hoog boven mij grote wassen beelden van insecten. Opeens begonnen die insecten te bewegen en mij aan te vallen. Ik probeerde mij uit alle macht te verdedigen tegen hun aanvallen en steken. Wat hier vermoedelijk geschiedde, is dat het onbewuste met grote heftigheid openbrak. Opvallend is hoe zij het beeld: 'er is een landschap' vertaalt in een grot ('jij zei dat ik in een grot was') en de hoeveelheid angst die loskomt. De doos van Pandora ging open

Cliënten kunnen bij een te grote 'overstroming met beelden' gedesintegreerd raken en schade oplopen. Het integratievermogen van de cliënt wordt gekenmerkt door de mate waarin hij de beelden kan verwerken en integreren in zijn dagelijks leven zonder te veel uit balans te geraken. Van tevoren dient dit integratievermogen nauwlettend ingeschat te worden. De aanwezigheid van angstsymptomen is een belangrijke indicator. Andere indicatoren zijn de volgende.

1. De gevoelens die de cliënt tijdens een imaginatie-sessie zelf aangeeft.
2. De manier waarop de cliënt zichzelf in de imaginatie beleeft, op afstand, dichtbij, als deelnemer of als observator, met welke gevoelens, aangeeft hoe het 'ik' aanwezig is en in welke mate het 'ik' de belevingen aankan. Fretigny en Virel (1968) vinden het imaginaire lichaam in de imaginatie ('le moi corporel imaginaire') met de erbij aanwezige sensaties, gevoelens en ruimtelijk ervaren van bijzonder belang in dit opzicht.
3. De therapeut kan veel zien aan de lichaamstaal, zoals aan de ademhaling (is die diep en regelmatig of stukt die bijvoorbeeld), aan armen of benen die over elkaar gaan, aan onwillekeurige bewegingen, slikken, trillingen, enzovoort.
4. De rapportage van het effect van de imaginatie in de uren en dagen erna geeft indicaties over de mate van integratie. Indien er angst, desoriënterende beelden, een toestand van in de war zijn en dergelijke waren, is dat een aanwijzing dat het integratievermogen te kort schiet. Ook de lichaamsbeleving is een belangrijke indicator: was er voldoende contact met het lichaam of had de cliënt het gevoel min of meer buiten zichzelf te zijn? Het is belangrijk dat het subject voldoende 'ik-sterkte' en integratievermogen heeft om dat wat naar boven komt te verdragen. Er dient een centrum, een rustpunt te zijn waarop het subject kan terugvallen. De psychische draagkracht van het cliëntensysteem is altijd de factor die bepaalt wat er wel, wat niet en in welk tempo in de therapie kan gebeuren. Elke psychotische tendentie is dan ook een contraindicatie om met openleggende imaginatie te werken. Als er sprake is van een 'overstroming' gaat men immers de kraan niet nog eens openzetten. Wel kan men bij een psychotische tendentie werken met het reeds aanwezige overvloedige beeldenmateriaal, door dat zo concreet mogelijk vorm te laten geven (vormen van creatieve therapie) en door zich te richten op de vorming van een stevig centrum en basis te midden van de vele beelden. In ernstige gevallen dient de therapeut een meer structurerende functie te vervullen door te trachten de beelden in een gewenste richting te modificeren.

Stappen in het imaginatie therapieproces

In imaginatie therapie zijn de volgende stappen te onderscheiden.

1a. Definiëring van het thema of probleem.

Cliënt S. heeft last van chronische moeheid en depressie. In zijn werk heeft hij het plezier verloren. Het kost hem steeds vaker moeite aan zijn opdrachten te voldoen. Zijn vrije tijd passeert hij voor een groot deel onderuit op de bank. Hij zegt vaak al bij het opstaan 's ochtends een soort van bedruktheid, geen zin, moeheid en lusteloosheid te voelen.

1 b. Analyse en bewuste exploratie.

Wat weet de cliënt van zijn probleem en de psychische en biografische achtergronden ervan en wat zijn de mogelijke oplossingen?

S. zegt weinig te begrijpen van zijn klachten. Lichamelijk onderzoek bij de huisarts leverde niets op. Hij maakt er zich wel zorgen om.

2a. Openen van de imaginatie.

Dit geschiedt door het beschrijven van de beelden in verscheidene zintuiglijke modaliteiten.

Nadat hij mij zijn verhaal heeft verteld vraag ik hem of hij zijn moeheid en depressie verder wil exploreren en ik nodig hem uit zijn ogen dicht te doen, zijn aandacht te richten op het gevoel van de moeheid en bedruktheid in zijn lichaam en te kijken welk beeld er bij hem opkomt.

S.: 'Ik zie niets '

Therapeut: 'Kun je de moeheid nu voelen?'

S.: 'Het is net of er iets me indrukt naar beneden, naar binnen drukt.'

Therapeut: 'Blijf bij dat gevoel, kijk naar wat er gebeurt wat je voelt hoort, merkt, wat dan ook.'

S.: 'Het is net of er iets om me heen zit.' S. blijft geruime tijd stil, en gaat dan verder: 'Er lijkt wel iets om me heen te zijn gewikkeld iets wat drukt, overal op mijn huid zit, mijn ademen bemoeilijkt.'

Therapeut: 'Zie je of hoor je er iets bij?'

S.: 'Nee.'

Therapeut: 'Kun je dat wat drukt aanraken?'

S.: ' Ik geloof van niet'

S. heeft contact met dat wat hij als drukkend ervaart, maar het lukt hem niet dit te visualiseren.

S. blijft nog enkele minuten bij het drukkende gevoel, zonder dat er iets lijkt te veranderen. Ik vraag hem dan weer zijn ogen te openen, met zijn aandacht terug te komen in de kamer. Hij heeft daar even tijd voor nodig, want ondanks de eenvoud van de oefening was hij tamelijk diep in zijn innerlijk verzonken.

Deze verdiepte concentratie op het innerlijk kan men een natuurlijke vorm van trance-bewustzijn noemen. Het is een trance die vanzelf ontstaat en die te maken heeft met de kwaliteit van de beleving. In het geval van S. was het niet zo heel diep, maar toch had hij de tijd nodig om met zijn aandacht terug te komen in de werkelijkheid. De bewustzijnstoestand die kan ontstaan bij imaginatie is vergelijkbaar met vormen van hypnose, maar hoeft niet speciaal geïnduceerd te worden. Door de natuurlijke concentratie van de aandacht, waarvoor een mate van rust en motivatie van de cliënt nodig is, ontstaat als 'vanzelf' een soort van trance. Van der Hart (1984) vergelijkt trance-inductie en trance-verdieping met de voorbereidingen die een kunstenaar treft eer hij een creatieve prestatie levert. Hij komt daarmee in

een toestand van concentratie waarin hij openstaat voor creatieve impulsen. Ik acht het van belang dat het subject zich steeds bewust is van het hier-en-nu en keuzen kan maken in zijn innerlijke wereld van beelden. De kwaliteit van die presentie en mate van het zich vrij bewegen in en met de beelden, bepaalt voor een heel groot deel de uitkomst van de therapie. Hierin verschilt imaginatie-therapie van vormen van hypnose waarbij het 'ik' 'bewustzijn niet helder aanwezig is.

Nadat S. zijn ogen heeft geopend en mij weer aankijkt, vraag ik hem de drukkende sensaties te tekenen. Het doel wat ik met het tekenen nastreef, is hem op een andere creatieve manier contact te laten maken met zijn binnenwereld. Ik vertel hem daarbij dat het vooral geen mooie tekening moet zijn, maar een zo vrij mogelijke expressie naar aanleiding van zijn sensaties, en dat tekenen simpelweg een andere manier is om zijn innerlijke belevingen te laten spreken. Na enige aarzeling tekent hij zijn lichaam met iets donkers wat er zich omheen slingert. Dit tekenen is een belangrijke daad want S. verlaat even zijn lijdzame positie - het 'slachtoffer-deel' in hem - en tekent het ('dat wat drukt').

Het beeld staat er. Hij kan ernaar kijken en er nu nog verder contact mee maken. Hoewel in de sessie aan de beleving van S. van de moeheid niets wordt toegevoegd, zet hij zelf wel een paar kleine belangrijke stappen. Er ontstaat een begin van een indringend maar ander contact met zijn moeheid. Hij is niet langer alleen maar slachtoffer van zijn moeheid en depressie, maar begint zich met het proces ervan te verbinden. Hij heeft nu besloten zijn klacht dieper te exploreren. Deze motivatie is de tweede cruciale factor in de therapie (de eerste cruciale factor is de psychische draagkracht).

In de tweede sessie vraag ik S. hoe hij zijn moeheid nu ervaart. Hij vertelt dat er weinig in zijn gevoel veranderd is, maar dat het hem wel bezig heeft gehouden. Als hij dan zijn ogen dicht doet zegt C. al snel dat hij een boom ziet waaromheen iets zit.

Therapeut: 'Hoe ver ben je van de boom?'

S.: '..... (aarzelt) vijftig meter.'

Therapeut: 'Wil je dichterbij gaan?'

S.: '..... Ik ben nu vlak bij.'

Therapeut: 'Wat zie je aan de boom? Maak maar contact, voel zijn sfeer, raak hem aan als je wilt, ruik.'

S.: 'Dat kan niet. Er zit een slingerplant omheen. De boom is helemaal overwoekerd door een groene klimplant, een parasiet.'

S. exploreert het beeld dan verder, bekijkt de boom en de parasiet van alle kanten.

2b. Dialoog met een beeld. Ik nodig hem dan uit in het beeld de boom en de parasiet aan te raken en te luisteren wat zij hem zeggen. Aanvankelijk hoort hij niets, maar na enige tijd meent hij vaag iets van zuchten en steunen van de boom te horen.

2c. Identificatie met een beeld. Ik vraag S. dan zich voor te stellen dat hij de boom is.

S.: 'Ik ben nu de boom, ik voel mijn wortels, mijn stam en takken en word gek van die slingerplant om me heen. Ga weg! roep ik, maar het helpt niet.' Zijn stem klinkt hulpeloos.

Therapeut: 'Kijk de slingerplant aan. Zeg wat je voelt.'

S.: 'Laat me los!' Er is nu iets meer overtuiging in zijn stem. 'Het lijkt wel of het ogen heeft, dwingende ogen die ik ken.'

S. ontdekt dan dat het de ogen zijn van zijn ex-vrouw.

Hij komt nu heel direct in contact met het beeld van zijn ex-vrouw. In het gesprek dat we hierna hebben realiseert hij zich hoezeer zij nog in zijn innerlijk drukkend aanwezig is.

Dat in de plant opeens betekenisvolle ogen blijken te zitten, is een belangrijk fenomeen in imaginatie. Het aandacht geven aan een beeld maakt dat het een betekenisvolle lading krijgt. Jung noemt dit 'het zwanger worden van een beeld' (Crampton, 1974). Door de aandacht onthult het beeld een diepere laag. In de sessies die met S. volgen werken we verder met het onverwerkte deel van zijn relatie met zijn ex-vrouw.

In de beelden pakt S. op een gegeven moment een flinke snoeischaar en gaat de slingerplant te lijf. Die protesteert heftig en verzet zich uit alle macht. In het beeld slingert de plant zich op een gegeven moment zelfs om S. heen, die dan een soort van tuinman is. Ook verbaal valt de slingerplant hem aan, zij vertelt hem dat hij een nietsnut en mislukkeling is. Hij krijgt hierbij een aantal pijnlijke voorbeelden naar zijn hoofd geslingerd. S. is dan zichtbaar uit het veld geslagen en voelt zich diep ellendig. In het nagesprek hierover vertelt hij, dat hij in de stem van de plant steeds meer ook zijn moeder begon te horen. De volgende sessie werken we verder met het thema van moeder en ex-vrouw, die hem steeds weer toeroepen hoe waardeloos hij is en niet voldoet.

3. Concretisering en creatieve expressie van het beeld. Nu besluit ik de imaginatie concreet te maken met een rollenspel. Ik vraag hem dan beurtelings de rol te nemen van de boom, de moeder (zij wordt allengs belangrijker dan de ex-vrouw) en de tuinman die de boom wil bevrijden. Soms speel ik een van de andere rollen, soms worden die door een kussen of stoel gesymboliseerd. Het voordeel van dit soort rollenspel is dat ; S. zijn lichaam direct gebruikt. Meestal verdiept dit het proces omdat het concreet lichamelijk is. De imaginatie gaat tegelijkertijd verder. Overigens geldt hier dat het de echtheid van de actie van S. is, die de kwaliteit van het resultaat bepaalt. De (creatieve) expressie van de belangrijkste kwaliteit van het beeld staat in deze fase centraal.

S. merkt tot zijn verrassing met hoeveel plezier hij de parasiet-slingerplant speelt en hoeveel kracht hij dan voelt. Pas na enkele sessies lukt het hem met enige kracht ook de tuinman te zijn. Eerst vindt er echter een catharsis van gevoelens van afgewezenheid en eenzaamheid plaats. Het blijkt dan ook hoezeer S. zich in de steek gelaten heeft gevoeld door zijn vader. Uiteindelijk lukt het hem met snoeischaar en kracht de boom te bevrijden. Het tekenen en schilderen dat ik hem aanbied en dat hij ook thuis begint te doen helpt hem hierbij. De bevrijde boom wordt steeds meer een levend symbool voor hem. Van de moeheid en bedruktheid begint hij minder last te krijgen.

4. Toepassing, verankering en integratie van het geleerde in het dagelijks leven.

S. begint ook te merken hoe 'slingerplanten' hem op zijn werk parten spelen. Ook daar knipt hij enkele knopen door, met name ten opzichte van zijn directe baas. Het concreet toepassen van het geleerde is de verankering van het veranderingsproces. Soms ontstaat er dan weer een nieuw thema of probleem. Zo merkte S. dat hij zijn ambities niet kwijt kon in zijn huidige werk. Ook begon hij weer aan een nieuwe relatie te denken.

Twee wijzen van begeleiden: volgend en directief

Bij een volgende begeleiding is de therapeut zo volledig mogelijk met zijn (of haar) aandacht bij de cliënt en diens spontane beelden. De therapeut volgt de cliënt en tracht die zo min mogelijk te beïnvloeden, teneinde diens binnenwereld zo zuiver mogelijk tot zijn recht te laten komen. Het vereist

empathie en distantie tegelijkertijd. Empathie om de cliënt in diens beleving te kunnen volgen, en distantie om analyse, overzicht en diagnose te behouden en met de juiste timing interventies te kunnen verrichten. Dit is geen gemakkelijke opgave. Elk kuchje van de therapeut kan al een effect op de cliënt hebben. En bovendien heeft elke therapeut uiteraard ook onopgeloste zaken in zijn onbewuste die hem onwillekeurig zullen beïnvloeden in zijn gedrag.

Bij een directieve begeleiding draagt de therapeut beelden en suggesties aan, hij helpt en leidt de cliënt. Toepassingen hiervan zijn te vinden in de gedragstherapie en in de directieve hypnotherapie bijvoorbeeld ten behoeve van het overwinnen van angsten, examenvrees en faalangst, het stoppen met roken, het nastreven van prestaties, het bestrijden van pijn. Ook voor de mentale begeleiding in de sport is dit een veel gebruikte methode, evenals bij de 'mental rehearsal' van een komend optreden zoals het houden van een lezing of het geven van een concert.

Directief begeleide imaginatie wordt soms passieve imaginatie genoemd. Dit is echter een minder gelukkige benaming, want hoewel de therapeut de beelden en suggesties aanreikt, is elke cliënt wel degelijk actief in zijn eigen invulling ervan en heeft elke cliënt ook spontane beelden. Directieve begeleiding is zinvol in twee situaties:

1. als er sprake is van weinig 'ik-sterkte';
2. wanneer er een duidelijk en beperkt doel op korte termijn is.

Aan een directieve benadering zijn zeker ook nadelen verbonden. Het belangrijkste nadeel is dat de cliënt minder zijn eigen oplossingen vindt en ook minder het eigen integratievermogen ontwikkelt. Diepgaande therapeutische resultaten die beklijven worden meestal slechts bereikt indien de cliënt ook geheel en al op eigen kracht zijn weg vindt in de beelden en alles wat ermee samenhangt.

Bij geringe 'ik-sterkte' kan de therapeut als het ware de functie van het 'ik' van de cliënt gedeeltelijk en tijdelijk overnemen, teneinde hem te steunen en te helpen zijn weg te vinden.

Ik begeleidde een jongeman die achtervolgd werd door beelden van zijn vader, die hem met een bijl achterna zat. Zijn vader was toen hij klein was heel agressief en gewelddadig geweest. Na de scheiding van zijn ouders - Gerard was toen zes jaar oud - was hij door zijn moeder alleen opgevoed. De beelden van zijn vader met de bijl waren zo sterk dat Gerard zichzelf het grootste gedeelte van de dag opsloot in zijn kamer. 's Nachts had hij soms woede-uitbarstingen waarbij hij dingen kapot maakte en zichzelf verwondde. Zijn school had hij in het laatste jaar van zijn opleiding opgegeven. De confrontatie met het beeld van zijn vader was intens en hevig. In het begin schreeuwde Gerard van angst. Het was ook net alsof die vader met zijn zwaaiende bijl in de therapiekamer aanwezig was. Ik werd een soort steunende, warme vader voor hem en probeerde hem zo veel mogelijk te beschermen tegen die boze vader. Zelfs riep ik bij verschillende gelegenheden met al mijn overtuiging tegen die imaginaire vader - die ik niet zag, maar Gerard wel - dat hij Gerard met rust moest laten. Zijn angstniveau daalde beetje bij beetje. De dreiging van zijn vader bleef echter, totdat Gerard zelf onder het slaken van verschrikkelijke kreten de strijd aanging en hem zijn bijl trachtte te ontfutselen. Aanvankelijk lukte hem dat niet. Toch gaf de poging te zamen met mijn steun en aanmoediging hem zelfvertrouwen. Gerard begon mij nu soms om raad te vragen, waaronder over zijn studie. Uiteindelijk duurde de therapie twee en een halfjaar. Van de innerlijke kwaadaardige vader had hij steeds minder last, hoewel hij er zeker niet van verlost was. Ondertussen was hij veel actiever geworden, had zijn opleiding afgemaakt en zich zelfs voor een vervolgopleiding aangemeld. Tot zijn verbazing en ongeloof werd hij daarvoor aangenomen. Ook ondernam hij stappen om zelfstandig te gaan wonen.

Imaginatie bij ziekte

Bij lichamelijke ziekte kan imaginatie van grote waarde zijn voor de emotionele verwerking, ter ondersteuning van behandelingen, ter verlichting van symptomen en als middel om het genezingsproces te bevorderen (Vroegop,1990; Taal,1991, 1992a). Het is bekend dat innerlijke beelden invloed kunnen uitoefenen op lichamelijke processen. Wanneer men proefpersonen vraagt zich voor te stellen een boot te roeien is een verhoging van spierspanning in de 'roeiende' spieren te meten. Wanneer men zich voorstelt in een zure citroen te bijten, dan heeft dat een direct effect op de produktie van speeksel. Green en Green (1977) beschrijven in hun klassieker *Beyond biofeedback* experimenten waarin proefpersonen met behulp van imaginatie en biofeedback in staat blijken te zijn tot opmerkelijke staaltjes van invloed op fysiologische processen. Het opmerkelijkste hierbij is het vermogen het afvuren van een enkele zenuwcel te beïnvloeden. Degenen die tot deze bijzondere kunst in staat waren (30% van de proefpersonen) konden geen van allen vertellen hoe ze dat deden:

'Alles wat erover gezegd kan worden is dat je visualiseert wat je wilt dat gebeurt en dan doet het lichaam het. De feedback helpt je om een gevoel voor het proces te krijgen, zodat je het kunt herhalen, maar het helpt je niet om in woorden te kunnen uitleggen hoe het gebeurt.' (Green & Green,1977, pp.31 e.v.).

De afgelopen twintig jaar is veel onderzoek gewijd aan de relatie tussen fysiologische processen en imaginatie (Achterberg, 1985; Sheikh, 1984; Kunzendorf & Sheikh, 1990). Uit Achterbergs overzicht blijkt dat een verandering in het innerlijke beeld (van een ziekte bijvoorbeeld) kan voorafgaan aan een fysiologische verandering, maar ook na die fysiologische verandering kan plaatsvinden. Dit duidt op zowel een oorzakelijke als een reactieve rol van beelden. Beelden kunnen voorts worden beschouwd als de hypothetische brug tussen het bewust verwerken van informatie en fysiologische verandering. Ten slotte kunnen beelden invloed uitoefenen op zowel het willekeurige zenuwstelsel als het autonome zenuwstelsel. Bij pijn blijkt imaginatie de techniek die de grootste mate van pijnverlichting biedt (Fernandez & Turk, 1989).

Voor mensen met een lichamelijke ziekte zijn imaginatie-oefeningen vaak bijzonder waardevol, want het geeft hun een instrument in handen om pijn en andere gevoelens te hanteren. Vooral bij ernstige ziekte, waarbij vaak gevoelens van machteloosheid op de voorgrond staan, is dat psychologisch van groot belang. Imaginatie kan aanzienlijk bijdragen aan het verwerken van het ziek-zijn (coping) en kan de weerbaarheid en kwaliteit-van-leven sterk bevorderen. Er dient echter wel ernstig rekening te worden gehouden met de kwetsbaarheid van iemand met een ziekte. Vooral directieve procedures die schuldgevoelens zouden kunnen oproepen - zoals het zich uitsluitend richten op lichamelijke genezing - moeten worden vermeden. Een voorloper van de toepassing van imaginatie bij ziekte was Simonton, een Amerikaanse oncoloog wiens werk niet onomstreden is, maar dat wel een

grote invloed heeft gehad op het in ontwikkeling zijnde terrein van psychotherapie bij ernstige ziekte. In Nederland wordt zijn werk ook door veel patiënten gelezen. Simonton probeert de vechtlust van cliënten met kanker te stimuleren door ze verbeeldingsoefeningen te laten doen. Hij leert cliënten een vorm van directieve imaginatie, waarbij de cliënt de suggestie krijgt dat de kankercellen zwak zijn en het immuunsysteem sterk is (Simonton & Matthews-Simonton, 1978). In zijn recente boek benadrukt hij verder het belang van contact met innerlijke wijsheid, de ontwikkeling van de eigen beelden en spiritualiteit (Simonton & Henson, 1992).

Uit mijn ervaring met de behandelingen van cliënten met kanker en andere ernstige lichamelijke ziekten, die ik sinds 1980 verricht, blijkt een directief uitgangspunt veel te beperkt te zijn. Er kleven ook ernstige nadelen aan. Het voornaamste bezwaar is dat een directieve benadering het vermijden en bezweren van gevoelens van machteloosheid, depressie en angst voor de dood bij cliënten kan versterken. Bij levensbedreigende ziekten bestaat die neiging juist vanwege de dreiging van en confrontatie met de dood. De imaginatie kan dan een dwangmatig karakter krijgen. Als de directieve beelden niet meer beleefd kunnen worden - wat er onbewust is zal zich vroeg of laat toch in de beelden melden - of als genezing uitblijft, kunnen ernstige schuldgevoelens het gevolg zijn en kan men in een groot gat vallen. Het is daarom van groot belang vooral de spontane beelden ruimte te geven. Als er ruimte is voor alle gevoelens en beelden, waaronder depressie en angst, die er bij een ernstige ziekte natuurlijk ook zullen zijn, dan kan men ook bij de 'positieve', levenskrachtige, vitaliserende beelden komen (Taal, 1991). Met de spontane beelden kunnen de diepste gevoelens van de cliënt over zijn ziekte, zijn leven en zijn toekomst het daglicht zien. Mijns inziens bestaat het oogmerk van psychotherapie bij ziekte erin juist aan deze gevoelens aandacht te geven. Imaginatie is daarbij een techniek die uitermate geschikt is voor zieke mensen. Zij kunnen het immers zelf doen. De ervaring leert dat belangrijke eigen beelden levende symbolen kunnen worden in het dagelijks leven van de cliënt. In de begeleiding van ernstig zieken probeer ik daartoe samen met de cliënt te kijken waar zijn prioriteit ligt.

Er zijn vier aspecten in die begeleiding te onderkennen:

- a. de beleving van de ziekte, ontmoeting en dialoog met het beeld van de ziekte;
- b. het beeld dat cliënt heeft van het herstel, zijn immuunsysteem, zijn vitaliteit;
- c. de kwaliteit van leven; wat nu belangrijk en zinvol is in cliënt's leven, hoe lang of kort er nog te leven is;
- d. de confrontatie met de dood.

De kwaliteit van leven (aspect c) behoort altijd een centrale rol in te nemen.

Traumaverwerking

Trauma's zijn psychische wonden, die de tijd niet heeft geheeld en die niet in het bewustzijn geïntegreerd zijn. De mishandeling van toen, dat ongeluk, of welke traumatische gebeurtenis (of reeks van gebeurtenissen) dan ook, herhaalt zich in de psyche en blijft pijn doen. Bij de meeste schokkende

gebeurtenissen treedt een vorm van dissociatie op, waarbij het bewustzijn zich verwijderd heeft van de herinneringen of gevoelens over de gebeurtenis. Vooral bij ondraaglijke pijn heeft het bewustzijn de neiging te dissociëren. Dissociatie is bij een trauma een psychisch redmiddel, een psychologisch ontsnappen, waardoor men de pijn niet of minder voelt. Men is 'ergens anders'. Men splitst de pijn af en bant haar uit het bewustzijn. Bij voortzetting van de dissociatie heeft dat twee gevolgen: enerzijds gaat men alles wat geassocieerd is met het trauma vermijden (generalisatie) en anderzijds wordt het trauma (onbewust) in stand gehouden. De wond wordt weliswaar minder of niet gevoeld, maar blijft 'ontstoken' en blijft onbewust zijn psychische invloed uitoefenen (Plooy, 1990; Van der Hart, 1991).

Imaginatie kan een uitstekende techniek zijn bij het helen van trauma's. Het verwerkingsproces bestaat uit het ontdekken wat er nodig is om de pijn te verminderen en de wond te helen. Daarin zijn de volgende stappen te onderscheiden:

1. *Herkenning van het trauma.*

2. *Erkenning van de invloed van het trauma.* Vaak is de getraumatiseerde over dat laatste ambivalent. Hij of zij relativeert of ontkent de invloed die het trauma nu nog in zijn of haar leven heeft, meestal uit angst en machteloosheid. Pas als de persoon voldoende doordrongen is van de ernst van het trauma en het belang van de verwerking ervan kan de nodige motivatie ontstaan om de daadwerkelijke verwerking aan te gaan.

3. *Toelating van de gevoelens met betrekking tot het trauma en de ermee verbonden gebeurtenissen.* Er vindt opheffing van de dissociatie of de gedeeltelijke dissociatie plaats. Afhankelijk van wat de persoon 'aankan' vindt er herbeleving plaats.

4. *Herbeleving.* Hiervan zijn verschillende vormen en gradaties. Het houden van afstand tot de trauma-beelden is aanvankelijk noodzakelijk. Het beeld kan namelijk zo sterk zijn dat er identificatie optreedt met alle pijn van toen, hetgeen in de meeste gevallen niet wenselijk is. Pas wanneer voldoende aanwezigheid en kracht in het nu ('ik' sterkte) bestaat, kan geleidelijk meer contact worden gemaakt zodat dan toevoeging en verandering van de beelden - en het helen van de traumawond - kan beginnen.

5. *Herstel en herintegratie.* Het gaat hier om een soort van herprogrammering van wat er 'toen' gebeurde (maar psychisch 'nu' nog steeds gebeurt). Krop benoemt dit als het vinden van een betere afronding van het traumatische gebeuren, waardoor het in een nieuw perspectief komt te staan (Krop, 1984, pp. 61-63). De bedoeling van zo'n toevoeging is niet om het gebeurde te ontkennen, maar om dat wat fout ging alsnog te herstellen. Het is te vergelijken met het genezen van een ernstige wond. Als de wond geheeld is blijft er een litteken. Dat wil zeggen dat het zijn sporen achter heeft gelaten en men zich er ten volle van bewust is wat er gebeurd is, maar de pijn is weg (of minder).

Het meest effectief is dit genezen als de herbeleving zo volledig mogelijk kan zijn en er dan iets werkelijk helpend nieuws aan kan worden toegevoegd. Dit is niet altijd haalbaar. In dit hele proces is de 'ik'-sterkte van essentieel belang. De cliënt dient stevig in het hier-en-nu verankerd te blijven; slechts dan is genezing mogelijk. Vaak schiet het subject weer in de herinneringen aan de pijnlijke gebeurtenis alsof het opnieuw gebeurt. Dat kan weliswaar helpen in

het opheffen van de dissociatie maar is niet voldoende. Het risico van een eindeloze herhaling, waarin men steeds weer de pijn voelt maar er niets wezenlijks verandert, is groot.

Traumaverwerking is een complexe en delicate aangelegenheid met vele valkuilen, die een hoge mate van sensitiviteit bij de therapeut vereist en een zorgvuldige, stapsgewijze aanpak. De therapeut dient bij de confrontatie met het trauma emotionele steun te geven, als een betrokken medestander, zonder de cliënt op enigerlei wijze te forceren. Een zorgvuldig midden moet worden betracht tussen te veel en te weinig stimulatie bij het aangaan van de confrontatie met het trauma. Belangrijk bij trauma's die op jeugdige leeftijd zijn ontstaan (met name incest) is dat sprake kan zijn van een ernstige storing in de ontwikkeling van de persoonlijkheid (Nicolai, 1991). Het 'ik' met betrekking tot het trauma functioneert nog als het getraumatiseerde kind-deel, voelt nog steeds dezelfde gevoelens van machteloosheid en heeft zich afgesloten en afgesplitst.

De opbouw van de band met de therapeut is in de eerste fase van de therapie zeer belangrijk. Een aanzienlijk deel van de behandeling dient erop gericht te zijn de leemten in de ontwikkeling van het 'kind-in-de-client' op te vullen, zodat deze volwassen vaardigheden kan gaan ontwikkelen. De therapeut neemt dan (tijdelijk) de rol van een beschermende en steunende ouder (die er ten tijde van de traumatiserende gebeurtenissen niet was) op zich. Dit heeft natuurlijk verstrekkinge gevolgen' voor de relatie tussen cliënt en therapeut. Het vergt een grote mate van emotioneel engagement van de therapeut, veel geduld en een groot incassingsvermogen. Het is van groot belang het vertrouwen van de cliënt te winnen en daar zorgvuldig mee om te gaan. Een groot deel van het verwerkingsproces vindt dan ook plaats in de overdracht met de therapeut. Dat juist ook de tegenoverdracht veel aandacht nodig heeft (begeleiding van de therapeut zelf) wordt gelukkig steeds meer onderkend.

Anita is 43 jaar. Zij is op zesjarige leeftijd door haar buurman mee naar zolder gelokt en seksueel misbruikt. De hele gebeurtenis heeft ze zich onlangs pas weer herinnerd. In de tussenliggende jaren was het uit haar bewustzijn verdrongen. Het zich herinneren gaat nu met heel veel angst gepaard. Ze durft me nauwelijks te vertellen wat er toen gebeurde. Het is voor het eerst dat ze erover spreekt. Haar keel is dicht, alsof die wordt dichtgeknepen. Later vertelt Anita dat de buurman dat inderdaad deed om haar te verhinderen te schreeuwen. Overigens hoeft de therapeut niet alles precies te weten om een cliënt te kunnen helpen. Belangrijk is dat Anita er op haar manier contact mee maakt en dat het haar lukt om nu iets wezenlijk nieuws en helends toe te voegen aan haar ervaring. Bij het vertellen schiet Anita weg, alsof ze zweeft en ver weg is in een land waar ze helemaal alleen is en niets voelt. De exploratie van deze belevingen, met behulp van de beelden en bijbehorende gevoelens neemt een aantal sessies in beslag. Anita realiseert zich dat 'wegzijn' op een heel bepaalde manier fijn is, maar dat ze daardoor 'hier' in veel situaties niet echt leeft. Ze realiseert zich ook dat ditzelfde in haar seksuele leven gebeurt: ze raakt weg, voelt niets, zweeft dan in dat verre land. Anita's moeder was in de tijd van de traumatische gebeurtenis door een ernstige ziekte emotioneel niet beschikbaar en ook bij haar vader kon ze niet terecht. Naast de pijn en angst van het seksuele misbruik zelf blijkt het feit dat Anita er indertijd 'nergens mee naar toe kon' van essentiële invloed. Het blijkt voor Anita van grote waarde dat ze het mij in stukjes en beetjes kan vertellen en later dat ik met haar in de beelden meega naar zolder en bescherm tegen die buurman. De rol die ik in deze fase in de therapie inneem is die van beschikbare, beschermende volwassene, een soort van ideale ouder. Letterlijk ga ik met haar hand in hand (in een psychodrama) de trap op naar zolder en laat ze me de vreselijke dingen zien die de buurman doet. In het begin ervaart ze voornamelijk de pijn en angst - ze identificeert zich met de situatie van toen, het kind van toen - en voelt ze mijn helpende aanwezigheid niet meer. Geleidelijk lukt het haar om mij te gaan zien als de volwassene die

ingrijpt en haar beschermt tegen de buurman (de toevoeging), waardoor ze kan blijven zien wat er tussen de buurman en het kind gebeurt, niet 'weg' raakt en een begin van een nieuw perspectief met het trauma begint te beleven. In de volgende fase van de therapie laat ik Anita zelf de rol van ideale ouder innemen. Anita leert langzamerhand een soort van ideale moeder voor het getraumatiseerde kind te worden.

Hierdoor breekt de cruciale fase aan dat Anita's 'ik' zo sterk wordt ten opzichte van het trauma, dat ze de confrontatie met de traumatische gebeurtenis steeds beter zelf aankan. Het lukt haar voor het eerst om haar keel te openen en zichzelf toe te staan te schreeuwen en woedend te worden. Ze slaat in haar fantasie de buurman dood en in stukken (in werkelijkheid is de man reeds lang geleden overleden). Doordat ze haar eigen volwassenheid ten opzichte van het trauma ontwikkelt, kan de therapeut tevens uit de rol van ideale ouder stappen.

Ze beleeft zichzelf steeds meer als volwassene en kan gaan zorgen voor het zesjarige meisje in zichzelf, dat zo geleden heeft en zich altijd alleen heeft gevoeld. Ze verandert een aantal wezenlijke zaken in haar leven. Een jaar later is ze naar een woning verhuisd. Ze heeft voor het eerst in haar leven het gevoel dat die van haar is. Ze is ook een nieuwe studie begonnen. Ze geeft aan in zichzelf en een nieuwe toekomst te geloven. Ook haar kennissenkring wijzigt zich drastisch. Bij een follow-up twee jaar later vertelt Anita dat ze een relatie met een man begonnen is en dat zij nu, in tegenstelling tot vroeger, haar gevoel van eigenheid en waarde in stand kan houden.

Discussie

In het bovenstaande heb ik een aantal toepassingsgebieden, technieken en niveaus van interventie van imaginatie-therapie aan de orde gesteld. Tot slot geeft ik puntsgewijs een aantal conclusies en overwegingen.

1. In elke vorm van psychotherapie spelen beelden en de verbeelding wel een of andere rol. Over de toekomstige plaats die imaginatie als gespecialiseerde therapievorm zal gaan innemen valt nog weinig te zeggen. Wel kan gesteld worden dat het een zeer effectieve therapievorm is om dat het beeld de kern van de psychische beleving raakt.
2. Ik ben van mening dat de imaginatie-therapeut een referentiekader dient te hebben waarin plaats is voor het diepte-niveau zodat de emancipatorische en zingevende werking van metaforen en symbolen benut kan worden.
3. Imaginatie is een bijzonder geschikte methode bij de behandeling van trauma's omdat in metaforische en symbolische vorm uitdrukking kan worden gegeven aan emotioneel zwaar beladen situaties, zonder dat de exacte details vermeld hoeven te worden.
4. Voor mensen met een lichamelijke ziekte kan imaginatie van veel waarde zijn. Imaginatie kan gebruikt worden bij de vergroting van de kwaliteit van leven, de ondersteuning van de medische behandeling, de verlichting van symptomen, en om cliënten een middel in handen te geven waarmee ze het genezingsproces kunnen bevorderen. Als aanvullende begeleiding in de lichamelijke gezondheidszorg kan imaginatie een tegenwicht vormen tegen de voortschrijdende technologie en daaruit voortvloeiende menselijke vervreemding in de behandelingen.
5. Bij gevallen van 'bezetenheid door geesten', die vaak voorkomt in transculturele psychotherapie (bijvoorbeeld in winti; Wooding, 1984), is imaginatie een bruikbare techniek, mits de therapeut het vertrouwen heeft van de cliënt. Geesten en beelden zijn uiteindelijk van hetzelfde materiaal gemaakt.

6. Veelbelovend is een verdere verbinding van imaginatie met creatieve therapie, zowel in beeldende als in dramatische vormen.
7. Het werken met dromen is in dit artikel niet aan de orde gekomen. Dromen zijn te beschouwen als originele, spontane imaginaties en kunnen zeer effectief als uitgangspunt voor dagdroom-imaginaties worden gebruikt.
8. Zoals in elke psychotherapie spelen overdracht en tegenoverdracht een grote rol. Ook in imaginatie-therapie kan de therapeut geen scherm op trekken waarachter hij (of zij) zichzelf verschuilt. Dat zou een valse illusie zijn, waarmee hij zijn deel en verantwoordelijkheid uit de weg gaat. De gevoelens, beelden en opvattingen van de therapeut vinden hun weg in de relatie met de cliënt en beïnvloeden diens proces. Het is dan ook van het grootste belang voor de therapeut om zijn eigen beelden en innerlijke processen - bij wat de cliënt beleeft - te kennen en een plek te geven in inter- en supervisie.

Literatuur

- Assagioli, R. (1975). *Psychosynthese*. Katwijk aan Zee: Servire.
- Achterberg, J. (1985). *Imagery in healing: shamanism and modern medicine*, Boston: Shambala.
- Campbell, J. (1949). *The hero with a thousand faces*. New York: Princeton.
- Campbell, J. (1983). *Historical atlas of world mythology, Vol. I: The way of the animal powers*. Londen: Times Books.
- Crampton, M. (1969). The use of mental imagery in psychosynthesis. *Journal of Humanistic Psychology*, 2, 139-153.
- Crampton, M. (1974). *An historical survey of mental imagery techniques in psychotherapy and description of the dialogical imaginal integration method*. Montreal: Quebec Center of Psychosynthesis.
- Desoille, F. (1973). *Entretiens sur le rêve éveillé dirigé en psychothérapie*. Parijs: Payot.
- Dijk, R. van, Hart, O. van der, & Velden, K van der (1980). Over imaginatie en metaforen. In: K van der Velden, *Directieve Therapie 2*. (pp. 103-117). Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Eliade, M. (1952). *Images et symboles*. Parijs: Gallimard.
- Eliot, A. (1977). *Mythen van de mensheid*. Amsterdam: Kosmos.
- Fernandez, E., & Turk, D.C. (1989). The utility of cognitive coping strategies for altering pain perception. A meta analysis. *Pain*, 38, 123-135.
- Ferrucci, P. (1981). *Heel je leven*. Haarlem: De Toorts.
- Fretigny, R., & Virel, A. (1968). *L'imagerie mentale*. Geneve: Mont Blanc.
- Gerard, F. (1981). *Symbolic Visualization*. *Psychosynthesis Digest*, 1, 62-71. Irvine: Psychosynthesis Press.
- Gersie, A., & King, A. (1990). *Storymaking in education and therapy*. Londen: Jessica Kingsley.
- Green, E., & Green, A. (1977). *Beyond biofeedback*. New York: Dell.
- Hart, O. van der (1984). Hypnose nieuwe stijl. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 10, 307-329.
- Hart, O. van der (1987a). Het gebruik van metaforen en symbolen in de

- hypnotherapie van een man met psychogene fugue. In: O. van der Hart & G. Schurink, *Strategieën in hypnotherapie* (pp. 171-184). Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Hart, O. van der (1987b). Een imaginair afscheidsritueel. In: O. van der Hart & G. Schurink, *Strategieën in hypnotherapie* (pp. 210-219). Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Hart, O. van der (red.) (1991). *Trauma, dissociatie en hypnose*. Amsterdam/Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Hart, O. van der, & Schurink, G. (1987). *Strategieën in hypnotherapie*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Hermans, H. (1993). Het zelf als verhaal. *De Psycholoog*, 3, 109-114.
- Iersel, S.S. (1982). Psychosynthese I. In: *Leren en leven met groepen* (3250, 1-15). Alphen a/d Rijn: Samsom.
- Jaffe, A. (1977). *Jung: Beelden uit mijn leven* (p. 236). Rotterdam: Lemnicaat.
- Jung, C.G. *Gesammelte Werke*. Olten: Walter-Verlag.
- Kalmthout, M. van (1993). De toekomst van de psychotherapie. *De Psycholoog*, 3, 109-114.
- Kretschmer, W. (1975). Meditatie-technieken. In: R. Assagioli, *Psychosynthese* (pp. 301-313). Katwijk aan Zee: Servire.
- Krop, J. (1984). *Actietherapie*. Baarn: Nelissen.
- Krop, J. (1978). Het gebruik van geleide fantasieën. In: *Leren en leven met groepen* (3550, 1-31). Alphen a/d Rijn: Samsom.
- Kunzendorf, R.G., & Sheikh, A.A. (Eds.) (1990). *The psychophysiology of mental imagery: theory, research and application*. New York: Baywood.
- Leuner, H. (1975). Geïnitieerde symbool-projectie. In: R. Assagioli, *Psychosynthese* (pp.283-300). Katwijk aan Zee: Servire.
- Leuner, H. (1990). *Dagroom-therapie*. Cothen: Servire.
- Loonstijn, E. (1993). Een wonder op twee benen: vormen van imaginatie in theorie en praktijk. Haarlem: De Toorts.
- Nicolai, N.J. (1991). Incest als trauma: implicaties en consequenties voor de behandeling. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 17, 12-30.
- Peters, L., & Kooij, T. van der (1992). Huisarts en placebo's. *Medisch Contact*, 27/28, 850-853.
- Plooy, E. (1990). *Intake en indicatiestelling bij seksueel geweld problematiek*. Utrecht: Rutgers Stichting.
- Porritt, J. (1991). *Red de aarde. Bijlage*. Kampen: La Riviere en Voorhoeve.
- Schurink, G. (1987). Hypno-imaginatieprocedures. In: O. van der Hart & G. Schurink, *Strategieën in hypnotherapie* (pp. 94-117). Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Sheikh, A.A. (Ed.) (1984). *Imagination and healing* New York: Baywood.
- Sheikh, A.A. (Ed.) (1986). *Anthology of imagery techniques*. Milwaukee: American Imagery Institute.
- Sheikh, A.A., & Sheikh, K.S. (Eds.) (1991). *Death imagery*. Milwaukee: American Imagery Institute.
- Simonton, O.C., & Matthews-Simonton, S. (1978). *Getting well again*. Los Angeles: Tarcher.
- Simonton, O.C., & Henson, R. (1992). *The healing journey*. New York:

Bantam.

- Taal, J. (1991). Van angst naar kracht: de waarde van innerlijke beelden bij kanker. *The Practitioner*, 8, 1083-1088.
- Taal, J. (1992a). Casuïstiek ter illustratie. In: *Psychosociale zorg voor kankerpatienten: visie, beleid, praktijk* (pp. 62-66). Utrecht: Integraal Kankercentrum Midden Nederland.
- Taal, J. Visualisation. (1992b). In: F. Meyer & G. Lienard (red.). *Les Somatothérapies* (pp. 169-171). Parijs: SIMEP.
- Vroegop, P. (1990). Kanker en chemotherapie: een gedragsgeneeskundige benadering. *Gedragstherapie*, 4, 247-260.
- Witztum, E., Hart, O. van der, & Friedman, B. (1988). The use of metaphors in psychotherapy. *Journal of Contemporary Psychology*, 18, 270-290.
- Wooding, C.J. (1984). *Geesten genezen*. Groningen: Konstapel.

Summary

Imagery belongs to the psychotherapeutic techniques which quickly open up the deeper layers in the psyche. It can be effectively applied in both problem oriented and person oriented therapy. What is crucial to fruitful therapeutic application is the way in which the subject is able to make contact with the images and their emotional content, and the extent to which the subject is able to process and assimilate this content.

How imagery works in practice is presented at length in a number of case studies. The indication, the respective intervention steps and the various methods of guidance (non-directive and directive) are discussed, as well as the possibilities of applying imagery in the treatment of trauma and/of cancer and other physical illnesses.

Jan Taal is gezondheidszorg- en eerstelijns-psycholoog en psychosynthese-coach/trainer. Hij is directeur van de School voor Imaginatie te Amsterdam.
Contact: JanTaal@imaginatie.nl
www.imaginatie.nl

De auteur dankt drs. J. Baas te Abcoude voor de waardevolle feedback tijdens de totstandkoming van een eerdere versie van dit artikel.