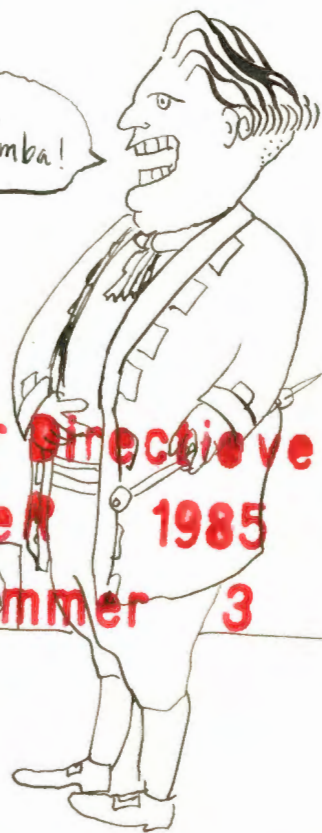


mea
columba!



Tijdschrift voor Directieve
Therapie/oktober 1985
Jaargang XI Nummer 3

Jaargang 11, nummer 3, oktober 1985

Redactie: Richard Van Dyck (Oegstgeest), Kees Hoogduin (Leiden), Leen Joele (Rijswijk), Alfred Lange (Amstelveen), Dick Oudshoorn (Giessenburg) en Kees van der Velden (Rotterdam).

- 1 Ten geleide
- 4 Sociaal-psychiatrische atlas, Kees van der Velden & Frank Koenegracht
- 9 Vandaag geschreven, gisteren al klaar, Kees Hoogduin
- 15 Techniques and timing in directive family therapy with victims of the holocaust, Alfred Lange
- 43 Moderne ontwikkelingen in de psychopathologie en geneeskunde, Kees Hoogduin
- 48 Interactionele aspecten bij de behandeling van dwang, Kees Hoogduin
- 58 Hypnose en imaginatie, Richard Van Dyck
- 84 Een sociale fobie en een atypische eetstoornis bij een jongen met een dwangmatige persoonlijkheid, Kees Hoogduin en Anke Bloore
- 90 Tweede versie. Hypnotiseerbaarheid volgens de methode van Spiegel. Onderzoek naar eigen ervaring met de HIP en het AOD-persoonlijkeidsprofiel bij negentig jongeren, Dick Oudshoorn
- 103 Co-schap psychiatrie: forensische psychiatrie, Kees Hoogduin
- 164 Co-schap Keel-, neus- en oorheelkunde, Kees Hoogduin

Omslagen: Daniël van der Velden (13)



TDT is een onregelmatig verschijnend magazine, dat uitgegeven wordt door de Stichting TML (Therapeuten in de Middelbare Leeftijd). Aan het abonnement zijn geen verdere kosten verbonden.

Ten geleide

Wij weten niet of U Kees Hoogduin de laatste jaren heeft meegemaakt, maar wij wel, dat wil zeggen wij maakten hem wel mee, en bij iedere gelegenheid liet hij ons ongevraagd weten dat hij geen enkele uitnodiging meer aannam en binnen de kortste tijd een eind zou maken aan de huidige 'krankzinnige drukte'. Ook liet hij weten 'in feite lui' te zijn. Daaraan voegde hij toe 'niet van werken te houden'. Deze mededeling vulde hij aan met het vermelden van plannen voor het besteden van de nu spoedig beschikbaar komende overvloed aan vrije tijd. Aansluitend merkte hij op thans genoeg 'tropenjaren' gemaakt te hebben. Of wij dat ook niet vonden? Wij vonden het ook. In de aanvang postuleerden wij nog weleens het bestaan van een drijfveer als geldingsdrang, ambitie of onvermengde werklust, maar aangezien geen van deze motieven naar Hoogduins oprechte mening ook maar in de geringste mate aanwezig was, hielden wij hierover op en volstonden ermee het ook te vinden. Niettegenstaande zijn 'krankzinnige drukte', 'feitelijke luiheid', aversie tegen werk en de achter hem liggende 'tropenjaren' zond Hoogduin zes bijdragen in voor ons magazine.

U denkt natuurlijk dat wij, door op deze manier aan te geven dat Hoogduin weer ouderwets bezig is geweest, willen aantonen dat hij wel degelijk bezeten is door een soort drang om hogerop te komen of dat hij wel degelijk door werklust wordt voortgedreven. Toch is dit niet zo.

Wij weten niet wat hem drijft.

Zijn wij samen met hem, dan hebben wij steeds het gevoel alsof onze vriend onderzoekt of wij wel in voldoende mate Man zijn. En of hij bij voortduring tot de conclusie komt dat wij nog tekortschieten. Wij vertellen hem bijvoorbeeld een anekdote uit onze praktijk. Wij proberen het verhaal een beetje op te bouwen en er wat spanning in te brengen. De tekenen van ongeduld van onze gesprekspartner negeren we en we doen of we alle tijd van de wereld hebben. Zijn wij ten slotte bij de pointe beland - meestal een verre van voor de hand liggende genezing - en maken wij ons op om de bewondering in ontvangst te nemen, dan luidt de reactie onveranderlijk: 'Dat moet je opschrijven'. Met andere woorden: 't Is niet genoeg dat je dit vertelt, je moet nog méér doen'. Wat kunnen wij dan anders doen dan erop wijzen dat wij het reeds enorm druk hebben, dat wij bezig zijn met tientallen projecten, dat een stroom publikaties in aantocht is? Wij zouden natuurlijk kunnen zeggen: 'Nee, dit schrijven wij níét op, dit vertellen wij alleen maar', maar wie zal ons beschermen tegen de mengeling van afgrijzen en teleurstelling die alsdan op zijn gegroefd gelaat zal verschijnen? De oplossing is natuurlijk deze auteur als een Fenomeen te beschouwen - voor hem eervol en zelf behoeven wij ons niet in te spannen om aan zijn verwachtingen te beantwoorden.

Over Man-zijn gesproken: degeen die ons Man-zijn het meest expliciet ondersteunt is Leen Joele. Van zijn ziekenhuis kregen wij een soort button voor de oktoberconferentie over directieve therapie, waarop onze naam getypt was, met daarvoor de letters 'dhr.'. Ongetwijfeld heeft de conferentieleiding misverstanden omtrent onze geslachtelijke identiteit bij derden willen voorkomen, maar 't effect voor onszelf is intussen niet anders dan ego-versterkend te noemen. Een tweede ego-versterking leverde Joele door geen enkele bijdrage in te sturen. Wij voelen ons met onze vijf bladzijden een hele Piet!

De reden waarom voor ons bestemde post van het Psychiatrisch centrum Bloemendaal steevast naar het adres van onze ex-echtgenote gestuurd wordt is ons niet helemaal duidelijk. Kan het wezen dat dit ook iets met ons Man-zijn te maken heeft? Is het een hint ofzo? 't Leidt er in elk geval wel toe dat wij met een zekere regelmaat de gang naar onze vroegere levenspartner moeten maken.

Dick N.Oudshoorn liet tussen deze en de vorige aflevering een boek verschijnen. Volgens Jaap Mulder, psycholoog bij uitgeverij Van Loghum Slaterus, is de eerste druk al uitverkocht.

Toen Oudshoorn ons belde met de mededeling dat zijn manuscript klaar was, riep hij uit: 'En nu wil ik er niets meer mee te maken hebben! Ik ben het zat! Al verkopen ze er niet één exemplaar van!' En toen hij belde om mee te delen dat het boek in de winkel lag, riep hij met dezelfde overtuigingskracht: 'Het moet vertaald worden! Het is zeer geschikt voor het Duitse taalgebied!' Ach ja, 't is het lot van de Man dat hij uiteindelijk toch altijd weer hogerop moet.

Hoe het Oudshoorn verder gaat weten wij niet. Schrijft hij aan een tweede boek? Of is hij de research ingegaan, zoals een aantal van zijn collega's? Zijn bijdrage aan deze aflevering doet het vermoeden.

Met Van Dyck gaat het fantastisch. U mag er nu wel rekening mee gaan houden dat voor de tweede maal in een jaar een beroep op Uw vrijgevigheid gedaan zal worden wegens de promotie van een Uwer collegae. Wat zullen wij hem cadeau doen? Voorzichtig opperden wij de mogelijkheid dat hij gelukkig gemaakt zou kunnen worden met een kunstvoorwerp, maar uit zijn reactie - 'Het lijkt me wel erg moeilijk zoiets voor een ander te kiezen' - maakten wij op dat wij er beter aan deden in een andere richting te denken. Een compact-disc-speler wellicht? 'Nou, ik denk dat ik die tegen die tijd al heb', reageerde hij. En, om het voor ons gemakkelijker te maken, voegde hij daaraan toe: 'Ik zal wel een lijst maken met compact discs die ik graag zou willen hebben.' Behulpzaam, niet?

Maar goed, die promotie gaat dus echt door en onmiddellijk daarna volgt natuurlijk zijn benoeming tot professor. (Kunnen we hem wéér vragen wat hij hebben wil.)

De vraag rijst of Van Dycks mentale herstel iets te maken heeft met de vele adviezen die wij, zijn vrienden, hem gegeven hebben. In de inleiding tot zijn bijdrage tracht hij de indruk te wekken dat het als gevolg van onze raadgevingen is dat hij nu zo ijverig aan zijn proefschrift doorwerkt, maar U en wij weten wel beter. Geen enkel advies heeft ook maar de geringste invloed op hem gehad. 't Was alleen beleefdheid die hem ervan weerhield ons het spreken te beletten, en daarnaast natuurlijk de wetenschap dat wanneer hij openlijk blijk zou geven van zijn afkeer van onze opinies wij hetzelfde zouden kunnen doen ten aanzien van zijn standpunten.

Rijst vervolgens de vraag of de vele vormen van goede raad hem kwaad gedaan hebben. Onze indruk is dat wij hiervoor niet bang hoeven te zijn. 't Is meer zo dat hetgeen wij te berde brachten er niets toe deed.

Rijst ten slotte de vraag of wij onze opinies dan wellicht beter voor ons hadden kunnen houden. Het antwoord op deze vraag luidt: Neen. Onze opinies en aanmoedigingen zijn de vehikels van onze gevoelens van bezorgdheid en vriendschap - andere vehikels hebben we praktisch niet. 't Is dus wel nodig dat we onophoudelijk doorgaan met pogingen elkaar te beïnvloeden en de levensloop van de ander een gunstige wending te geven, als we maar niet de fout maken te denken dat de ander daar ook maar een beetje wijzer van wordt.

Alfred Lange promoveerde reeds vele jaren geleden, op 7 oktober 1971 om precies te zijn. 't Is te laat om daar nu nog een cadeau voor te geven. Toch zouden wij Lange ook eens iets moeten geven. Hij krijgt bijna nooit iets, en toch zorgt hij regelmatig voor aanleidingen die je meteen naar de beurs doen grijpen. Wij doelen nu niet op het verschijnen van de vijfde druk van Gedragsverandering in gezinnen - Oudshoorn kreeg immers ook geen geschenk toen zijn boek uitkwam, zomin als aan Joele's directeurschap voor ons verdere kosten waren verbonden; vuistregel: wie geen feest geeft krijgt niets -, maar op de vele ziekelijke aandoeningen waardoor deze redacteur getroffen wordt.

Dan heeft hij hooikoorts, dan griep, dan moet zijn knie geopereerd worden en nu heeft dan zijn rechterarm tijdens het tennissen de kom verlaten. Over andere ziekten zwijg ik maar, als U maar weet dat deze wel degelijk steeds op de loer liggen.

Wij menen dat de hierboven gereleveerde vuistregel voor het geven van cadeaus alleen gedurende de eerste levenshelft zinvol is. Op onze weg naar het graf zouden de ziekten en kwalen waardoor wij successievelijk bezocht zullen worden evenzovele redenen moeten zijn voor het houden van inzamelingen en het instuderen van sketches. Promoties zijn er dan echt niet meer bij!

En passant mogen wij misschien de volgende anekdote vermelden. In het begin van de nieuwe Gedragsverandering wordt hartelijk bedankt: Kees van der Velden. Wie denkt U dat deze regels over Van der Velden geschreven heeft? Juist, Van der Velden zelf. Naar verluidt kon hij niet akkoord gaan met het bedankje dat Lange in het oorspronkelijke manuscript had opgenomen ('Mijn dank gaat ook wel uit naar Kees van der Velden voor zijn wel aardige adviezen soms').

Over Lange zou nog veel meer te vertellen zijn, ware het niet dat redenen van discretie ons tegenhielden.

Hetzelfde geldt voor redacteur Van der Velden. Hij ziet er goed uit - voor zijn leeftijd dan - en ook van hem komt er gelukkig een boekje uit. Hij maakte samen met zijn vriend Hoogduin, van wie trouwens in de afgelopen maanden óók een boek uitkwam. Maar bij de laatste redacteur gebeurt dat tegenwoordig zo vaak dat je vergeten zou erop te attenderen.

Wat de artikelen in deze aflevering betreft. Lees ze maar. Ze zijn leerzaam.

De Hoofdredacteur

Kees van der Velden & Frank Koenegracht

Inleiding

De tegenwoordige arts-assistent en de tegenwoordige jonge psychiater weten nog maar weinig van de 'grote beelden'. In de achter ons liggende decennia is het bestaan van psychiatrische ziekten betwijfeld en geloofchend. De introductie van de DSM-III markeerde wel een hernieuwing van het respect voor de kliniek, maar de in deze 'manual' gebezigde nomenclatuur doet ieder besef van continuïteit in de psychiatrische wetenschap verloren gaan. Las U bij Kraepelin ooit over een Somatoforme Stoornis? Gewaagt Carp ergens van een Psychotic Disorder Not Elsewhere Classified? Neen immers!

Hoe vaak is ons door jonge collegae niet gevraagd om nog eens over vroeger te vertellen! Natuurlijk gingen wij, wanneer de praktijk het ons toeliet, gaarne op dergelijke verzoeken in, en wij vleien ons met de gedachte althans een aantal jonge dokters wegwijs gemaakt te hebben in die wonderlijke wereld van de geestesziekten. De vraag is evenwel of wij genoeg gedaan hebben en het antwoord op die vraag luidt Neen. Uit dit besef, het weten tekortgeschoten te zijn, is deze platenatlas voortgekomen.

Zij behelst een aantal prenten waarop wij representanten van de belangrijkste ziekten van de geest zien afgebeeld. In de onderschriften wordt de aard van de betreffende aandoening beknopt beschreven.

De atlas is bedoeld voor praktisch dagelijks gebruik. De arts kan haar gemakkelijk in zijn koffer met zich meevoeren op zijn huisbezoeken. Bevindt hij zich oog in oog met een psychiatrisch patiënt, dan behoeft hij diens motoriek en mimische expressie slechts te vergelijken met de fysionomie van de patiënten welke in de atlas zijn afgebeeld om de juiste diagnose te kunnen stellen.

Uiteraard is dit werk niet alleen nuttig voor de algemene arts, ook de specialist en de psychiater in opleiding kunnen er een leidraad in vinden. Het kan uitstekend gebruikt worden bij de opleiding van onder meer psychologen, andragogen, pedagogen, maatschappelijk werkers en in postdoctorale cursussen gezinstherapie. Mede door de nadruk

op concreet waarneembare verschijnselen kunnen ook diegenen die in de praktijk werkzaam zijn er veel baat bij vinden. Behalve voor gezins-therapeuten geldt dit ook voor andere hulpverleners die met natuurlijke sociale groepen te maken hebben, zoals huisartsen, pastorale werkers, wijkverplegers en organisatie-adviseurs. Inzicht in de beschreven psychopathologie kan bovendien profijt opleveren aan patiënten die op eigen kracht hun gezondheid willen verbeteren. Moge dit werk zijn weg naar al deze doelgroepen vinden!

De auteurs

Hoofdstuk I: Geestesziekten bij de jonge mens

De jonge mens voor wie onze hulp wordt ingeroepen kan met velerlei problematiek te kampen hebben (geen meisje kunnen krijgen bijv.),



maar wanneer U de patiënt aantreft in de pose van zijn collega hiernaast, dan kunt U zeker weten dat U met een schizofreen te maken hebt.

De patiënt vertoont een wasachtige vervormbaarheid, wat karakteristiek is bij de zg. katatone stupor.

De patiënt op de afbeelding meent dat hij 'elektronisch opgeladen' wordt door een 'wereldmachine'. Voor de diagnose maakt het echter niet uit wat de patiënt precies denkt. Het feit dat het vreemd is is voldoende.

Afb. 1: Schizofrenie

Maatregelen: opname, al of niet met IBS; neuroleptica, al of niet in depôtvorm; nazorg: gezinsbegeleiding en sociale werkplaats.

Hoofdstuk II: Geestesziekten bij de wat oudere jonge mens

Wordt U geroepen bij de wat oudere jonge mens, wees dan bedacht op de beruchte ziekte dementia paralytica. De lues is helaas de wereld nog niet uit. De patiënt op de afbeelding werd zeven jaar eerder door de syphilisinfectie aangetast. De geestelijke afwijkingen zijn eerst recent uitgebroken. De patiënt waant zich 'Keizer Van Geheel Afrika'. Zijn gezinsgenoten beschouwt hij als leden van de Hofhouding. Doen deze niet wat hij hun vraagt, dan worden ze door hem uitgescholden. Boven zijn hoofd hangt een masker, waarvan hij meent dat het zijn waardigheid onderstreept. De stemming kan overigens wisselend zijn. De verwijde pupil verraadt dat achter de toorn angst schuilt.



Maatregelen:

opname, al of niet met IBS.

Opmerkingen: De door U bezochte patiënt behoeft uiteraard niet te denken dat hij 'Keizer Van Geheel Afrika' is. Het is ook mogelijk dat hij zich bijv. 'Hoofd-Directeur/Chef/Elite-Commissaris' waant.

Afb. 2: Dementia paralytica

Hoofdstuk III: Geestesziekten bij de oudere mens



Afb. 3: Involutiemelancholie

De belangrijkste grote beelden hebben wij nu wel gehad. Resteert de categorie van de relatiemoeilijkheden.

Hoofdstuk IV: Relatieproblemen

Ongetwijfeld zal het voorkomen dat U geconfronteerd wordt met een patiënt wiens ziekte in de eerste drie hoofdstukken van deze atlas niet voorkomt. U moet dan bij dit hoofdstuk zijn.

Relatieproblemen zijn geen ziekte in strikte zin. Een pathologisch-anatomisch substraat werd er nimmer van aangetoond (zij het dat er ook

Depressies zijn in het presenium en senium niet ongewoon.
'Wat heb ik van mijn leven gemaakt?', zo vraagt de oudere mens zich af, 'Deug ik eigenlijk wel?'
Wanneer Uw oudere patiënt de houding van de patiënt op de afbeelding heeft aangenomen, wordt het tijd dat U Anafranil of Tofranil gaat voorschrijven, bij voorkeur in combinatie met een neurolepticum.
De door ons gepresenteerde patiënt heeft de waan dat anderen vinden dat hij stinkt. De diagnose luidt: involutiemelancholie.
Maatregelen:
opname; medicatie: zie hierboven.



Afb. 4: Eerste stadium relatieproblemen

nooit echt goed naar gezocht is). De patiënt op de foto representeert het eerste stadium. Zijn vrouw probeert hem ervan te doordringen dat zij niet gelukkig is, maar hij wil hier niet over horen. De licht hypomane gezichtsuitdrukking wijst op dissimulatie. De objecten boven het hoofd van de patiënt wijzen op de aanleg tot het dissociëren van agressie.

Maatregelen: verwijzen naar intake-team OEP; systeembenadering.

* Mede op instigatie van de Cliëntenbond werden alle patiëntengegevens volledig geanonimiseerd.

Vandaag geschreven, gisteren al klaar.

Kees Hoogduin.

Onder de vele mensen die met schrijven proberen geld en roem te vergaren zijn er vele die daar in het geheel niet in slagen. Onder de meer succesvolle bevindt zich soms een werkelijk getalenteerd auteur en soms schrijft deze getalenteerde auteur een meesterwerk.

Een goede gezondheid, betrokkenheid bij het onderwerp, een verliefdheid, een stimulerende omgeving, mooi papier, fijne pennen, een rustige of juist turbulente levensfase, een zekere rijpheid kunnen van betekenis zijn bij het tot stand komen van dit meesterwerk.

Haley schreef in 1963 'Strategies in Psychotherapy', een boek dat zijn leven zin heeft gegeven. Een auteur van een dergelijk meesterwerk dient de rest van zijn leven met geld en eer overladen te worden. Vaak gebeurt dat niet. Soms wordt de betekenis van een dergelijk werk pas na de dood van de auteur herkend en zijn het de erfgenamen die de roem en eer te beurt vallen. Bij Haley is dit gelukkig niet het geval. Hij leeft nog, is professor en hoofd van een instituut en zo beroemd dat, wanneer je met hem probeert te praten, hij je verstoord aankijkt. Ook valt hem veel eer ten deel. Van der Hart (1985) bijv. bespreekt zijn nieuwe boek 'Ordeal Therapy' op zeer lovende wijze. Wij citeren: "Een prachtig boek, naar mijn idee zijn mooiste boek tot dusver, het laat zich lezen als een spannende detective". Een man als Haley verdient niet minder. Wie ooit een voordracht van hem hoorde, zal

dit beamen. Wij waren herhaaldelijk hiervan getuige. De man spreekt als een streep, schitterend werkelijk en soms - degenen die hem hoorden op het 1e Ericksonian Congress in Phoenix zullen het beamen - zo menselijk en ontroerend. Hoewel hij Erickson de laatste jaren van diens leven nauwelijks meer gesproken had, beletten emoties hem gedurende een tweetal seconden het spreken, maar hij herstelde zich prachtig en was in staat zijn voordracht te voltooien.

Dat een dergelijke man veel eer betoond wordt, is voor de hand liggend, waarom dit echter op de manier moet gebeuren zoals in het DTH plaatsvond, is minder duidelijk. Immers, het gevaar bestaat dat lezers de achtergronden niet zo goed kennen en menen dat het om het boek zelf gaat. Niets vermoedend kopen ze 'Ordeal Therapy' en denken vervolgens het mooiste boek dat Haley geschreven heeft, dat zich ook nog als een detective laat lezen, te hebben bemachtigd. Wij gingen er ook op uit en kochten 'Ordeal Therapy'. Voor de duidelijkheid zij gezegd dat wij niet erg van detective romannetjes houden, zodat enige aarzeling overwonnen moest worden.

Welnu, onze eerste reactie was die van complete overgave. Het boek is prachtig geschreven, mooi helder taalgebruik en onnavolgbaar bijna lijken de oplossingen die hij bij de behandeling van patienten (meer dan twintig jaar geleden) gebruikte. Het begint al op bladzijde 1, een advocaat kon niet slapen - al jaren niet - dit ondanks het feit dat er niets verkeerd was met hem, zijn werk, zijn vrouw en kinderen, allemaal prima. Haley geeft hem het advies om, wanneer hij wakker in bed lag aan

de vreselijkste dingen te denken, bijv. homoseksuele activiteiten (!). De man ging naar huis en "He fell asleep immediately and slept the night through.". Bovendien bleek hij daarna van zijn slapeloosheid te zijn genezen.

Een ander voorbeeld, zo mogelijk nog indrukwekkender, beschrijft hij op bladzijde 3. Een vrouw met ernstige hoofdpijn genas hij door de vrouw aan te moedigen hoofdpijn te hebben.

De verklaring van deze successen geeft Haley door een gevalsbeschrijving van Erickson te geven, een oude man die ook al aan slaapstoornissen leed en die, wanneer hij niet sliep, vloeren moest boenen. Daardoor is de werking duidelijk geworden, het is namelijk ordeal therapy wat de behandeling succesvol maakt. Anders gezegd, de hoeveelheid ellende die een ordeal met zich meebrengt, moet groter zijn dan die van de klacht, dan houdt de patient er vanzelf mee op. Dit is begrijpelijk in die gevallen waarbij de patient bepaalde activiteiten doet die onder invloed van de wil staan, zoals bijvoorbeeld sigaretten roken. Maar dat nerveuze hartkloppingen verdwijnen door vloeren te boenen is minder voor de hand liggend. De toepassing van deze techniek bij bijv. anorexia, dwangneurose, psychose en depressie is nog niet helemaal helder. Maar nu terug naar Haley.

Het ordeal moet de volgende kenmerken hebben:

- a. Het moet erger zijn dan de klacht (dit zal nog al eens praktische bezwaren geven welk ordeal te geven bijv. aan een zelfmoordenaar, een lust moordenaar, een kinderverkrachter, een patient met pavor nocturnus).
- b. De persoon moet het kunnen uitvoeren.

c. Soms is de dreiging genoeg, soms moet het meerdere keren uitgevoerd worden.

Het laten doen van lichamelijke activiteiten (hardlopen, gymnastische oefeningen) contingent aan het optreden van bepaalde klachten is binnen de directieve en gedragstherapie een goed bruikbare strategie. Bij ordeal therapie wordt dit ook toegespast, alleen moet de patient het bij voorkeur 's nachts doen, hij moet zijn wekker zetten en midden in de nacht deze lichamelijke inspanningen uitvoeren (zodat de procedure op een droom of een nachtmerrie lijkt, blz. 7).

Haley benadrukt dat er gevaar bestaat dat de behandeling te vriendelijk is en de therapeut te hoffelijk is. Hij illustreert dit door een patient die moest studeren omdat hij niet kon slapen en die in zijn stoel in slaap viel, voortaan hele nachten staande moest studeren.

Het paradoxale ordeal is die behandeling waarbij het symptoom het ordeal is. Bijv. een patient met bulaemie moet opzettelijk veel eten, een patient met anorexia moet vasten. Ook rekent Haley het zogenaamde "te veel en te weinig"-principe hieronder. Er blijken diverse ordeals te zijn. De recht toe recht aan taak, de paradoxale, maar de meest interessante lijkt toch de therapeut zelf te zijn. Als speciaal werkzaam noemt Haley het zg. confronteren van de patient en het verhogen van de rekeningen. Dit laatste lijkt een strategie om op ruimere schaal toe te passen, omdat mogelijk therapeuten met weinig ervaring in deze behandelingsprocedure aldus op eenvoudige wijze een eerste ervaring kunnen opdoen.

Na deze inleiding word een tiental gevalsbeschrijvingen gegeven vaak met verbatimteksten geïllustreerd.

De behandelingen worden niet door Haley uitgevoerd. Hij superviseert slechts met desondanks schier onnavolgbare successen. Even kwam de gedachte bij ons op of deze elf gevalsbeschrijvingen de enige waren met een goede afloop en dat de andere honderden gevallen jammerlijk mislukt waren. Gelukkig verdween die gedachte weer snel. Ook het idee dat er bij de bespreking van de werkzame elementen weinig aandacht was gegeven aan specifieke factoren, die bij deze succesvolle behandelingen een rol gespeeld zouden kunnen hebben, raakten we gelukkig ook snel kwijt. De gedachte dat iemand, die bereid is op verzoek van de therapeut 's nachts zijn bed uit te komen om lichamelijke oefeningen te doen, of die bereid is hele nachten staande te studeren, met een meer humane behandeling ook zou kunnen verbeteren, omdat een dergelijke patient sterk gemotiveerd is aan een behandeling mee te werken, ging echter minder snel weg. Steeds werden we hierdoor gestoord bij de lezing van de prachtige gevalsbeschrijvingen.

Het respect voor Haley neemt evenwel nog meer toe. Hoe is het mogelijk dat een man die al tientallen jaren geen patienten meer heeft behandeld en tegen de last van het behandelen opziet, zoals hij eens vertelde, die verder nooit systematisch onderzocht heeft of een bepaalde strategie werkelijk werkt, een nieuwe behandelingsstrategie heeft ontwikkeld die in vrijwel één zitting tot resultaat leidt? Duidelijk wordt wat voor veel andere therapeuten al bekend was: al die theorieën leiden tot niets. Haley blijkt in staat een machtige nieuwe behandelingsmethodiek te ontwikkelen uit een anecdote van Erickson betreffende een arme, oude man die maar vloeren moest boenen.

Een nieuw boek van een buitengewoon getalenteerd man dat ieder moet kopen om hem te eren, om er voor te zorgen dat hij in luxe en rijkdom kan leven. Hij heeft dat verdiend door in 1963 zijn 'Strategies' te schrijven. Moedig iedereen aan het aan te schaffen. Van der Hart zegt het gelezen te hebben als een detective; doe dat ook. Lees het op een moment dat je geen zin hebt in een goed boek. Lees het bijv. in de trein wanneer je je niet goed kunt concentreren, blader het snel door op zoek naar de plot. En wanneer het uitgelezen is, gooi het dan tenslotte in de allesbrander -de bladzijden zijn van stevig papier- en vergeet het net zo snel als een detective, ander kan het gebeuren dat je in een moment van onoplettendheid een patient die ongelukkig of angstig is, het advies geeft 's nachts om de drie uur 10 minuten te gaan hardlopen, of 's nachts vloeren te gaan boenen, nadat hij opzettelijk over zijn echtgenote heeft moeten plassen, uitgeput als hij was, omdat hij de gehele dag met tien zwart geverfde replica's van Squaw-Peak-stenen heeft moeten sjouwen. Vlug maar in de allesbrander.

Literatuur.

Haley, J. (1984) Ordeal Therapy. Jossey Bass, San Francisco.
 Hart, O. v.d. (1985) Boekbespreking. J. Haley, Ordeal Therapy.
 DTh, 5 (3) 289-290.

Inleiding bij 'Techniques and timing in directive family therapy
with victims of the holocaust'

Alfred Lange

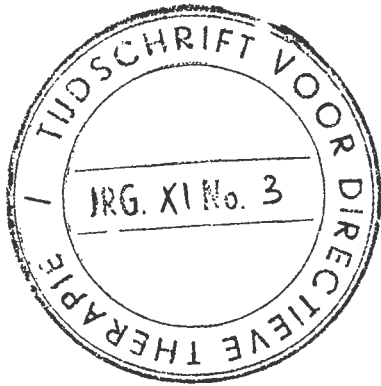
Terug van vakantie zie ik tot mijn schrik dat de 'deadline' (welke anders dan van TDT?) zeer spoedig verstrijkt. Hoewel ik eveneens in mijn agenda kan zien dat ik bij de geplande bijeenkomst op 12 september niet aanwezig zal kunnen zijn, wil ik - nauwgezet baasje als ik kan zijn - het nummer toch niet zonder een bijdrage van mij laten verschijnen.

Tot het schrijven van nieuwe inspirerende stukken voel ik mij echter niet in staat op een zo korte termijn, temeer daar het mij deze week ontbreekt aan degelijke secretariële hulp, wat bij de vele herhalingen en verbeteringen die in dat soort stukken onvermijdelijk optreden, een 'must' zou zijn.

Dan maar de noodgreep: een stuk of speech dat al voor een ander doel is geschreven. Ik had daarbij de keus uit twee voordrachten over rouw (jawel, dat mooie onderwerp) die ik in november in Israel hou teneinde het beloofde land weer eens op kosten van anderen te kunnen bezoeken en het resterende bedrag aan de belasting te kunnen ontfutselen.

De doorgewinterde TDT-ers zullen er weinig nieuws in vinden. Ik verontschuldig mij daarvoor. Maar misschien kunnen zij enige waardering opbrengen voor de compositie waarin een en ander is gegoten.

Overigens hoop ik dat het zal lukken om de datum van de bijeenkomst te verschuiven. Ik dank iedereen alvast voor de medewerking in deze.



Techniques and timing in directive family therapy with victims of the holocaust.⁺⁾

After the terrible experiences in World War II, psychiatrists and psychologists used to speak of the so called KZ-syndrom.

Using the word 'syndrom' implies the idea that the complaints of victims of the holocaust after the war were all similar. As you probably all know, this is not true.

So let me just briefly summarize the different kinds of complaints which are associated with symptoms of people who have come through the nightmare of the holocaust.

Roughly we can divide the symptoms in three categories:

- psychosomatic complaints like headache, fatigue, hypertension, rheumatism, weight-loss, etc.;
- psychic problems like being depressed, nightmares, other forms of sleep problems, compulsions, phobias, jealousy, paranoia, etc.;
- thirdly, problems in relations with other people like distrust, sexual disorders, problems regulating aggression, problems parenting, problems to attach to other people, family problems in general.

^{+) Paper by Alfred Lange, Ph.D., International Congress on grief therapy, Jerusalem, November 1985.}

During the first years that attention was given to psychological problems of people who underwent the nightmares of the holocaust, the treatment was mainly based on one approach.

This approach might be characterized by the emphasis on giving the patients the opportunity to express their feelings. We might say a carthartic approach. Along with this approach there was a tendency - and there still is a tendency - to attribute every problem, the victim of the holocaust has, to the war.

For example, a patient with: nightmares, problems in concentration, sleeping problems, not-effective with his children, relation problems with his wife, was sent to our clinic as a holocaust-victim.

He - Mr. Katz - indeed did have terrible experiences in a concentration camp, but it appeared that by attributing all his problems to his war experiences, he blocked the problem solving resources in himself. We will come to that later.

In the therapy with Mr. Katz there was attention given to his past experiences (losing his parents, being in the camp). But this was done parallel to helping him to solve several of the practical problems he had at his work, and with the problems he had relating to his family members, especially to his wife.

The essence of what I want to state today is that in treating victims of the holocaust, a more wide model

of treatment is necessary in which a therapist can adapt himself to the unicity of the particular patient and not confine himself only to satiation procedures regarding the experiences of the past.

Slide 2

The structure of the paper is as follow (we see it on the slide): First we review some general characteristics of directive therapy; then we will briefly touch the theoretical frames on which directive therapy is based; then we will go into the several aspects of assessment in directive therapy.

Then we make a classification of techniques which are useful in working with victims of the holocaust; then we will touch upon several homework-assignments which can be used and then we will discuss the sequence in which those techniques are used: the different configurations which are mainly found. And we will end this paper, I hope, by considering several points of discussion.

Slide 3

Now, let us examine, in slide 3, the several characteristics of directive family therapy.

The first characteristic, which directive therapy shares with behavior therapy, is that the therapist is inclined not only to listen and help the client to be concrete and specific about his problems, but also to give advices and homework.

This does not mean that the therapist is authoritarian: it is more advising and suggesting solutions. It is always

the client who decides which suggestion he wants to follow and which not.

The second characteristic is the tendency to create clear goals with the client and have a clear treatment-contract.

For example, Mr. Katz, about whom we spoke before, was given feedback on his situation. After two sessions the therapist evaluated what was being discussed in those sessions in which the whole family was present. Mr. Katz agreed that it was not sufficient to talk about his past experiences, but that it was necessary to improve his social skills, especially in relating to his wife and children. He and his wife agreed to talk about the way they handled their relational problems and the impact that had on the selfperception of Mr. Katz as someone who was incapable of being a good father to his children.

So the treatment of Mr. Katz can be considered a clear example of a treatment in which clear goals could be set, because Mr. Katz did not resist therapy; he wanted to change and be more effective in his life.

It is not always that way. Sometimes a more indirect approach has to be followed. Mr. Groenteman shows us an example: He had gone through many therapies after his experiences in hiding out during the war, and his ~~com~~ complaints were all psychosomatic: headache, fatigue, etc. It was obvious that his symptoms gained him a lot of

attention by his wife and his children, who had to accomodate completely to his moods and to his feelings, because he was the victim of the holocaust. It was also clear that he would not accept feedback about this by the therapist. He had many therapists before and they were all no good and it appeared that he was to prove that also this therapist could not help him.

So in this therapy there was no clear treatment-contract possible. The therapist, therefore, yielded to a 'judo-like' approach in which he sided with the views of Mr. Groenteman himself using paraxial^{ds} techniques on which we will touch later.

Another characteristic of directive therapy is the flexibility in frequency of sessions. Sometimes it is necessary to see patients very often - let us say twice or once a week. Sometimes - in some phases of therapy - it is enough, or better to patients only once a month or even less.

To our opinion it is better to adapt to the needs of the therapy instead of having a regular scheme.

The same principle implies to the choice of who should be present at the therapy. Especially in the beginning of directive family therapy emphasis is put on the fact that the whole family should be present. In later sessions that is not always necessary, there should not be a fixed rule, but it should be decided according to the needs of that particular phase of the therapy.

Another special characteristic of directive family therapy is the emphasis on positiveness.

Instead of an emphasis on confronting patients, which is sometimes necessary also in directive therapy, most of the directive family therapists try to find a way to compliment their patients.

An example we find with Marga Pannekoek, who lost all her family in the war and married very young but developed symptoms in a later phase of her life. One of her problems was sub-assertiveness and the tendency to do all the work of colleagues at her office which they did not do well. She had a very high level of aspiration. Instead of confronting her, the therapist complimented her on her modesty and reliability in her work and in relation to her family members.

He said that he understood that sometimes she might drive this a little bit too far and that it was probably necessary to talk about the effects which those extreme forms of modesty and high level of aspiration had on her and her life. But he also expressed his hope that she would not change too much in that ~~effect~~. *aspect*. Mrs. Pannekoek started crying and said: "This is the first time a therapist says something positive to me, and does not confront me with my sub-assertiveness".

Another emphasis of directive family therapy is *eclecticism* which means that several theoretical frameworks are being combined.

Slide 4 Let us pass on to slide 4 and see which theoretical frameworks are meant.

First of all there is a heavy draw on learning theory or behavioral therapy. From that framework the emphasis on functional analysis is taken and the attention to assessment of the patterns of reinforcement in the family and in the general environment of the client. Behavioral techniques like shaping, exposure and flooding are especially useful in grief therapies.

Maybe it should be emphasized here that the use of techniques from behavior therapy are especially useful while working with motivated clients, like for example Mr. Katz, which implies a congruent relationship between client and therapist.

The second theoretical framework, which is important, is the system theory or - better said - the system approach and the communicational theories.

Very often it is important to investigate the function of symptoms. For example in the family of Mr. Katz the symptoms were all attributed to the war experiences of Mr. Katz, but they also had a function for maintaining the status quo in the family in which the wife took a superior, dominant position which was only possible if everybody believed in the myth that Mr. Katz was incapable of being a good parent because of all that he had experienced in the war.

Another feature of the symptom approach is the emphasis

on investigating the way the symptomatic behaviour is reinforced by other people in the family. For example, the attention Mr. Groenteman received every time when he had a headache, when the whole family was quiet and he did not have to do anything, etc. etc.

Sometimes symptoms are reinforcing because it enables the patient to control other people. This also applies to Mr. Groenteman who used his traumatic past as a legitimisation for terrorizing his family.

Also concepts like power struggle belong to the communication-system approach which means that sometimes, for example in the case of Mr. Katz, problems one has with wife or with children, can be explained by the need to dominate the other and not be dominated.

A third important theoretical framework comes from social-psychology and especially from attribution theory and self-perception theory.

Mr. Katz and his family were helped to re-attribute the problems from unsolvable facts in the past to relational and skill-problems in the present.

As long as Mr. Katz thought: "I will never be capable of parent parenting my children because I had those terrible experiences", he was caught in a vicious circle. New experiences confirmed his worst fears about himself and made him more incapable, etc.

As soon as the therapist succeeded in stimulating him to do different things with his children - to be a better father

in relation to his eldest son - his self-perception changed, from the perception as described before to the one: "Hey, I can be a good father; maybe I had those bad experiences, but I can learn to be a different father, I can be different".

Very important is therefore the theory by Daryl Bem which states: "It is not the emotions that determine our behavior, but our behavior determine our emotions: When we do different, we feel different".

So when Mr. Katz started to behave different in the present, he started to feel different.

Although directive family therapy is a treatment model which tries to be in touch with the present state of the patient, even in this model the necessity of investigating dramatic experiences of the past, should not be neglected. Sometimes those experiences can be so dramatic that working in the present is not immediately feasible.

Of course especially with victims of the holocaust this will occur many times.

In this way there is also a link with the psycho-analytic framework.

Sometimes beginning therapists ^{assume} ~~assume~~ that directive therapy is a way of therapy in which assessment is not very important.

You just give advices; you tell people what to do and you

will see whether they change or not.

I want to emphasize that the opposite is true. In directive family therapy a thorough attention should be given in several sessions to assessment and to create a treatment contract.

And there should not be too quick a focus on trying to change the client.

Slide 5 The assessment of the problems should be on several levels.

It should be investigated whether the intrapsychic level is important. In other words, is the problem mainly or partly an individual problem, as was the case with Mrs. Pannekoek who lost all her family, who had always been very insecure and had always been very fearful that her present husband would also leave her. Actually she feared that everybody would always leave her. In her case we might speak from an individual problem, created by her past experiences.

The second level is the level of the structure of the family. In that respect attention is given to the question whether the position of the identified patient in the family is important in explaining the symptoms. For example, we see that the symptoms of Mr. Katz have a function for his wife, and in maintaining the family equilibrium. It is also important to assess the pattern of reinforcements; in which way are the symptoms reinforced in the present. Important also are the communicational problems the patient has in the family. These might block his solving

his own problems, which might create tension which is attributed to his individual problems, as was the case with Mr. Katz. Important also is to assess whether there are positive factors; what are the good things the patient and his family has; what is the strength. And very important but often forgotten is to assess the motivation of the patient to change.

For example we saw before that Mr. Groenteman was a client who did not make the impression that he would really very much like to invest energy in changing and to solve his problems. They had too many functions for him. And they were too much reinforced by his family.

Assessing motivation is important for choosing the right approach: a congruent or a more judo-like approach which we will discuss later, and also for the timing of the techniques.

There we come to the techniques. What kind of techniques can we distinguish?

I would like to build a classification of techniques by using four dimensions.

First of all we can distinguish congruent-rational problem-solving techniques - versus paradoxical techniques.

An example of congruent techniques we saw with Mr. Katz who learned new social skills like: listening, discussing, reinforcing the right behavior of his son.

On the opposite dimension we see paradoxical techniques,

which imply tolerating and even encouraging the symptoms, in order to change the reinforcing character of symptoms or reduce the fear of anticipation. An example of that can also be found in the treatment of Mr. Katz when the problem of the nightmares is being tackled. In a phase of the therapy when several other topics had been constructively dealt with and Mr. Katz started to feel better, but the nightmare still occurred - the therapist said to him: "Look, you have had so many experiences in the war that if you wouldn't have the nightmares, you would have to think 24 hours a day about these experiences. So my theory is that those nightmares possibly have a function for you, so you shouldn't fight them too much. Maybe it would be better if you would not fight them at all. But everytime you have a nightmare and you wake up, you stand up immediately and you write down what the nightmare was about, so you have more use of it.

Maybe, if you do more with your nightmares instead of fighting them, that would be better".

Mr. Katz took the advice and the nightmares were finished within two weeks.

So that is one dimension.

Another dimension is whether the therapy is focussed on the present or on the past.

Examples of focussing on the present, are the interaction between Mr. Katz and his wife. Although his

presenting problems were about the past, in the therapy there was a lot of emphasis on the social skills of Mr. Katz here and now.

Another example we see with Mrs. Pannekoek who was mainly treated individually, although her husband was coming along to the sessions. A part of the therapy was focussed on the present, by helping her to rebuild assertive responses in situations in which she had always been sub-assertive.

Especially with victims of holocaust a lot of energy in the therapy, a lot of techniques, have to do with the past. Those are the techniques which focus on the grief-work, which we will discuss more detailed later.

Another dimension is whether the techniques are more focussing on the individual parts, the individual dysfunctioning or on the interactional and family structure.

Examples of both we have seen before.

Mrs. Pannekoek gave us examples of a therapy in which the individual part was very important: The grief working regarding the loss of her family and rebuilding assertive responses to other people.

On the other hand we discussed the therapy with family Katz in which the interactional part and structural parts were very important and also the family of Mr. Groenteman in which the therapist taught the family members to be less reinforcing to the symptomatic behavior of Mr. Groenteman.

A fourth dimension in the classification of techniques should be, whether the techniques applies homework or whether the techniques are interventions during the sessions, like giving support, giving feedback, giving compliments or label positively the symptoms or doing an imaginary confrontation during a session.

An example of an imaginary confrontation took place with Mrs. Pannekoek when the therapist asked her to imagine a situation in which her husband would leave her: What would happen, how terrible would it be.

Let us discuss some homework assignments which are especially useful for patients who are in grief therapy.

Slide 7 First of all I would recommend monitoring assignments. Of course this is not special for grief therapy. For ~~naby~~ ^{many} other therapies it might also be recommended to start with a period in which patients monitor different aspects of problematic behavior, or non-problematic behavior which is related to the complaints, or behavior of people in the environment. But in grief therapy it is very important to start first of all with a period in which the patient monitors the nature and occurrence of the symptoms. He might for example monitor the level of tension, the specific situations in which stress is more or less. For example Mrs. Pannekoek discovered by means of these kinds of monitoring

assignments that her real fear was the fear of being left by her husband.

Her tension rose always when her husband was away, which she did not realize before she started the monitoring.

Another example can be found in the therapy with Mr. Katz, who monitored problematic behavior of his son and the way he reacted to it. And his son did monitor destructive reactions of his father and from this period came some working goals for the period in therapy after the monitoring.

Monitoring is very useful in most of the first phases of therapies.

Very often parts of the assessment gives - both to the therapist and to the patient - a baseline: how often do symptomatic complaints occur, how intense are the complaints and how specific can the goals be formulated etc., etc.

Monitoring can be considered a congruent technique if it is used the way as described before: getting a baseline, getting insight to the problems. An example we saw with Mrs. Pannekoek, as I explained before, who used the monitoring to get more insight into the frequency and the exact nature of her sub-assertive responses which created tension in her case.

It can also be used in a paradoxical way, like with Mr. Groenteman. The therapist took his somatic complaints very serious, went along, sided with him. He

told him that it was very important to get more insight in exactly how often they occur, what then happens, and what kind of ideas he has when he has headaches.

So he gave him a monitoring task which could be better characterized as an ordeal than as monitoring for baseline or insight. Every time he had a headache, he had to go into his sleeping room, register how severe the headache was and write down - as a kind of a diary - the anticipating behaviors, and all the thoughts he had about himself on that moment, including those about his past.

^{He} It was told ~~to him~~ that this was monitoring for getting insight into the pattern of the headaches. But in reality, it was also a task which made it less attractive for him to have the headaches, because he had to take time out every time. He could then not stay with his family. He had to go into his own room and the family was not there to support him. This was being "sold" to him and the family members by emphasizing that supporting Max on moments like that prevented him to concentrate enough on himself and on his problems to get insight in what is really wrong with him.

Monitoring can be both intrapsychic or interactional. Mrs. Pannekoek monitored her own tension, which is an example of intrapsychic monitoring, monitoring of own behavior, own tension, own feelings.

With Mr. Katz we saw it can be interactional: one person monitors behavior of another, or one person monitors his own feelings towards somebody else.

It can also be present and past oriented. For example Mrs. Pannekoek did have a period in the therapy when she registered everytime she thought or felt about something of the war, of the holocaust. This past-oriented. But we saw already with Mr. Katz that a lot of monitoring was done on how he behaved towards his children, his wife and the way they behaved towards him, which is present-oriented.

Another type of homework assignment which is very useful for grief therapy consists of writing assignments. By writing assignments I mean that the therapist gives an exact prescription of the time and the purpose of the writing about a specific theme related to the topic of grief.

For example, Mrs. Pannekoek was asked to write about two or three times a week for exactly one hour about what happened in the first year after the war, the year thereafter, and so on; how her relatives, ^{who} ~~which~~ adopted her when her parents did not return, behaved to her and how she missed her parents.

All those feelings to which she had never exposed herself.

Writing assignments like that can be compared to what happens in behavioral therapeutic grief-therapies, as described by Ramsay and for instance Rachman which is aimed at stimulating patient to expose himself to those feelings and emotions he is afraid of.

A patient can reach this by talking to the therapist, but it may be helpful to add homework-assignments of writing, so the patient can do the exposure in his own time and in his own speed.

It can take 2, 3 weeks, 4 weeks, and so on. The specific topics can be redefined until satiation occurs and the patient reports relief.

So the main theme in those writing-assignments can be called exposure. Also you can see writing-assignments as a way of ritualising:

When you ask the patient to take a specific seat in a specific chair at a specific table on a set hour, the exposure is ritualized and ^{is} therefore having more impact.

Writing-assignments are normally not in the very beginning of therapy, but after a period of monitoring when the goals for the therapy are more set.

Most of the writing-assignments can be seen as congruent, in the way that you can relate openly with the client to the goal of the assignment.

The main goals are exposure, getting insight into the phenomena and feelings which have been put away before.

In specific cases like with Mr. Groenteman who was very resisting - the writing-assignment can also have

the symptoms.

Writing-assignments are nearly always aimed at events in the past and mostly they are individual.

In that respect that they have to do with the feelings of one patient towards aspects of his past, his parents, rancune of being left etc.

Another technique that is often used are farewell rituals:

For example, farewell letters.

They are used mainly in the end of the grief-therapy, when the patient starts expressing feelings of relieve, getting over the problems, feeling more free. The therapist might ask the patient to express ^{his}~~their~~ new perception in a symbolic way in order to make it very clear that he has freed himself and that he no longer fears the stimuli he feared before.

Behavior grief therapists, like Ron Ramsay, make use of farewell rituals by, for instance, tearing up a picture of the dead or lost family members.

In directive therapy it might as well be done by writing a specific farewell letter to those people on whom the emotions are mainly based: to lost parents or - like with Mrs. Pannekoek - to relatives who after the war took her in their house but were not very caring for her, which - as she now realized - left her insecure and very fearful of being left alone again.

So Mrs. Pannekoek did write a symbolic letter to this

deceased aunt in which she wrote about what happened, what effect it had on her, and that it no longer have that effect now.

As I said farewell rituals are mainly in the end of the therapy: when a therapy has brought relieve and the patient reports that he is doing better and better, it is a way of consolidating the gains.

It is a perfect ^ycongruent technique, which can be explained to the patient: why you want him to do it, what effect it will have, and so on.

Especially important are the effects on his self-perception: it puts the emphasis on the perception of the patient as somebody who is no longer in the spell of the past. Of course, it is a mainly intrapsychic technique which is used for the individual part of a grief therapy and it is aimed at events in the past.

Another cluster of techniques ^{is} ~~are~~ mainly taken from cognitive behavior therapy and might be called self-verbalizations.

With Mrs. Pannekoek it was in the end of the therapy after she had gone through a period of writing-assignments and other forms of exposure, and started feeling less fearful. This was followed by several sessions devoted to improving her social skills, especially to increase assertive responses. In one of those sessions the therapist asked her to write a little card about specific things, she knew about herself, at which she was pretty good. Then,

the therapist asked her to take that little card every time when she was anxious, fearful in social situations, and read aloud the positive statements about herself, which said something like: "I am Marg, I did this and this, I don't have to be afraid about that and that. I am somebody who you can reckon on, trustworthy and able".

Positive self-verbalisations are techniques which are useful to clients who have less self-esteem, less positive self-identification ^{than} ~~as~~ they could have, who forget about their abilities and who by verbalizing those positive aspects of themselves start to feel stronger and stronger. It is of course a technique which can not be used in the beginning of a therapy. It should be used when there is already some progress. When the problems are already dealt with and the patient feels more mastery. But ^{it} is not used at the very end. Therapy like the farewell rituals. So you might say it is a technique which is used in the middle of a treatment.

It is of course a pure ^{ly} congruent technique. It is not paradoxical at all and you might see it as a technique of self-reinforcement and also as a technique which draws on the social-psychological theory of self-perception: that you alter your behavior, when you alter your self-perception first.

This is mainly an individual technique, although you might find possibilities also in interactional problems. An example of that occurred with a couple of which both partners were

victims of the holocaust: both had lost their parents and the man was referred to a clinic, because he had severe depressions. The depression had a function. It helped him to dominate his wife, who always wanted to help him and felt very sorry for him.

But the more she offered help, the less opportunity he gave her. He said things like: I don't know what is going on with me, I can't really tell what I want. I just don't feel good, etc., etc.

It became clear that when she did not pull at him that way, when she did not offer help, that he started to help himself more than when she did offer help. He started doing things instead of just saying that he did not know what to do, that ~~he~~ did not know what his problems were, etc. So the therapist advised her not to pull too much. He said: "You ask if your husband doesn't feel well, you ask him once whether you can help him with something. If he says I don't know, you say, 'I am sorry then I don't know how to help you'".

This woman, let us called her Daniëla, found that very difficult, because she felt so sorry for her husband. The therapist advised to write a little card with the words: "If Robert doesn't say what he wants I don't have to feel guilty if I don't help him".

And every time this occurred she took out the card and read to herself these words and did as was agreed upon. It is of course a technique which is used in the present

and not in the past: It is used on 'how the client feels now' and the verbalisations deal with his present state of mind.

Last cluster of homework assignments have to do with social skills.

As I said before, in many therapies with victims of holocaust, most of the attention is focussed on the past experiences, and the problems are all attributed there. It is forgotten that they might have built up a lack of social skills in areas in which also other people sometimes have problems because they are short of social skills.

So like with other patients it is useful to build up skills in listening, in asserting yourself, in making the right decisions, etc.

Partly this is done during therapy sessions, by role playing. It is also done by homework-assignments, for example by giving observational assignments, observing other people, whom you admire: observe what they do exactly, monitor your own behavior and take time to think about responses which are more appropriate than the ones you have.

Till now we have mainly discussed concepts and techniques but now I want to consider the topic of timing and the configurations which can occur.

In our practice we can distinguish three configurations:

Slide 8 There are holocaust victims who are mainly troubled with traumatic experiences which take a lot of their energy, because they fear all the associations which they daily have with the war experiences, and who are willing to get over it; whose symptoms are not reinforced by others and do not have a function for other people in the family, For those patients, like for example Mrs. Pannekoek the timing is the following: First there is a period of monitoring. Then - when the specific topics can be sorted out - there is a period of exposure to the past, which can be created by writing assignments or by imaginary confrontation during the sessions. This can be repeated by other monitoring-assignments and again confrontation techniques and it might be closed up with a farewell ritual. This might be viewed as a congruent set of therapy techniques.

Another ~~confrontation~~ ^{configuration} ^{the} is that presenting problem is the holocaust, but there are other sources of stress in the present situation. The patient is positively motivated to work on both sides: The past and the present. In that case reattribution therapy is ^{indicated}. First the problems of the past are being discussed and given attention to, but parallel or secondly the attention is focussed on problems in the present: social skills, problems in the family. And the patient is shown that

many of the problems he always attributed to his past experiences, might be solved in the present and might not have to be attributed to the war.

The third configuration occurs when the presenting problem is traumatic holocaust experiences, reinforced by much secondary gain, sometimes in a material way: Profit because the status of war patient - holocaust victim - often leads to payments. But it might also be leading to gain in terms of attention, being somebody who has a specific status and controlling family members, like for instance Mr. Groenteman whom I described several times before.

With those patients the strategy is non-congruent. In the beginning you accommodate to the views of the patient - as I would call it, with a judo-like approach, which means that you do not confront, you do not give feedback, you do not pull. But you slightly alter the reinforcement-patterns. For example Mr. Groenteman: The therapist ~~shared~~ did not confront him with what really happened in the family and how he made use of his symptoms to control his family. He just made it less attractive for him to continue having the symptoms.

The more Mr. Groenteman complained, the more he had to devote himself to unpleasant ordeals, like time out, concentrating and writing about the past, and so on. This was introduced to him in a non-confronting, emphatic way as an important start in the process of recovery. This is a typical example of 'judo-like' or 'ordeal' therapy, as Haley called it.

Of course in a therapy like that it is very important that the family members join the therapy sessions, so the therapist can lead them to a different way of reacting in which they are less reinforcing the symptomatic behavior.

Now, as we have come to the end of this paper, I would like to emphasize that I do not intend to imply that this paper covers everything that can be said about directive family therapy with victims of the holocaust. We did not discuss all the configurations.

Slide 9

Sometimes victims of holocaust do not present themselves as victims of holocaust, but present themselves with other disorders, for instance phobias. Only later on it becomes clear that the phobia is - for a smaller or bigger part - based on holocaust experiences. We did not discuss that configuration.

Also I have not been exhausting in distinguishing the techniques.

There are many more congruent techniques: like modeling, contracting between family members, etc. etc. But I have - in this paper - focussed on those techniques which are important, especially for holocaust victims.

If you are interested in a more general view of the techniques I would recommend the book Directive Family Therapy by Lange and van der Hart, which is published by Brunner/Mazel in 1983.

We also drew - in this paper - heavily on the paradigm of "working through the past experiences", exposure ^{to} the traumatic experiences in order to free yourself.

We did not discuss the opposite paradigm which is described by a colleague of mine - hypnotherapist Van Dijk from Holland who teaches his patient to forget about painful past experiences, and induces amnesia with hypnotherapy. This is a very interesting approach, but I do not feel that there is enough research done to justify - at this moment - the use of it when the other approach, the exposure-type, is theoretically more sound.

Also I have not paid attention to non-specific therapy factors.

All the techniques described, are specific techniques, specific therapy factors, and we did not have enough time to discuss the non-specific factors.

What I mean is, that for holocaust victims it may be even more important than for other patients, to have a good relationship with their therapist, to feel secure and free. So sometimes, the non-specific way by which the therapist relates to the patient, can be more important than all the specific techniques together. Thank you!

1. Inleiding.

Wij volgen de ontwikkelingen in ons vakgebied op de voet. Niet alleen lezen wij vrijwel alle vakliteratuur die ons maar onder ogen wil komen, neen, wij pluizen ook de meer algemeen georiënteerde tijdschriften, periodieken en zelfs kranten na op relevante informatie. Dit laatste vooral omdat de redacties van veel zogenaamde vaktijdschriften een op zijn zachtst gezegd conservatieve koers blijken te varen. Het lijkt er op dat de geleerde heren van de redacties van die tijdschriften zich nog steeds* niet durven wagen aan het publiceren van nieuwe ontwikkelingen, voordat deze door tientallen onderzoekers bevestigd zijn en dus alweer tot oude koek zijn verworpen.

Uw auteur vond in de zogenaamde vakliteratuur niets terug over de betekenis van slangegif voor de behandeling van jaloerie, de ernstige vormen die verslaving aan tabakswaaren blijkt aan te nemen en de mogelijkheden om de geheugenfunctie te verbeteren. Gaarne rapporteren we hierover.

*In het begin van deze eeuw heeft collega E. van Dieren, arts te Amsterdam, regelmatig het behoudende gedrag van redacties aan de kaak gesteld. Een goed overzicht van zijn pogingen hierin verandering te brengen, geeft hij in zijn boek: "Prof. Freud, de uitvinder van de z.g. psychoanalyse of te wel 'diepte'-zielkunde en het door velen onderschatte perverse gevaar" (1927), Hollandia Drukkerij, Baarn.

2. Drie nieuwe ontwikkelingen.

2.1

Het roken van sigaretten is jaren als een onschuldig gebruik van een genotmiddel gezien. Longkanker, hart- en vaatziekten hebben het onschuldige er onder de hand wel van afgehaald. Dat het echter ook nog een echte verslaving was dat mochten we nog niet in onze vakliteratuur vernemen. DSM III spreekt wel van tabaksafhankelijkheid, maar het rapport in de Volkskrant van juni '85 laat wel wat anders horen. Vele patienten met deze aandoening bleken zelfmoordneigingen te krijgen toen een sigarettenfabriek door stakingen hen het verslavingsgif niet meer kon leveren (zie fig. 1).

Wanhopige rokers in Israël bestormen sigarettenfabriek

TEL AVIV (AP, Reuter) — Een sigarettenfabriek in een buitenwijk van Tel Aviv was donderdag het toneel van felle gevechten tussen arbeiders en sigarettenverkopers. Tegelijkertijd probeerde een menigte woedende rokers de fabriek te bestormen.

Twee weken geleden brak een staking uit onder het personeel van de sigarettenfabriek Dubek, waardoor een run op de winkels ontstond, die nu helemaal zonder tabak zitten. Deze staking is inmiddels beëindigd, maar vervolgens zijn de tabakswinkeliers gaan staken om een hoger winstpercentage te eisen.

Tientallen stakende winkeliers probeerden donderdag volgeladen auto's van de Dubek-fabriek te verhinderen hun nieuwe voorraden weg te brengen. Intussen bestormden honderden mensen, die hadden gehoord dat het bedrijf weer draaide, de hekken van de fabriek. Door de ontwenningsverschijnselen laaiden de emoties hoog op. Een radioverslaggever meldde geschokt dat sommige nicotine-verslaafden dreigden hun polsen door te snijden als ze niet onmiddellijk een sigaret kregen. „Ik heb nog nooit zo iets gezien”, vertelde hij zijn publiek.

Om de verhitte gemoederen tot bedaren te brengen, besloot het personeel pakjes sigaretten over het hek te gooien. Het ministerie van volksgezondheid heeft overigens duizenden telefoontjes gekregen van mensen die van de gelegenheid gebruik wilden maken om met roken te stoppen.

Fig. 1: Artikel in de Volkskrant van juni 1985.

2.2

Ook moesten wij opnieuw in een periodiek voor algemene berichtgeving ("De Leidenaar") vernemen dat de ontwikkeling m.b.t. het verbeteren van het geheugen een hoge vlucht had genomen.

Een advertentie in het blad van 27 augustus 1985 beschrijft zelfs een behandeling waarbij namen, gezichten, adressen, data, getallen, afspraken, jubilea zelfs nooit meer vergeten kunnen worden. Of een behandeling zo ver moet gaan is ons nog niet geheel duidelijk. Voorlopig lijkt het voor onze aftakelende bejaarden toch een interessante vondst. (Zie fig. 2).

2.3

Pathologische jaloezie kennen we natuurlijk allemaal, is het niet uit eigen ervaring dan wel uit de belangwekkende publicaties in het Kwartaalschrift voor Directieve Therapie (voorheen het Kwartaalschrift voor directieve Therapie en Hypnose).

Slecht geheugen?



**VERGEET NOOIT
MEER** namen,
gezichten, adressen, data,
getallen, afspraken, jubilea,
enz. Ontdek het geheim van
een **ijzersterk** geheugen en
hoe u o.a. vreemde talen in
een recordtijd leert!

BON voor GRATIS
PROSPECTUS

Naam en adres: _____ H92

Sturen zonder postzegel aan
MEMOSCHOOL,
Antwoordnr. 465,
2060 VE Bloemendaal

Fig. 2: Artikel in "De Leidenaar" van 27 augustus 1985.

De kwaal is buitengewoon lastig niet alleen voor de eventuele betrokkene maar ook voor de personen uit de omgeving, bijvoorbeeld zijn of haar partner.

Nu blijken de collegae uit de homeopatische wereld tegen deze giftige aandoening het tegengif ontwikkeld te hebben. De Telegraaf van 25 mei 1985 geeft een fraai overzicht van wat we met een gerust hart een ontdekking mogen noemen (zie fig. 3). Een tekortkoming in dit artikel is echter het verzuim weer te geven welke slang dit gif met deze hooggekwalificeerde eigenschappen in de gifklier produceert. Daarentegen is het advies dit slangegif niet zonder meer in hoge dosering tot zich te nemen weer een statement met een hoge relevantie, want zo eindigt het artikel: "Ook in de natuur schaadt overdaad".

Slangegif geneest jaloerie

Het zal je gebeuren dat je partner steeds je gangen laat nagaan, vraagt aan wie je nu weer denkt, je verbiedt de stad in te gaan, met een ander te dansen, kortom zo ontzettend jaloers is dat het leven een hel wordt. Wat moet je met zo'n man? Naar de psychiater sturen? Nee, hij moet slangegif toegediend krijgen. Niet uit wraak, maar als geneesmiddel.

Tijdens een congres voor homeopaten, dat in Glücksburg gehouden werd, kwam naar voren dat tegen ziekelijke jaloezie, die zo giftig is dat het leven ondraaglijk wordt, slechts één tegengif werkt. Een homeopaat diende een dergelijk jaloerse man het gif toe van een slang die alleen voorkomt in Midden-Amerika. Het middel hielp. De vrouw kan nu vrijelijk gaan en staan waar ze wil en haar echtgenoot zit in zo'n geval rustig thuis.

Het principe dat alleen gif gif bestrijden kan is bekend in de homeopathie. Alleen zijn de juiste dosering en verdunning nu juist de kracht van de homeopaat. Zelf dokteren is dan ook bij 'natuurgeneesmiddelen' net zo goed af te raden als bij chemische middelen. Ook in de natuur schaadt overdaad.

Fig. 3: Artikel in de Telegraaf van 25 mei 1985.

3. Slotopmerkingen.

Wij (o.a. de auteur) zijn er van overtuigd onze lezerskring een dienst bewezen te hebben de informaties van ons open oog en oor naar hen door te sluizen, hiermee ook wel enig risico nemend.

In het geval van de pathologische jaloezie bijv. zou een patient zijn partner wel eens een verkeerde dosering kunnen geven met mogelijk ernstige gevolgen voor de relatie, etc.

We zouden onze bijdrage gaarne willen beëindigen met een wat luchthartige variant op een citaat van collega E. van Dieren, arts te Amsterdam:

"Dit is geen artikel voor fut- en karakterloze, zelfgenoegzame, fatsoenlijke Hallemanntjes (?), die liefst zo lang mogelijk hun ogen dichtknijpen voor de gevaren die ons op wetenschappelijk (-----) gebied bedreigen. Dit is een publicatie voor (-----) 'kêrels'. Hoeveel zijn er nog in Nederland?".

Kees Hoogduin

1. Diagnose en differentiaal diagnose

Het stellen van de diagnose levert bij een dwangneurose met dwanggedachten, angsten, spanningen en dwanghandelingen niet veel problemen op. Om de diagnose 'dwangneurose' te kunnen stellen, moet het klinisch beeld aan de volgende diagnostische criteria van D.S.M.-III voldoen:

- Er moet sprake zijn van dwanggedachten of dwanghandelingen.
- De dwanggedachten of dwanghandelingen moeten een bron van ellende zijn voor de patient of interfereren met adequaat sociaal functioneren.
- De dwanggedachten of dwanghandelingen mogen niet het gevolg zijn van een andere psychiatrische stoornis, zoals het syndroom van Gilles de la Tourette, schizofrenie, psychotische of vitale depressie (Major Depressive Episode, vgl. D.S.M.-III) of een organisch bepaalde psychiatrische stoornis.

In D.S.M.-III wordt het voorkomen van dwanggedachten of dwanghandelingen essentieel geacht voor het stellen van de diagnose dwangneurose.

Hiermee is nochtans niet het gehele klinische beeld gegeven. Naast angst en paniekgevoelens rapporteren patienten met een dwangneurose vaak depressieve klachten, problemen rond werk en huishouding en relationele problemen.

Dwanghandelingen kunnen niet los gezien worden van dwanggedachten. Dowson (1977) onderzocht 41 dwangpatienten en vond bij patienten met dwanghandelingen steeds een relatie van de diverse dwanghandelingen met ten minste één dwanggedachte. Anders gezegd: de dwanghandeling kan gezien worden als een uitdrukking van daaraan voorafgaande psychische activiteit.

Zo kan de patient met een angst voor hondefaeces op de vraag waarom de schoonmaakrituelen plaatsvinden, in eerste instantie antwoorden dat zij altijd die schoonmaakrituelen uitvoert wanneer ze buiten is geweest. Bij doorvragen wordt duidelijk dat de gedachte dat ze bevuild zou zijn en zo het huis zou binnengaan, voor haar ondraaglijk is en tot paniek leidt. In het begin wordt deze gedachte als een flits beleefd. Wanneer zij geleerd heeft dat poetsen, schoonmaken e.d. een oplossing inhoudt,

') Dit artikel is een bewerking van de voordracht "Interactionele aspecten bij de behandeling van dwang" die op de Najaarsconferentie 1984 van de Nederlandse Vereniging voor Gedragstherapie gehouden is.

lukt het meestal de paniek die volgt op de dwanggedachte, in enige mate of soms geheel onder controle te houden.

De dwanggedachten kunnen plots ontstaan, maar vaak worden ze getriggered door bepaalde gedachten, gebeurtenissen of situaties.

Bijv.: een jonge vrouw die als belangrijkste dwanggedachte had kaal te worden, controleerde in aansluiting aan deze gedachte of haar hoofdharen nog wel vast in de hoofdhuid zaten. Ze kreeg de gedachte aan kaalheid spontaan, maar ook bij het zien van kammen, een losse haar op kleding en bij het kammen van haar.

Bij patienten met dwangneurose kan de volgende sequentie vastgesteld worden (zie fig. 1):

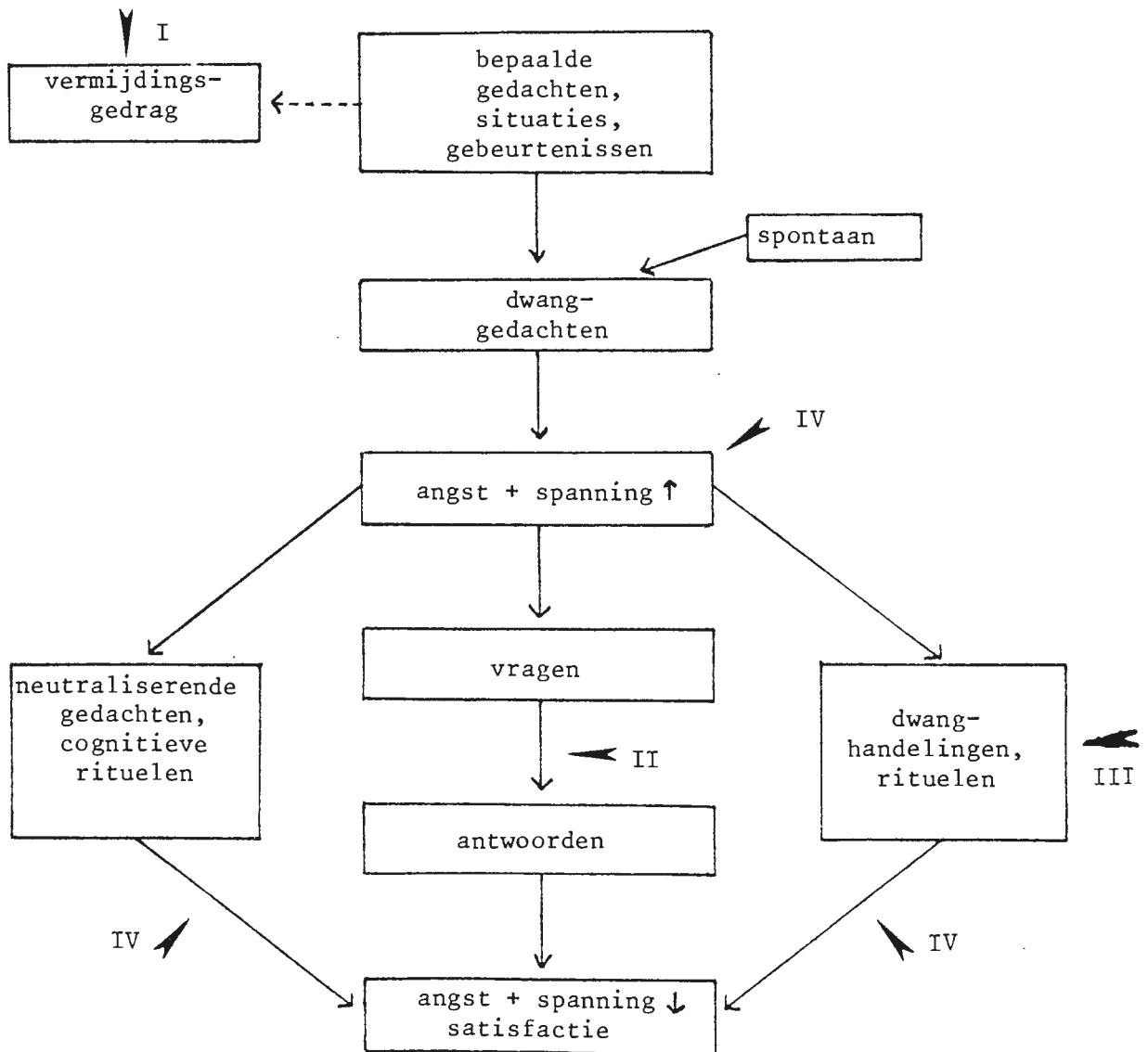


Fig. 1: De sequenties van de dwangneurose ; voor de betekenis van de pijlen en cijfers: zie par. 3.

In de hierboven weergegeven figuur wordt de sequentie met betrekking tot het optreden van dwangverschijnselen nog eens weergegeven. Dwanggedachten kunnen spontaan ontstaan, maar bij die patienten zijn er bepaalde situaties, gebeurtenissen of triviale gedachten die leiden tot het hebben van dwanggedachten. Een gevolg is dat patienten proberen die situaties met een grote kans van optreden van deze dwanggedachten te vermijden. Wanneer de gedachten toch optreden, kan door een neutraliserende activiteit, bepaalde gedachten, handelingen, rituelen of inschakelen van derden, geprobeerd worden de angst en spanning te verminderen.

2. Over de behandeling

Meyer (1966) beschrijft een nieuwe strategie bij de behandeling van patienten met dwangverschijnselen. Hij gaat uit van de hypothese dat een behandeling erop gericht moet zijn dwangpatienten te laten ervaren dat hun sombere verwachtingen ook zonder rituelen niet uitkomen. De patient gaat uit van de veronderstelling dat die sombere verwachtingen niet uitkomen omdat bepaalde rituelen uitgevoerd zijn. Dit anticiperen op deze afwikkeling doet een bekrachtigende situatie ontstaan. Indien de patient merkt dat zonder dat de rituelen uitgevoerd worden, deze verwachtingen evenmin uitkomen, ontstaat de mogelijkheid voor een gedragsverandering. Meyer heeft een strategie ontwikkeld waarbij patienten in een gevreesde situatie gebracht worden en blijven (exposure); bovendien wordt hen verboden rituelen uit te voeren (respons preventie). Deze strategie is verder uitgewerkt en verbeterd door Rachman en Hodgson (1980), Foa en Tillmann (1980) en Emmelkamp (1982). Deze behandeling werd overwegend klinisch uitgevoerd onder supervisie van een therapeut of co-therapeut.

Uit onderzoek is gebleken dat behandelingen zonder opname en zonder supervisie een vergelijkbaar resultaat opleveren (Hoogduin & Hoogduin, 1984).

Deze ambulante behandeling van patienten met dwangverschijnselen bestaat uit de volgende elementen:

1. Zelfobservatie en registratie:

2. Exposure:

- de patient zal zich in toenemende mate blootstellen aan bedreigende situaties;
- bepaalde dwanggedachten zullen op vaste tijden opgeroepen moeten worden en de patient zal deze gedachten enige tijd 'uitdenken'.

- de patient zal spontaan optredende dwanggedachten moeten beschouwen als aanleidingen om extra te oefenen; in plaats van zich ertegen te verzetten, wordt de patient gestimuleerd de gedachten op gezette tijden op te roepen (habituatietraining).

3. Respons preventie:

- de patient zal geen rituelen meer uitvoeren;
- de omgeving zal niet langer ingaan op het vraaggedrag;
- de patient stopt met de neutraliserende gedachten en cognitieve rituelen.

De behandeling zoals die hier voorgesteld wordt, bestaat uit programma's die samen met de therapeut worden opgesteld, maar die door de patient zelf uitgevoerd worden zonder supervisie.

Bij de ambulante behandeling wordt met behulp van zelfcontroleprocedures de patient geleidelijk ertoe gebracht de respons achterwege te laten en zich vrijwillig bloot te stellen aan bedreigende situaties. Dat gebeurt met behulp van maatregelen die genomen kunnen worden vóór het dwanggedrag optreedt en maatregelen die na het optreden van de respons genomen kunnen worden. De stimuluscontrole heeft bij de behandeling van de dwangverschijnselen slechts een beperkte betekenis. De patient heeft weinig mogelijkheden het optreden van zijn ongewenste gedrag te beperken door bepaalde stimuli te verwijderen (Beech & Vaughan, 1978). Wel kan hij de situaties zo arrangeren dat de kans dat dwangverschijnselen optreden, afneemt, maar het zal duidelijk zijn dat deze strategie hooguit in de beginfase van de behandeling enig nut heeft (bijv. wanneer de patient wanhopig is). Het gaat er immers om de patient zich juist bloot te laten stellen aan bedreigende situaties. Het onderbreken van de keten gedachten en gedragingen die leiden tot het uitvoeren van een dwangrespons met behulp van een zgn. 'controlling respons' (S-R-interventie) is wel zinvol. De patient kan in aansluiting aan dwanggedachten - wanneer de neiging toe te geven aan een ritueel zeer sterk wordt - zichzelf een activiteit opleggen die de aandacht afleidt. Op deze manier wordt een respons preventie nagestreefd; bovendien worden de dwanggedachten gevolgd door een activiteit die, hoewel afleidend, bij voorkeur ook een aversieve component (waarmee bedoeld wordt een activiteit die ook enige moeite kost) heeft (bijv. huishoudelijk werk, een eind fietsen, wandelen of hardlopen, het huis uitgaan, iemand bezoeken, etc.). Aan het uitvoeren van de responsen kunnen bepaalde

consequenties gekoppeld worden. Weinig toegeven aan de responsen kan gevolgd worden door zelfbeloning; veel toegeven door zelfbestraffing. Bij de behandeling van patiënten met dwangverschijnselen is de toepassing van de volgende vorm van zelfbestraffing zeer bruikbaar gebleken: in aansluiting aan het uitvoeren van bepaalde dwanghandelingen voert de patient een van te voren overeengekomen activiteit uit die als nuttig opgevat wordt, maar waar de patient niet meer aan toe komt. Dit kan zijn: goede eetgewoonten, goede lichamelijke verzorging, medische en tandheelkundige verzorging, werken, zich inzetten voor de medemens, het volgen van opleidingen en cursussen, muziek maken, sporten, clubs bezoeken, het uitbreiden van sociale contacten, huishoudelijk werk of motorische inspanning. Deze strategie heeft bovendien het voordeel dat er naast het bestrijden van het ongewenste gedrag direct aandacht besteed wordt aan uitbreiding van gewenste activiteiten. Ook kunnen aan het uitvoeren van dwanghandelingen consequenties gekoppeld worden die leiden tot een toenemen van de exposure. Bijv.: aan een patient die de handen wast uit angst bevuild te zijn met hondefaeces, kan voor iedere keer handen wassen de zelfbestraffing van tien seconden buiten wandelen aangeboden worden; een activiteit die op vaste tijden de volgende dag uitgevoerd moet worden. Eerder is uitvoerig over deze behandeling gerapporteerd (Hoogduin, 1981-a; 1981-b; 1982).

3. Over de interactionele aspecten

Bij patiënten met een dwangneurose kan de partner op vijf manieren bij de dwangverschijnselen betrokken worden (zie fig. 1).

- I. De partner wordt ingeschakeld bij de vermijding. De partner helpt de patient de omgeving zo te arrangeren dat de kans dat de sequens plaats heeft, klein wordt: vrijwillig vermijding bevorderend. Bijv.: bij een patient met een angst voor straatvuil laat de partner bij binnenkomst zijn schoenen buiten staan. Hij doet de boodschappen, zorgt ervoor dat er geen bezoek komt, e.d. De partner kan dit doen om de patient te helpen, waarbij de initiatieven vooral door de partner worden genomen. Het kan echter ook afgedwongen worden; de partner moet zich aan bepaalde richtlijnen houden. Zo hij zich daar niet aan houdt, kunnen er heftige ruzies en scènes ontstaan.

- II. De patient stelt vragen met betrekking tot de dwangproblematiek. De partner geeft antwoorden die de patient angst- en spanningsreductie geven en geruststellen. Ook hierbij zijn er twee varianten: die waarbij de partner steeds probeert te helpen en die waarbij de antwoorden als het ware worden afgedwongen.
- III. Patienten met een dwangneurose kunnen grote delen van de dag bezig zijn met het uitvoeren van de diverse rituelen. De voortdurende twijfel of een bepaald ritueel nu wel goed uitgevoerd is en de grote inspanning die daarbij geleverd moet worden, inspireert partners nogal eens in het assisteren bij rituelen. Sommige patienten sluiten hun ritueel af met een laatste controle-ritueel, uitgevoerd samen met of alleen door de partner. Ook hier zijn weer twee varianten: de partner die uren bezig is met de rituelen om te helpen en de partner bij wie de rituelen afgedwongen worden.
- IV. Het feit dat dwanggedachten zich afspelen buiten de waarneming van anderen, wil niet zeggen dat mensen uit de omgeving van de patient er niets van merken. Het is bijv. voor de gezinsleden vaak maar al te duidelijk wanneer deze klachten zich voordoen. De patient wordt bijv. gespannen en lijkt niet langer met de gedachten bij de conversatie te zijn. Een zelfde reactie kan verwacht worden wanneer de patient gepreoccupeerd is met het uitdenken van cognitieve rituelen. Ook de reactie van de partner en eventuele andere gezinsleden op de dwanghandelingen kan zeer wisselend zijn, bijv. steunend, liefdevol tegemoetredend of dreigend, agressief verbiedend.
- V. Symptomen (niet alleen dwangverschijnselen) kunnen diverse gevolgen voor de omgeving hebben, zoals het ten gevolge van de symptomen niet langer in staat zijn huishoudelijk werk te doen, zich niet meer met de kinderen bezig te houden, niet meer te werken, etc.

In het voorafgaande zijn diverse manieren besproken hoe partners op patienten met dwangverschijnselen kunnen reageren. Opvallend is dat van de diverse interacties tussen de partners steeds twee varianten voorhanden zijn: die waarin de dwang als een gemeenschappelijke vijand bestreden wordt (schouder aan schouder in de strijd tegen de ziekte) en die waarbij de dwang betekenis heeft in een verstoorde relatie (oorlog voeren rond de dwang). De patient gaat met de dwang de partner dwingen;

de partner kan door te dreigen geen rekening te houden met de wensen van de patient, deze vervolgens weer tot wanhoop brengen.

De behandeling van een paar waarbij de dwang als gemeenschappelijke vijand wordt gezien, levert met betrekking tot de behandelingswijze geen extra problemen op. De partner is een steun voor de patient en als zodanig prettig om in de buurt te hebben. De partner assisteert de patient met het uitvoeren van de rituelen en de vermindering. Bij de behandeling zal de partner geleerd worden deze liefde, warmte en behulpzaamheid niet meer aan te bieden op momenten dat de patient in wanhoop is ten gevolge van allerlei dwanggedachten, maar contingent aan het zich houden aan het programma. Dit betekent ook een bepaalde timing en instructies aan de partner op welke wijze het beste hulp geboden wordt. Bijv. instructies om vraaggedrag volgens een afbouwschema minder te gaan beantwoorden om patient het zelf te laten uitdenken, waardoor afhankelijkheid, onzelfstandigheid en onzekerheid geleidelijk kunnen afnemen.

De behandeling verloopt voorts als bij patienten zonder partner; geleidelijk wordt het programma van respons preventie en exposure uitgebreid. De betekenis van de partner bij de vermindering en het uitvoeren van rituelen wordt aldus geleidelijk weggenomen. Daarnaast worden richtlijnen verstrekt hoe meegewerkt kan worden een nieuw, meer gezond gedragsrepertoire voor de patient te ontwikkelen.

De behandeling van een paar waarbij de dwang betekenis heeft binnen een verstoorde relatie levert wel extra problemen op.

Rond de dwangverschijnselen spelen zich heftige tonelen af.

De partner wordt ten slotte gedwongen zich bij de eisen van de patient neer te leggen. Een patiente vertelde hoe zij bij het vragen aan haar partner soms 10 uur moest wachten voordat hij bereid was een antwoord te geven. In die tussentijd moest zij allerlei verzoeken zijnerzijds inwilligen. Een andere patiente dwong haar partner een twee uur durend reinigingsritueel af te wikkelen alvorens hij de huiskamer mocht betreden.

Bij de behandeling van een dergelijk paar zullen de eerste interventies erop gericht dienen te zijn enige rust te doen ontstaan: afspraken over hoe te reageren op bepaalde - onredelijke - verzoeken en contracten hoe zich te gedragen gedurende de eerste fase van de behandeling. De partner kan bijv. gevraagd worden of zij bereid is bij

een patient met vraagdwang, 40 vragen per dag te beantwoorden. Aan de patient wordt gevraagd of hij daarmee uitkomt. Zo beide akkoord gaan, kan een dergelijke afspraak gemaakt worden. Wanneer de partner bij het zien van door de patient uitgevoerde rituelen, in woede ontsteekt, kan een afspraak gemaakt worden dat de partner deze woede niet rechtstreeks uit, maar bijv. een eind omgaat of een andere activiteit buiten de kamer gaat ondernemen.

Belangrijk is dat het tijdelijke karakter van deze maatregelen - in principe tot de volgende zitting - benadrukt wordt, anders kan de partner, aldus een sombere toekomst ziend, de therapeut als te partijdig beschouwen en afhaken van de behandeling.

Eerst wanneer er enige rust is binnen de relatie zal er tot een meer reguliere therapie overgegaan kunnen worden. Tijdens deze behandeling is het van belang alert te zijn op het opflakkeren van conflicten. Een manier om op de hoogte te blijven van het voorkomen van dergelijke ruzies kan een doorlopende registratie-opdracht zijn waarbij beide, ook gedurende de fase dat er weinig conflicten zijn, deze onenigheden blijven registreren. Ten slotte dienen de verhoudingen binnen de relatie ook geleidelijk gewijzigd te worden en wel in die zin dat de patient verantwoordelijk leert te zijn voor bepaalde zaken binnen de relatie, bijv. het beheren van het geld of het organiseren van vakanties.

Ook wanneer de bekrachtigende functie van de omgeving niet duidelijk is, is het toch verstandig de partner bij de behandeling te betrekken. Deze weet vaak niet hoe op een verstandige manier op de moeilijkheden van de patient te reageren en in dit geval kan de therapeut voor de nodige richtlijnen zorgen. Soms kunnen de richtlijnen die de therapeut aan de patient geeft voor de niet aanwezige partner onduidelijk zijn, terwijl het voor de behandeling belangrijk is dat ook de partner meewerkt aan de uitvoering van de adviezen. Ten slotte komt het voor dat vermindering van de klachten gepaard gaat met een toeneming van relationele problemen en het is dan nuttig wanneer de therapeut zowel met de patient als met de partner een band heeft die de oplossing van deze nieuwe moeilijkheden mogelijk maakt. Bij de geïsoleerd levende patient kunnen personen met wie de patient nog wel contact heeft door het geven van geruststelling de symptomen bekrachtigen. In die gevallen zullen deze op de hoogte gebracht dienen te worden van de doelstellingen van de therapie en richtlijnen moeten krijgen hoe ze zich moeten opstellen tegenover de klachten van de patient.

4. Tot slot

Lange (1984) ontwikkelde een schaal om vast te stellen in welke mate paren in staat zijn hun interactionele problemen op te lossen (de I.P.O.V.), een schaal in Nederland ontwikkeld, gevalideerd en genormeerd die correleert met metingen voor huwelijkssatisfactie en huwelijksgeluk. Deze schaal werd bij 42 patienten met een dwangneurose afgenomen. De gemiddelde score bedroeg 114; deze score plaatst de patienten in het tweede deciel. Anders gezegd: minstens 80% van de Nederlandse bevolking heeft een gunstiger interactioneel probleemoplossend vermogen. Deze bevinding geeft geen antwoord op de vraag of relationele factoren betekenis hebben bij ontstaan of in stand houden van dwangverschijnselen, evenmin op de vraag of de ongunstige score een gevolg is van de ernstige problemen waaraan een relatie met een dwangneurose bij een van de partners blootstaat. Niettemin is het gegeven opvallend genoeg om bij de behandeling van patienten met een dwangneurose hiermee rekening te houden.

Een ondersteuning dus voor de aanbeveling om partners bij de behandeling van patienten met een dwangneurose te betrekken.

Referenties

Beech, H.R. & M. Vaughan (1978), Behavioural Treatment of Obsessional States. Wiley, Chichester

Dowson, J.H. (1977), The Phenomenology of Severe Obsessive-Compulsive Neurosis. Brit. J. Psychiat. 131, 75 - 78

Emmelkamp, P.M.G. (1982), Phobic and Obsessive-Compulsive Disorders. Plenum Press, New York

Foa, E.B. & A. Tillmanns (1980), The Treatment of Obsessive-Compulsive Neurosis.

In: A. Goldstein & E.B. Foa, Handbook of Behavioral Interventions. Wiley, New York

Hoogduin, C.A.L. (1981-a), Zelfcontrole en dwang. Kwartaalschrift voor Directieve Therapie en Hypnose 1 (1), 41 - 57

Hoogduin, C.A.L. (1981-b), Over de behandeling van cliënten met dwang-gedachten. Kwartaalschrift voor Directieve Therapie en Hypnose 1 (2), 124 - 134

Hoogduin, C.A.L. (1982), Complicaties bij de behandeling van dwang. Kwartaalschrift voor Directieve Therapie en Hypnose 2 (2), 161 - 177

Hoogduin, C.A.L. & W.A. Hoogduin (1984), The Out-patient Treatment of Patients with an Obsessive-Compulsive Disorder. Behav. Res. & Ther. 22 (4), 455 - 459

Lange, A. (1984), Interactionele probleemoplossingsvragenlijst I.P.O.V. Van Loghum Slaterus, Deventer

Meyer, V. (1966), Modification of Expectations in Cases with Obsessional Rituals. Behav. Res. & Ther. 4 (3), 273 - 280

Rachman, S. & R.J. Hodgson (1980), Obsessions and Compulsions. Prentice-Hall, New-Jersey

Hypnose en Imaginatie

Richard Van Dyck

extra-Inleiding voor TDT

Al mijn vrienden adviseren me om me zoveel mogelijk met mijn proefschrift bezig te houden. Aan deze bijdrage voor TDT kunnen jullie zien dat ik die raad ter harte neem. Dit is de huidige versie van mijn tweede hoofdstuk. Het eerste hoofdstuk was het placebo-verhaal. Voluit heet dit "Hypnose, imaginatie en suggestie", maar het laatste stuk is nog niet klaar. Eigenlijk is dit ook nog geen eindversie, want inmiddels heb ik literatuur binnen gekregen waaruit blijkt dat met relaxatie toch meer bereikt wordt dan hier staat aangegeven; dus dat moet nog even herzien worden.

Zelf vind ik het wel boeiend om deze vragen eens uit te zoeken en ik hoop dat het een beetje lekker leest ondanks het theoretische karakter. Zou het wat zijn voor DtH?

HYPNOSE, IMAGINATIE EN SUGGESTIE*

Inleiding

Tweehonderd jaar geleden, gaf de Franse koning aan twee commissies de opdracht een onderzoek te verrichten over de wetenschappelijke betekenis van het "Magnétisme Animal" zoals dat te Parijs op tamelijk grote schaal als behandeling werd toegepast door Mesmer en zijn leerling D'Eslon. Het was een tijd van grote veranderingen op natuurwetenschappelijk en korte tijd later ook op sociaal gebied. De chemicus Lavoisier had kortgeleden aangetoond dat het element water bestond uit een verbinding van zuurstof en waterstof. Franklin, die op dat moment de ambassadeur van de Verenigde Staten te Parijs was, had het fenomeen electriciteit bestudeerd. De Franse natuurkundigen begonnen hun verzet op te geven tegen het door Newton geïntroduceerde concept van zwaartekracht. In deze tijd waarin onzichtbare krachten

*Delen van dit hoofdstuk zijn een bewerking van een voordracht over "Imaginatie en hypnose" op het gezamenlijk congres van de Nederlandse Vereniging voor Hypnotherapie en de Vereniging voor Kinder en Jeugd Psychotherapie te Amersfoort op 27 - 28 september 1984, en van een artikel dat verscheen als de "toepassing van hypnose in de Geneeskunde", NTVG, 127, 1983, p.1725 - 1729.

aan de orde van de dag waren had Mesmer een theorie over ziekte en genezing ontwikkeld die de vanaf Hippocrates tot dan ontwikkelde medische inzichten nagenoeg overbodig maakte en bovendien het succes dat zijn tijdgenoot Gassner bereikte met duivelsuitdrijvingen van een "wetenschappelijke" in plaats van een religieuze verklaring voorzag. Mesmer veronderstelde de aanwezigheid van een onzichtbaar magnetisch fluidum in alle levende organismen. Bij verstoring van het evenwicht in die kracht zouden ziekten ontstaan. Genezing was mogelijk door herstel van dat evenwicht na het optreden van een "crisis". Aanvankelijk gebruikte Mesmer daarbij magneten en liet zijn patiënten zelfs ijzervijzel drinken om voor betere geleiding te zorgen. Later ontdekte hij dat het hem zonder magneten ook lukte om zijn patiënten tot een genezende "crisis" te brengen en hij ging veronderstellen dat zijn eigen persoon (evenals die van Gassner) de drager was van sterke magnetische krachten waardoor het hem lukte zijn invloed over te brengen via zgn "passes", of handbewegingen op korte afstand van het lichaam van zijn patiënten.

Kort nadat hij zich in Parijs had gevestigd groeide zijn praktijk zo uit dat hij zijn patiëntenstroom niet meer met individuele therapie aankon. Hij organiseerde toen groepsessies en liet zich door assistenten helpen. Een technische innovatie was de met ijzervijzel gevulde baquet waar ijzerstaven uitstaken die waarschijnlijk was geïnspireerd op de Leidse fles (Ellenberger, 1970). Deze baquet stelde hem in staat grote gezelschappen tegelijk te magnetiseren. Op grond van zijn ervaring breidde hij zijn procedures steeds verder uit en schakelde ook spiegels en muziekinstrumenten in.

De eerste commissie samengesteld uit leden van de Académie des Sciences en aangevuld met leden van de Faculté de Médecine, besloot om eerst na te gaan of de magnetische krachten wel degelijk bestonden vóór ze zich wilden bezighouden met het mogelijke effect.

De commissieleden, waaronder Franklin, Lavoisier en Guillotin de meest bekenden zijn, voerden een aantal observaties uit en verrichtten ook enkele experimenten. Een cruciaal experiment was de blootstelling van een 12 jarige, geblinddoekte jongen van wie bekend was dat hij gevoelig was voor magnetische verschijnselen, aan verschillende bomen in een boomgaard waarvan slechts één volgens de regels gemagnetiseerd was. De veronderstelling was dat als de magnetische krachten echt bestonden, de geblinddoekte proefpersoon in staat moest zijn die boom

te ontdekken. De jongen ontwikkelde allerlei typische verschijnselen, waaronder toenemende hoofdpijn en viel op een bepaald moment bewusteloos neer bij een boom, toen de magnetische kracht hem te veel werd. Helaas voor Mesmer was hij op dat moment een flink eind verwijderd van de "echte" gemagnetiseerde boom. Mede door dit soort experimenten kwam de commissie tot de conclusie dat het "dierlijk magnetisme" niet op realiteit berustte en dat het optreden van crises voldoende kon worden verklaard door imaginatie of inbeelding. Hiermee was voor de sterk materialistisch ingestelde 18e eeuw het fenomeen in wetenschappelijk opzicht als absoluut oninteressant verklaard.

De tweede commissie, bestaande uit leden van de Soci ete Royale de Médecine kwam enkele dagen later met haar rapport. Hoewel de globale conclusies over magnetisme eveneens negatief waren, signaleerde deze commissie ook positieve bevindingen. Bij patiënten werden wel degelijk therapeutische effecten geconstateerd, met name in geval van aandoeningen waarvan de etiologie niet bekend was. De commissie schreef dit toe aan hoop en aan het staken van (ineffectieve) orthodoxe behandelingen (!)

De procedures van Mesmer voldoen volledig aan de in het vorige hoofdstuk aangehouden criteria voor een placebobehandeling: de veronderstelde karakteristieke factoren blijken niet aantoonbaar en "incidentele factoren" (in casu imaginatie of hoop volgens de commissies) moeten voor het eventuele resultaat verantwoordelijk gesteld worden.

Inmiddels bestaat de traditie om de door Mesmer bereikte effecten op te vatten als een resultaat van hypnose. Deze term werd weliswaar pas in 1843 door Braid geïntroduceerd, maar de meeste tegenwoordige auteurs laten de geschiedenis van hypnose beginnen bij Mesmer en zijn magnetisme. In hoeverre deze andere naamgeving ook gerechtvaardigd wordt door het feit dat hiermee andere of specifieke (placebo) processen worden aangeduid is een vraag die in dit hoofdstuk zal worden onderzocht. Zij kan kort worden samengevat als: "is hypnose een placebo?"

Een tweede vraag betreft imaginatie als verklaring voor hypnose. Niet alleen de koninklijke commissies van 1784, maar ironisch genoeg ook tegenwoordige onderzoekers beschouwen imaginatie een belangrijk proces bij hypnotische fenomenen. (vgl. Sheehan & Perry, 1976). Deze consensus bij onderzoekers leidt tot de vraag of hetgeen in het vorige

hoofdstuk werd beschreven over de toepassing van imaginatieprocedures zoals systematische desensitisatie ook onverkort geldig is voor hypnose? Is het derhalve mogelijk en zinvol om hypnose te onderscheiden van andere imaginatieprocedures?

Tot slot zullen we een poging doen om het veelgebruikte begrip "suggestie", waar zowel placebo-effecten als hypnose mee te maken hebben, nader te omschrijven.

Het eerste thema van dit hoofdstuk bestaat uit een korte samenvatting van tegenwoordige opvattingen en onderzoeksbevindingen over het fenomeen hypnose.

Wat is hypnose?

De belangstelling voor toepassing van hypnose heeft een soort cyclisch verloop gekend. Periodes van grote interesse werd en afgewisseld met tijden waarin de methode nagenoeg in onbruik raakte. Lazarus (1975) en Frankel (1978) schrijven dit vooral toe aan de vaak onkritische manier waarop hypnose vanaf Mesmer door sommige van haar beoefenaren is aanbevolen en toegepast, wat onvermijdelijk telkens tot nieuwe teleurstellingen leidde. De laatste tientallen jaren is er weer sprake van een hernieuwde belangstelling. Dit heeft geleid tot experimenteel psychologisch onderzoek, dat een duidelijker inzicht heeft gegeven over de aard van hypnotische fenomenen. Hoewel de discussie over de verklaring van hypnose nog voortduurt, is er wel een redelijke consensus over de verschijnselen die kenmerkend zijn voor deze toestand.

De bondige beschrijvende definitie van hypnose, die Orne (1980) geeft luidt als volgt: "that state or condition in which subjects are able to respond to appropriate suggestions with distortions of perception or memory". Hilgard (1965) voegt aan dit centrale kenmerk van de hypersuggestibiliteit nog een zestal andere karakteristieken toe, die typerend zijn voor de toestand van hypnose:

1. Het subject toont minder eigen initiatief, d.w.z. heeft minder neiging tot het ontwikkelen en uitvoeren van eigen plannen;
2. De aandacht is selectief gericht op de interactie met de hypnotiseur en minder op de omgeving;
3. Visuele herinneringen zijn makkelijker op te roepen maar hetzelfde geldt voor fantasievoorstellingen, hetgeen er toe leidt dat de herinneringsbeelden die tijdens hypnose worden geprodu-

- ceerd lang niet altijd betrouwbaar zijn;
4. Er is een vermindering van de mate van de realiteitstoetsing en een grotere tolerantie voor afwijkingen van de gewone realiteit, zoals een vertraagde of versnelde tijdsbeleving. Zelfs hallucinaties die totaal strijdig zijn met de gewone realiteitservaringen worden getolereerd. Een extreem voorbeeld is de "waarneming" van eenzelfde persoon op twee plaatsen tegelijk;
 5. Tegelijk met de grote bereidheid om geïsoleerde suggesties uit te voeren bestaat ook een verhoogde bereidheid om meer complexe "rollen" aan te nemen zoals dat gebeurt bij leeftijdsregressie of gesuggereerde persoonlijkheidsverandering;
 6. Er kan gesuggereerde maar ook spontane amnesie optreden voor wat tijdens de hypnose gebeurde. Dit is een fenomeen dat slechts bij een minderheid van de proefpersonen optreedt, maar dan wel geldt als een kenmerk van "diepe" hypnose.

Deze opsomming vormt geen volledige lijst van wat tijdens hypnose kan worden waargenomen, maar ze geeft een beeld van een aantal opvallende veranderingen in gedrag en in subjectieve beleving die tijdens hypnose optreden. Veel moeite is besteed aan pogingen om ook nog een "hard" kenmerk te vinden: bij voorkeur een (psycho)fysiologische maat die via een instrument kan gemeten worden en die duidelijk aangeeft of iemand wel of niet "in hypnose" is. Totnogtoe zijn deze pogingen niet met succes beloond: psychofysiologische veranderingen die optreden na een hypnose-inductie zijn niet specifiek; ze kunnen ook in andere situaties, bijvoorbeeld na relaxatie, gezien worden (Sarbin & Slagle, 1979). E.E.G. onderzoek wijst verder uit, dat hypnose niet is gerelateerd aan slaap (Evans, 1979) hetgeen eigenlijk zou moeten leiden tot een herziening van de gangbare terminologie waarin de slaap als metafoor nog frequent voorkomt. Het zoeken naar unieke gedragskenmerken waarmee objectief kan worden bepaald of iemand in hypnose is, heeft evenmin een on-dubbelzinnig criterium opgeleverd. Het heeft wel geleid tot interessante bevindingen die het inzicht in de aard van hypnotische verschijnselen hebben verbeterd. Het gedrag van proefpersonen in hypnose is maar betrekkelijk specifiek. De meest observeerbare gedragingen die gehypnotiseerden vertonen kunnen goed gesimuleerd worden. Een observator is niet in staat betrouwbaar te onderscheiden wie de simulant is en wie het "echte" subject is. De gedragsverschillen die wel aange-

toond zijn, zijn tamelijk subtiel: een simulant die tracht een overtuigende uitvoering te geven van de suggestie om een in de kamer aanwezige stoel "weg te hallucineren", zal die stoel omver lopen. De werkelijk gehypnotiseerde proefpersoon zal kriskras door de kamer lopen zonder de stoel te "zien", maar ook zonder hem omver te lopen. Dit verschil in interpretatie werd door Orne (1959) trance-logica genoemd en wordt als een specifiek kenmerk van hypnose beschouwd.

Hypnose leidt niet tot superieure of onnavolgbare prestaties. In vergelijking tot een groep gehypnotiseerde proefpersonen is een controlegroep die op een andere manier sterk gemotiveerd is of onder druk gezet wordt in staat tot dezelfde of zelfs betere prestaties op het gebied van pijntolerantie, spierspanning e.d. Het verschil ligt niet in de prestatie die bereikt wordt, maar in de beleving. (Bowers, 1979). Na afloop geven leden van een controlegroep aan, dat ze zich wel degelijk bewust waren van de inspanning en de pijn die het hen kostte, terwijl de groep gehypnotiseerden weinig of geen pijnbeleving of vermoeidheid rapporteert. Dit illustreert dat het meest opmerkelijke effect van hypnose ligt op het gebied van veranderingen in subjectieve ervaringen en niet in ongewone prestaties.

Onderzoek over hypnotiseerbaarheid.

De hierboven genoemde kenmerken van hypnose treden niet steeds in de zelfde mate op bij iedereen die een hypnose-inductie ondergaat. Reeds aan het eind van de vorige eeuw werd door diverse onderzoekers, waar onder van Eeden en van Renterghem (vgl. Hilgard, 1965, p.74) gedocumenteerd, dat de reactie op suggesties verschilt naargelang het subject. Maar pas nadat in de vijftiger en zestiger jaren Weitzenhoffer en Hilgard een aantal schalen voor de meting van hypnotiseerbaarheid hadden ontwikkeld, konden die verschillen systematisch bestudeerd worden. Deze schalen, zoals de Stanford Hypnotic Susceptibility Scale form A and B bestaan uit een gestandaardiseerde hypnose-inductie gevolgd door een twaalftal gestandaardiseerde suggesties van verschillende moeilijkheidsgraad. Aan de hand van duidelijke gedragscriteria kan beslist worden of een bepaalde suggestie al dan niet met succes is uitgevoerd. Op deze manier wordt een score tussen 0 en 12 toegekend. De ontwikkeling van deze en verwante hypnotiseerbaarheidsschalen heeft in belangrijke mate bijgedragen tot de tegenwoordige kennis van het

fenomeen hypnose. Een aantal van deze bevindingen, voor een belangrijk gedeelte afkomstig uit het laboratorium van Hilgard (1965), zijn hieronder geresumeerd:

1. Hypnotiseerbaarheid is ongeveer normaal verdeeld onder de bevolking. De distributiecure is geen symmetrische Gauss-kromme; meestal wordt een zekere scheefheid naar rechts gevonden, d.w.z. naar de kant van hogere hypnotiseerbaarheid.
Hypnotische suggesties zijn verschillend in moeilijkheidsgraad. Sommige fenomenen kunnen door bijna iedereen worden ervaren: bij 81% van de populatie lukt het om een zodanig zwaartegevoel in een hand te suggereren dat deze omlaag zakt. Andere fenomenen, zoals gesuggereerde amnesie, komen slechts bij ongeveer één derde van de proefpersonen voor. Met behulp van de Stanford-schalen kan men proefpersonen indelen in enerzijds de "niet-hypnotiseerbaren" en anderzijds de "virtuosis" die alle gesuggereerde fenomenen kunnen vertonen. De grote meerderheid neemt daarbij een tussenpositie in.
2. Bij hypnotiseerbaarheid worden geen sexe-verschillen waargenomen. Er is wel een verschil naar gelang de leeftijd: kinderen en adolescenten zijn als regel vrij goed hypnotiseerbaar maar met toenemende leeftijd daalt de hypnotiseerbaarheid enigszins.
3. Hypnotiseerbaarheid correleert niet met persoonlijkheidskenmerken zoals intelligentie, neuroticisme, extraversie en egosterkte. Een opvallende bevinding van J. Hilgard (1974) is dat hoog hypnotiseerbare proefpersonen, in tegenstelling tot niet hypnotiseerbaren, vanaf hun jeugd sterk geïnvolveerd waren in esthetische ervaringen zoals lectuur, toneel of andere creatieve activiteiten en daarbij gemakkelijker de grensoverschrijding tussen fantasie en werkelijkheid leken te kunnen maken.
4. Hypnotiseerbaarheid blijkt een tamelijk stabiel persoonlijkheidskenmerk te zijn. Bij twee metingen met een interval van 10 jaar werd er correlatie van .60. gevonden (Morgan et al., 1974). Bij pogingen om hypnotiseerbaarheid in positieve zin te beïnvloeden zijn allerlei interventies toegepast zoals: het aanbieden van een

goed model, training in relaxatie, biofeedback-training, groeps-therapie, zelfs LSD. De veranderingen die daarmee bereikt worden zijn over het algemeen bescheiden te noemen. (Diamond, 1974). D.w.z. 2 tot 4 punten op een 12-puntsschaal. Toch zijn verdere ontwikkelingen op dit gebied goed denkbaar. Zo verscheen recent een verslag van een experiment waarbij na 5½ uur sensorische deprivatie de hypnotiseerbaarheid en ook het vermogen tot hypnotische analgesie toenam van een gemiddeld tot hoog niveau. (Barabasz, 1982) Dit effect bleef behouden na een weliswaar korte follow-up periode van twee weken.

Het belang van hypnose-inductie

Bij een "klassieke" hypnose-inductie begint de hypnotiseur doorgaans met een inleidend gesprek met als doel eventuele misverstanden over hypnose op te sporen en te corrigeren; wanneer het om een therapie gaat zal de therapeut ook het doel van de sessie met de patiënt bespreken en trachten de verwachtingen over het resultaat van tevoren te peilen en eventueel bij te sturen in een meer optimistische of juist gematigde richting, als daartoe aanleiding is. Pas na deze voorbereidingen begint hij een "hypnose-inductie". Van dergelijke inductiemethodes bestaan tientallen varianten (vgl. Weitzenhoffer, 1957). Er zijn geen aanwijzingen dat ze elkaar qua effectiviteit ontlopen. De meeste hypnotherapeuten ontwikkelen wel hun persoonlijke voorkeuren. Waarschijnlijk zijn daarbij vooral overwegingen van stijl en smaak van doorslaggevend belang. Het gemeenschappelijke kenmerk van die verschillende inductieprocedures (Haley, 1963) is dat ze beginnen met bepaalde instructies waarvoor vrijwillige medewerking vereist is, zoals het staren naar een punt of het concentreren van de aandacht op bijvoorbeeld de rechterhand. Daarna worden suggesties gegeven waarbij gaandeweg het optreden van onwillekeurige reacties voorspeld wordt, zoals een zwaartegevoel in de ogen of een gevoel van lichtheid in de hand. Het optreden van positieve reacties wordt vervolgens becommentarieerd als een teken van een zich ontwikkelende hypnotische toestand. Na de inductie volgt als regel een "verdieping". Dit houdt in dat gesuggereerd wordt dat de intensiteit of diepte van de hypnotische verschijnselen zal toenemen, al dan niet gekoppeld aan bepaalde concrete signalen zoals het aftellen van een reeks cijfers of het rustige

tempo van de ademhaling. Doorgaans worden pas daarna therapeutische suggesties gegeven. Deze gang van zaken wekt de indruk dat de inductie en verdieping een essentiële voorbereiding vormen op het slagen van therapeutische suggesties en dat inductie en verdieping enigszins te vergelijken zijn met de anaesthesie die wordt toegediend alvorens een heelkundige ingreep wordt uitgevoerd. Uit onderzoek blijkt niet dat een inductie- of verdiepingsprocedure dergelijke belangrijke functies hebben: wanneer zonder voorafgaande inductie de suggesties van een hypnotiseerbaarheidsschaal worden gegeven, correleert de uitslag zeer sterk met de resultaten die worden verkregen na de uitvoering van een inductie. Het patroon dat Hilgard en Tart (1965) vonden is dat de inductie weinig invloed had op de scores van laag hypnotiseerbare proefpersonen en evenmin veel invloed had bij hen die een hoge score hadden. Alleen de middengroep vertoonde wel een zekere toename van suggestibiliteit na de inductieprocedure.

Achteraf is dit niet zo onlogisch: een inductie of verdieping bestaat, net zoals therapeutische- en testsuggesties, uit een reeks suggesties. Laag hypnotiseerbare proefpersonen reageren niet sterk op suggesties, en dus ook niet op inductie-suggesties. Hoog hypnotiseerbaren hebben eigenlijk geen inductie nodig, want ze zijn met enige concentratie goed in staat tot het uitvoeren van suggesties. Alleen de middengroep heeft merkbaar baat bij een zorgvuldig opgebouwde introductie-ceremonie. Het zou trouwens juister zijn om de terminologie aan te passen en te spreken over introductie, omdat de tweede term teveel een causale bijdrage impliceert.

Door vergelijking van groepen die telkens verschilden op de aan- of afwezigheid van één inductie-variabele is getracht de werkzame bestanddelen van inductie procedures te specificeren. Dit heeft geleid tot een model met een negental inductievariabelen (vgl. Barber & de Moor, 1972; de Moor, 1983). Het optreden van een positieve reactie op suggesties neemt toe als: 1) de situatie als hypnose wordt gedefinieerd; 2) vrees voor hypnose wordt tegengegaan; 3) een verzekering van medewerking wordt verkregen; 4) instructies gegeven worden om de ogen te sluiten; 5) gesuggereerd wordt dat een toestand van slaap, relaxatie of hypnose zal optreden; 6) op een overtuigende toon uitgebreide beschrijvingen worden gegeven van datgene wat gesuggereerd wordt; 7) suggesties worden gekoppeld aan spontaan optredende gebeurtenissen; 8) doelgerichte fantasieën gestimuleerd worden en 9) het niet volgen van

suggesties wordt voorkomen en wanneer dat niet lukt een herinterpretatie wordt gegeven waaruit blijkt dat de mislukking slechts onbelangrijk is of niet meer dan schijn.

Van deze negen variabelen kunnen er tenminste zeven, (namelijk: 1,2,3,4,5,6,7, en 9) zonder meer worden opgevat als interventies gericht op het opwekken of in stand houden van specifieke verwachtingen. In het vorige hoofdstuk zagen we dat het stimuleren van positieve verwachtingen een belangrijk onderdeel is van de placebo-effecten. Kunnen we derhalve besluiten dat hypnose een vorm van placebo is?

Hypnose en placebo

Soms kan het therapeutisch effect van hypnose inderdaad geheel aan positieve verwachtingen worden toegeschreven. Stanton (1978) gaf aan 20 patiënten met angstklachten, die om behandeling met hypnose hadden gevraagd, een inductie door handlevitatie en zweeg daarna voor de rest van de sessie die een half uur duurde. Dit herhaalde hij 4 zittingen. In tegenstelling tot een wachtlijstcontrolegroep behaalden deze patiënten een duidelijke verbetering op een angstvragenlijst. Een mogelijke uitleg is dat een hypnose-inductie op zichzelf al therapeutisch werkt. De alternatieve en meer waarschijnlijke verklaring is dat de vooruitgang berustte op het geloof van de patiënten dat hypnose hen zou helpen.

Dit is ook de beste interpretatie van de bevindingen van Lazarus (1973). Patiënten die om behandeling met hypnose vroegen, verdeelde hij in twee groepen: beiden kregen dezelfde gedragstherapeutische behandeling, maar aan de ene groep werd gezegd dat dit hypnose was, aan de andere werd de hypnose "geweigerd". De eerste groep, die zogenaamd hypnose had gekregen verbeterde meer dan de tweede, die de zelfde behandeling onder een andere naam had ontvangen. Overigens was Lazarus zelf de therapeut en was zijn oordeel de enige outcome-maat, hetgeen de waarde van deze bevindingen zeer beperkt.

Goldstein (1981) behandelde drie groepen van vrouwen met overgewicht met een gedragsmodificatieprogramma waaraan respectievelijk een hypnose-inductie en een hypnose-inductie met handlevitatie was toegevoegd. De laatste groep toonde de meeste vooruitgang. Het is niet erg waarschijnlijk dat handlevitatie een direct effect op overgewicht heeft: de meest plausibele verklaring is dat de ervaring van dit toch merkwaardige fenomeen bij de betrokkenen de overtuiging versterkte

"echt" in hypnose te zijn.

Hiermee is geïllustreerd dat de naam hypnose en de daaraan verbonden "rituelen" of ceremonies werkzame verwachtingen kunnen activeren. Volgens sommige auteurs (vgl. van Kalmthout & v.d. Ven, 1982; Stanton, 1979), is dit de essentie van de werking van hypnose. Verder worden de verzameling van als hypnose bekend staande procedures beschouwd als een methode ter versterking van Frank's algemene therapiefactoren. (vgl. Mott, 1982; Van Dyck, 1982). Naast deze placebo-elementen wordt door sommigen ook nog een specifiek effect verondersteld (Hilgard, 1977; Lazarus & Karlin, 1979; Van Dyck, 1982), berustend op de perceptieveranderingen die bijvoorbeeld bij pijn en angst een specifieke werking zouden kunnen hebben. Een indicatie over de vraag of hypnose geheel of ten dele als placebo is op te vatten kunnen we krijgen uit onderzoek naar de relatie tussen hypnotiseerbaarheid en placebo-effecten. Men mag een hoge positieve correlatie verwachten tussen deze beide variabelen als zij sterk verwant zouden zijn.

Evans (1967) geeft een overzicht van de studies waarin placebopillen voor diverse klachten werden toegediend bij proefpersonen van wie ook de mate van suggestibiliteit bekend was. Deze werd meestal met een zwaaitest of een andere eenvoudige proef bepaald. Tussen hypnotiseerbaarheidsschalen en dergelijke suggestibiliteitstesten bestaan correlaties die variëren van 0.70 (Hilgard, 1965) tot 0.38 (Hilgard, 1979). Van de zeven studies die Evans bespreekt is er slechts één waarbij een significante correlatie tussen placebo-effect en suggestibiliteit wordt gevonden. De overigen leveren zeer lage, insignificante, wisselende of laag negatieve correlaties op. In het overzicht van Evans ontbreekt de studie van Bentler et al. (1963) waarbij wel een "echte" hypnotiseerbaarheidsscore werd bepaald: ook hier ontbrak het verband met pijnreductie d.m.v. een placebopil. Een zorgvuldig opgezet experiment van McGlashan et al. (1969) verdient een wat uitvoeriger bespreking: twee groepen proefpersonen, de ene hoog hypnotiseerbaar, de andere laag, werd aan ischemische pijn blootgesteld onder base-line condities, na hypnose en na inname van een placebopil. Om ook de laag hypnotiseerbaren ervan te overtuigen dat zij in staat waren analgesie d.m.v. hypnose te ervaren kregen zij een demonstratie van hun toegenomen tolerantie voor stroomstoten. In feite werd de intensiteit van de toegediende schokjes verminderd. Alleen aldus "overtuigden" deden verder aan het experiment mee. Om er zeker van te

zijn dat de placebopil met voldoende overtuigingskracht zou worden toegediend was aan de betreffende experimentator verteld dat het om een dubbel blind onderzoek ging waarin ook een echt analgeticum zou worden gebruikt. In dit zorgvuldig opgezette experiment bleek het effect op pijntolerantie voor de laag hypnotiseerbaren gelijk onder de hypnose- en de placeboconditie en bovendien waren deze resultaten sterk gecorreleerd. Voor de hoog hypnotiseerbaren was de hypnoseconditie veel effectiever dan placebo als pijnreductie en werd geen correlatie gevonden tussen het resultaat in beide condities. Deze bevindingen zijn compatibel met een twee-factoren model van de werkzaamheid van hypnose: enerzijds een algemene of placebofactor die voor iedereen werkzaam is, anderzijds een specifieke factor die bestaat uit perceptieveranderingen die specifiek is voor personen met een hoge mate van hypnotiseerbaarheid.

Het is overigens nog maar de vraag of dit model, dat bij het onderzoek naar pijnreductie is ontwikkeld, ook geldig is voor andere klachten, met name angstreductie. Dat een algemene of placebofactor bij angstreductie d.m.v. hypnose een rol speelt is aannemelijk. Evans (1974) vond met name een uitgesproken placebo-effect bij personen met een hoge toestandsgangst. Dat er daarnaast nog een extra effect zal zijn voor hoog hypnotiseerbaren mag niet zonder meer worden aangenomen. Onderzoek waarbij het succes van placebopillen of pseudotherapieën voor angstklachten werd gerelateerd aan hypnotiseerbaarheid werd niet in de literatuur aangetroffen.

In het vorige hoofdstuk werd reeds signaleerd dat patiënten weinig consistent reageren op toediening van een placebo (Lasagna et al., 1954; Frank et al., 1978, p.13), d.w.z. een positieve reactie op één moment voorspelt niet de reactie bij een volgende gelegenheid. Placebo reactiviteit werd een "state" of toestands-variabele genoemd. Daar staat tegenover dat hypnotiseerbaarheid een betrekkelijk stabiel kenmerk is en als een "trait" of trek kan worden opgevat, hetgeen verschillende processen doet vermoeden.

Samengevat zijn argumenten om placebo-effecten en hypnose te zien als ten dele samenvallende maar ook ten dele verschillende fenomenen. In hoeverre aannemelijk is dat bij angststoornissen d.m.v. hypnose ook feitelijk resultaten worden bereikt die verschillen van een placebo-effect zal in het volgende hoofdstuk worden besproken.

Wanneer is hypnose toegepast?

Nadat een van de als hypnose-inductie bekend staande verwachtingsmanipulaties wordt toegepast, volgt niet noodzakelijk een (diepe) hypnotische toestand. Alleen bij de middelmatig tot hoog hypnotiseerbaren zal dit het geval zijn. Bovendien zijn inductieprocedures niet onmisbaar voor het bereiken van hypnotische effecten. Het al of niet hebben gebruikt van een inductieprocedure kan derhalve geen betrouwbaar criterium zijn voor de beslissing of hypnose is toegepast.

De gebleken aan- of afwezigheid van "hypnotisch talent", geoperationaliseerd als een hoge of lage score op een hypnotiseerbaarheidstest, maakt wel een ondubbelzinnig oordeel mogelijk.

Deze keuze voor hypnotiseerbaarheid als criterium heeft consequenties voor de manier waarop de literatuur wordt geïnterpreteerd. Een voorbeeld is het onderzoek van Benson et al (1978) waarin het effect van relaxatietraining en zelfhypnose, beide gevolgd door imaginatie-instructies, bij twee groepen proefpersonen werd vergeleken. Bij 5 van de 16 proefpersonen in de relaxatieconditie en bij 6 van de 16 personen in de zelfhypnoseconditie werd een vooruitgang bereikt op het gebied van de angstklachten. Als de toepassing van een inductieprocedure als criterium wordt gehanteerd, is er geen verschil tussen de hypnotische en de niet-hypnotische conditie. Wanneer de resultaten opnieuw worden geordend volgens de hypnotiseerbaarheid ontstaat een ander beeld: 10 van de 21 matig tot hoog hypnotiseerbaren bereikten een vermindering van hun angstklachten, terwijl slechts 1 van de 11 laag hypnotiseerbaren vooruitgang vertoonde, een verschil dat ditmaal wel significant is. (Chi kwadraat: $p < 0.05$).

Het moet gezegd worden dat niet alle auteurs op het gebied van de hypnotherapie het eens zijn met de visie waarin hypnotiseerbaarheid van groter belang geacht wordt dan de toepassing van inductieprocedures en het geven van suggesties. De meeste onderzoekers (vgl. Bowers, 1981; Orne, 1980; Hilgard & Hilgard, 1975; Spinhoven, 1982) maar ook clinici (vgl. Mott, 1979; Spiegel & Spiegel, 1978; Frankel, 1982) argumenteren vóór deze keuze. Anderen, vooral clinici, bekritisieren het gebruik van hypnotiseerbaarheidsschalen ernstig of wijzen het af (vgl. Barber,; Sacerdote, 1982; van der Hart, 1982, 1984).

Het is begrijpelijk dat clinici de voorkeur geven aan een wat

losser taalgebruik en er weinig voor voelen om voor het concept hypnose een beperkte definitie te hanteren: zolang ze met de aankondiging dat ze hypnose zullen toepassen in staat zijn om zekere therapeutische effecten te bereiken die ze vermoedelijk niet bereikt zouden hebben met de aankondiging dat ze een placeboprocEDURE of een verwachtingsmanipulatie zullen aanwenden, zal in het klinische verkeer de term hypnose wellicht ruim er worden ingevuld, dan voor dit literatuuronderzoek worden bepleit. Met dit voorstel wordt uiteraard niet ontkend dat therapeuten, zoals Sacerdote die veel met terminale kankerpatiënten werkt, therapeutische effecten kan bereiken bij patiënten die niet of nauwelijks hypnotiseerbaar zijn volgens de schalen. Afgezien van meetfouten kan een hypnotische procedure, zeker bij daartoe sterk gemotiveerde patiënten, tot positieve effecten leiden, bijvoorbeeld via het wekken van hoop of bestrijden van demoralisatie. Het gaat er zeker niet om deze effecten te ontkennen, maar alleen om ze anders te benoemen omdat ze waarschijnlijk niet aan dezelfde processen mogen toegeschreven worden als bij hoog hypnotiseerbaren worden gevonden.

Hypnose en imaginatie

Parallel met de hernieuwde belangstelling voor hypnose heeft zich een grote opbloei voorgedaan van psychotherapeutische technieken die op imaginatie berusten. In zijn overzicht van methodes waarin imaginatie centraal staat komt Singer (1974) tot ruim dertig procedures. Elk van de "grote" psychotherapiescholen - psychoanalytisch, experimenteel of gedragstherapeutisch - is met diverse varianten vertegenwoordigd. Daarbuiten zijn er nog allerlei methodes die niet gemakkelijk in het "zuilensysteem" zijn onder te brengen, zoals de autogene training van Schultz (1932); de psychosynthese van Assgioli (1965) of de rêve éveillé van Desoille (1961). Zo men imaginatie niet tot de "common factors" rekent, mag het toch beschouwd worden als een "bijna gemeenschappelijke techniek". Zoals te verwachten worden veel verschillende rationales voor de toepassing aangewend, maar de empirische steun voor de meeste van deze redeneringen is schaars.

Imaginatie werd niet alleen door de leden van de commissie Franklin maar ook door tegenwoordige onderzoekers beschouwd als een belangrijk onderliggend proces van hypnotische suggesties. Bij de re-

dactie van het belangrijke overzichtswerk "Hypnosis: developments in research and new perspectives" legden Fromm en Shor (1979) aan hun 23 co-auteurs een aantal uitspraken voor. Alle respondenten waren het eens met de stelling: "hypnosis is nothing but a compelling imaginal fantasy" en verwierpen het alternatief, te weten: "at its best, hypnosis involves a transcendence that is something more than a profoundly compelling imaginal fantasy". Deze consensus komt ook tot uiting in de terminologie die wordt gebruikt in de hedendaagse verklaringsmodellen voor hypnose op "believed in imaginings". Josephine Hilgard (1970) spreekt van "imaginative involvement"; voor Sutcliffe (1965) gaat het om "vividness of imagery and proneness to fantasy". Spanos en Barber (1974) leggen de nadruk op "thinking with and vividly imagining suggested effects". Deze opvallende eensgezindheid zou ons kunnen verleiden tot de mogelijk voorbarige conclusie dat hypnose en imaginatie identiek zijn.

Drie soorten gegevens staan in principe tot onze beschikking bij een poging om meer helderheid te verkrijgen over de relatie tussen hypnose en imaginatietechnieken. Klinische beschrijvingen zouden ons op het spoor kunnen zetten van relevante procedure verschillen. Via effect-of procesonderzoek kunnen die verschillen of overeenkomsten empirische steun vinden. Tot slot kan het experimentele onderzoek over de constructen hypnose en imaginatie verdere duidelijkheid geven over de relatie tussen beide fenomenen. We zullen deze drie gebieden achtereenvolgens bespreken.

Klinische beschrijvingen

Aan patiënten die d.m.v. imaginatietherapie worden behandeld werden zeer uiteenlopende voorstellen gedaan. Meestal wordt hen gevraagd een gemakkelijke houding aan te nemen en de ogen te sluiten. Vaak worden daarbij relaxatie instructies gegeven en wordt voorgesteld zich te concentreren op interne, mentale ervaringen, waarbij visuele imaginatie het meest wordt aangesproken. Het verdere verloop verschilt: bij gedragstherapeutische procedures wordt meestal een concreet beeld voorgesteld dat direct relevant is voor de aanmeldingsklacht. De therapeut geeft duidelijke instructies maar kan er bijvoorbeeld naar streven om een hoog (flooding) of juist laag angstniveau (desensitatie, covert reinforcement) te stimuleren. Geheel anders

gaat het er aan toe bij Reyher's (1978) "emergent uncovering psychotherapy" waarin patiënten worden aangemoedigd om een eerdere droom opnieuw te "dromen" hetgeen tot sessies leidt met veel affect en levendige imaginatieprocedures. In Leuner's (1978) Kathymes Bilderleben wordt gebruik gemaakt van een aantal standaardsituaties waar volgens de ontwerper een bepaalde symbolische waarde aan mag toegekend worden; de voortgang van de imaginatie is meer interactief en behoort tot de categorie "geleide dagdromen". Het zou verbazing wekken als al deze procedures tot dezelfde resultaten zouden leiden, maar dat onderzoek moet nog verricht worden. Meichenbaum (1978) heeft getracht mogelijke gemeenschappelijke werkingsprincipes aan te geven. Hij komt tot de volgende speculatieve beschrijving: 1) een toename van "sense of control" als gevolg van zelfobservatie en oefeningen in de imaginatie en in de werkelijkheid; 2) een verandering van de betekenis die aan symptomen wordt toegekend en 3) mentale voorbereiding op nieuw gedrag. De verwantschap met Frank's gemeenschappelijke factoren is opvallend.

Van alle gedragstherapeutische imaginatie technieken (Weitzenhoffer, 1972) en van het merendeel van de overige procedures bestaat wel een tegenhanger die soms al eerder onder de naam "hypnose" wordt of werd toegepast. Barber et al. (1974) wijzen erop dat de inductievariabelen die zij van belang achten voor hypnose ook in systematische desensitisatie grotendeels teruggevonden kunnen worden. Bovendien vermeldde Wolpe en Lazarus (1966, p79) dat ze in ongeveer 1/3 van de gevallen een hypnose-inductie toepassen voorafgaand aan SD en ze bevelen deze techniek bij gedragstherapeuten warm aan (p95). Een heel andere visie wordt verdedigd door Cautela (1966) die de eventuele succesvolle werking van hypnose toeschrijft aan onsystematische toepassing van desensitisatieprincipes.

Totnogtoe lijkt de klinische literatuur eerder tot verwarring bij te dragen dan tot verheldering. Dit wordt niet minder als men bij LeBaron en Zeltzer (1984) leest hoe zij de toepassing van hypnose beschrijven bij kinderen die pijnlijke medische interventies moeten ondergaan, zoals een beenmergaspiratie. Zij gebruiken uitvoerige fantasie voorstelling maar ontraden het aanwenden van inductieprocedures of relaxatie. Daarentegen beschrijft Rose (1980) eveneens voor kinderen een imaginatiemethode bestaand uit geleide fantasieën die echter wel worden ingeleid met een reeks aanwijzingen die sterk op een hypnose-inductie lijken.

In de loop van een gevalsebespreking van een patiënte die hij met een imaginatietechniek behandelde vermeld Singer (1974, p237): "During various imagery trials there were occasional loud noises or around sounds outside the office: on one occasion, an explosion occurred in the street. It startled me, yet produced no overt response at all in the patient!" Dit lijkt een voorbeeld van de sterke selectieve aandacht die voor hypnose kenmerkend wordt geacht. Men kan zich afvragen hoe vaak in de loop van imaginatietherapieën zich dergelijke onbedoelde trauma-achtige verschijnselen voordoen en wat hun eventuele belang voor het therapieresultaat is. Volgens Litvak (1970) zou dit bij systematische desensitisatie regelmatig voorkomen. Omgekeerd is bekend dat een inductie niet steeds tot een toestand van hypnose leidt. In ieder geval illustreren deze voorbeelden dat men niet kan afgaan op de soortnamen "hypnose" of "imaginatie" en dat procedurebeschrijvingen evenmin uitsluitend geven. Ook voor een vergelijking tussen hypnose en imaginatieprocedures lijkt hypnotiseerbaarheid het meest bruikbare, zo niet het enige criterium dat tot onze beschikking staat.

Effect- en procesonderzoek

Het merendeel van de ruim dertig imaginatieprocedures die Singer (1974) vermeldt, zijn nooit in enig effectonderzoek betrokken geweest. Zeker wat vergelijkingen met hypnose betreft is het evaluatieonderzoek vrijwel beperkt gebleven tot de gedragstherapeutische traditie. Om die reden kan zeer goed gebruik gemaakt worden van een literatuuroverzicht van Spinhoven (1982) waarin onderzoek over de vergelijking tussen hypnotische en gedragstherapeutische technieken is verzameld. Opnieuw is in alle gevallen SD de gedragstherapeutische imaginatietechniek die onderzocht wordt.

Twee onderzoeksvragen zijn voor ons doel interessant: zijn er effectverschillen tussen hypnose en SD? Indien het antwoord positief is, zou dit kunnen wijzen op relevante verschillen in de werking. De tweede vraag betreft de relatie tussen hypnotiseerbaarheid en het effect van imaginatie methodes. Indien hypnotiseerbaarheid van belang blijkt vormt dit een ondesteuning voor de stelling dat hypnotische processen een rol spelen bij imaginatieprocedures zoals SD. We beperken het overzicht tot de therapie van angststoornissen.

In totaal werden 7 relevante studies gevonden. Twee daarvan (Schubott, 1966 en Lang, 1969) betreffen de toevoeging van een inductieprocedure aan SD in analoge studies met slangenfobici. Schubot vond een vergelijkbare vooruitgang voor beide condities, maar de ernstigste slangenfobici verbeterden sterker met de toevoeging van de hypnotische relaxatie. Lang (1969) vond geen nadeel bij het achterwege laten van de hypnose-inductie, maar alle proefpersonen waren van tevoren reeds getraind in hypnose en kregen wel relaxatiestudies in de conditie zonder hypnose. Dit design laat nauwelijks een interpretatie toe.

Drie onderzoeken betreffen de toevoeging van of vergelijking met posthypnotische suggesties. O'Brien (1981) vergeleek het effect van posthypnotische dromen met systematische desensitisatie en vond een gunstiger effect op de gedragsmaat in de eerste conditie. De toewijzing van de groep was echter niet at random: de hypnosegroep bevatte alleen subjecten waarvan bekend was dat ze hoog hypnotiseerbaar waren. Een ernstiger bezwaar is dat ze bovendien 4 extra sessies kregen in de vorm van een hypnosetraining.

Als een verdere bijdrage in de strijd tegen slangenfobie vergeleken Lang et al. (1965) systematische desensitisatie met een pseudotherapie waarvan het hoofdbestanddeel uit hypnose en aangename imaginaire voorstellingen bestond.

pseudotherapie waarvan het hoofdbestanddeel uit hypnose en aangename imaginaire voorstellingen bestond. Daarnaast voerde de therapeut een eigenaardige conversatie, waarin hij elementen van de angsthiërarchie ter sprake bracht, maar vervolgens het gespreksonderwerp wegstuurde van deze items. Bovendien kregen 15 van deze proefpersonen in de SD condities ook een hypnose-inductie. Dit onderzoek wordt volledigheidshalve vermeld omdat het soms (bijv. door Marks et al., 1968) wordt aangehaald als een demonstratie van de superioriteit van SD boven hypnose, een conclusie die na kennisname van de therapiecondities niet meer gewettigd lijkt. Helaas zijn de resultaten van het onderzoek van Marks et al. (1968) evenmin interpreteerbaar en het betreft nog wel de enige studie met echte psychiatrische patiënten, waaronder 12 agorafobici. Er zijn twee problemen: ook hier doet de hypnose conditie enigszins karikaturaal aan: na inductie door relaxatie en handlevitatie werd "een krachtige algemene suggestie gegeven dat de angst geleidelijk zou verdwijnen" en daar bleef het dan bij. Het tweede probleem is dat de SD patiënten huiswerk oefeningen kregen waarbij ze "in

vivo" de angstverwekkende situaties moesten opzoeken. Deze toevoeging van exposure in vivo maakt de vergelijking zinloos. Het is eigenlijk verwonderlijk dat het resultaat van de SD-groep nauwelijks beter was dan de "hypnose"conditie.

In de totnogtoe beschreven studies werd SD vergeleken met een los hypnose-onderdeel of een enigszins krepele conductie die niemand als een geloofwaardige therapie kan opvatten.

Een vergelijking tussen SD en een "volwaardige" vorm van hypnose treffen we aan bij Gibbons et al. (1970). De "geleide ervarings-techniek" die door hem werd gebruikt bij studenten met examenvrees bestaat er uit dat men na een hypnose-inductie onderdelen van examenachtige tests uitvoert met suggesties van rust en ontspanning. Hoewel de SD vijf uur in beslag nam en de "geleide ervaringstechniek" slechts drie, was het resultaat van deze laatste procedure beter. Het manco van deze studie was dat de toewijzing gebeurde op grond van de voorkeur van de deelnemers, waardoor verschillen in motivatie van belang geweest kunnen zijn. Een replicatie van dit onderzoek door Melnick en Russel (1976) waarbij een gerandorniseerde toewijzing in acht werd genomen en de behandelduur in beide therapieën gelijk was leidde tot een grotere verbetering in de SD groep. De auteurs schrijven dit verschil voornamelijk toe aan de toewijzingsprocedure, waardoor ook slecht hypnotiseerbare proefpersonen in de hypnoseconditie terecht kwamen.

Dit overzicht van effectvergelijkheid heeft niet veel duidelijkheid gebracht over de vraag of hypnose en imaginatie, in casu SD tot verschillende resultaten leiden bij angstklachten. Door de vele methodologische tekortkomingen is een conclusie nauwelijks mogelijk.

De tweede invalshoek is het procesonderzoek. Met name is van belang of hypnotiseerbaarheid correleert met het resultaat van imaginatietechnieken. Dit is slechts in 3 van de eerder genoemde studies nagegaan. De bevindingen zijn wel vrij consistent: zowel Schubot (1966) als Lang (1969) vonden dat hypnotiseerbaarheid positief correleerde met het resultaat in de hypnoseconditie maar niet in de SD-conditie.

Marks et al (1968) gebruikten geen echte hypnotiseerbaarheidstest maar de wat grovere maat van de zwaaitest: dit leverde hetzelfde patroon op als de vorige twee studies. Hoewel de hoeveelheid materiaal niet overweldigend is, lijkt de meest redelijke conclusie uit deze

paragraaf dat het effect van imaginatietechnieken, althans van SD, niet door hypnotische capaciteiten wordt bepaald. In het volgende hoofdstuk zullen we nagaan of de therapieresultaten bij toepassing van hypnose bij angststoornissen wel met hypnotiseerbaarheid correleren. Mocht dit wel het geval zijn, dan berusten SD en hypnose vermoedelijk op tenminste gedeeltelijk verschillende processen.

M.b.t. twee specifieke procesvariabelen - diepte van de relaxatie en helderheid van de imaginaire voorstellingen - bestaat onder clinici die imaginatietherapieën toepassen de sterk verbreide mening dat hypnose een gunstige invloed heeft. Om deze reden voegden Wolpe en Lazarus (1966) hypnose toe aan SD. Voor elk van beide variabelen kunnen twee vragen gesteld worden: leidt hypnose inderdaad een intensivering en zijn deze variabelen van belang voor het therapieresultaat?

We bespreken deze vragen eerst voor relaxatie. Hieronder wordt een toestand van spierontspanning en mentale rust verstaan die als aangenaam ervaren wordt en niet slechts bestaat uit het afbreken van angst (Anderson,). Deze toestand wordt geacht tot stand te komen met behulp van een groot aantal procedures: hypnose, progressieve spierontspanning, autogene training, verschillende vormen van meditatie en biofeedback. Vooral de fysiologische kenmerken van deze toestand zijn uitvoerig gedocumenteerd door o.a. Benson et al. (1974). Deze omvatten: de verlaging van zuurstofconsumptie en CO₂ productie, vermindering van ademhalingsfrequentie en productie van melkzuur, en verhoging van huidweerstand en ritme op het EEG. In de literatuur betreffende progressieve spierontspanning en biofeedback wordt ook verhoging van EMG-spierspanning benadrukt. Het antwoord op de vraag of de diverse procedures tot dezelfde toestand aanleiding geven en of er verschillen zijn in de effectiviteit wordt bemoeilijkt door het feit dat zeer veel uiteenlopende procedures in omloop zijn. Hillenberg en Collins (1982) vonden tussen 1970 en 1979 niet minder dan 22 verschillende methodes van progressieve spierontspanning, met variaties in duur, aantal zittingen, gebruik van huiswerk, audiobanden, enz. Duidelijke en consistente verschillen in effect en effectiviteit worden niet gevonden en de meeste reviewers (Base Taylor, 1975; Shapiro, 1980; Anderson,; Delmonte, 1985; Tarler Benlolo, 1978) conculderen dat hypnose, progressieve relaxatie, autogene training, meditatie en biofeedback tot dezelfde of sterk overlappende resultaten leiden. Mogelijk heeft het

wel zin om het onderscheid tussen cognitiviteit en musculaire relaxatie te handhaven (Coleman & Schartz, 1976; Lehrer et al., 1989). Een duidelijke voorstander van deze "unitaire visie" is Edmonston (1977, 1979, 1982). Bij een enquête onder goed hypnotiseerbare patiënten vond hij dat relaxatie voor de patiënten het meest karakteristieke element van hypnose was. Relaxatie conceptualiseert Edmonston als "neutrale hypnose" d.w.z. een toestand die nog niet verder door specifieke suggesties is beïnvloed. Wanneer bepaalde taken worden gesuggereerd veranderen zowel de subjectieve belevingstoestand als de fysiologische maten (Morse et al., 1977). Deze overlap tussen hypnose en overige relaxatie methodes is niet verwonderlijk als men bedenkt dat relaxatiesuggesties tot de inductievariabelen behoren. Aanwijzingen dat door hypnose-inductie bijzonder diepe of specifieke relaxatietoestanden bereikt worden ontbreken.

Blijft de vraag of relaxatie van belang is voor de therapie van angststoornissen. Er bestaan legio imaginatietherapieën waarin geen relaxatie wordt toegepast, en ook in SD kan relaxatie worden weggelaten zonder dat het effect verloren gaat (vgl. Sue, 1972). Een essentieel bestanddeel kan relaxatie niet zijn, hooguit een adjunct. Na de ontwikkeling van vivo exposure is de interesse voor relaxatie duidelijk afgenomen. Marks (1978) concludeert: "the overwhelming controlled evidence is that, to achieve lasting fear reduction, systematic training in muscular relaxation is redundant and time wasting. Therapeutic time is better spent on straightforward exposure to the phobic stimulus ...". King (1980) ziet toch nog voordelen in relaxatie als hylptechniek. Op welke manier relaxatie zou werken is nog niet opgehelderd. Mathews (1971) meent dat relaxatie vooral de levendigheid van imaginatie doet toenemen. Dit brengt ons bij de tweede procesvariabele.

Clinici zijn vaak de overtuiging toegedaan dat voor het welslagen van imaginatietherapieën levendige fantasievoorstellingen vereist zijn (vgl. Wolpe & Lazarus, 1966; Cautela, 1975). De bevindingen m.b.t. de intensivering van imaginatie van hypnose-inductie zijn gemengd. (Coe et al., 1980). Tegenover een aantal studies waarin een toename van de helderheid van de imaginatie werd gevonden na hypnose-inductie staan ook studies waarin geen ander effect werd bereikt dan met een controleconditie zoals "denk mee met de instructies en tracht je dit voor te

stellen". Deze vraag is niet gemakkelijk te onderzoeken, omdat ook imaginatie één van de inductievariabelen is. Voorstelling leidt ook tot een toename van de bereidheid om suggesties uit te voeren in een mate die zich goed laat vergelijken met een "volledige" hypnose-inductie (Hilgard & Tart, 1966). Bovendien is "helderheid van voorstellingen" een subjectieve maat die zeker voor demand characteristics en verwachtingspatronen te beïnvloeden is.

Maar hoe belangrijk zijn heldere voorstellingen voor het succes van imaginatietherapie? In een retrospectief onderzoek vonden Davis et al. (1970) geen aanwijzingen dat het effect van SD samenhangt met de mogelijkheid heldere fantasievoorstellingen te vormen. Een prospectief onderzoek van Mc Lanore (1972) leidde tot dezelfde conclusie. Matthews (1971) concludeert n.a.v. een literatuuronderzoek dat heldere imaginatie van angstverwekkende situaties leidt tot een sterkere arousal en dat deze toename van arousal samenhangt met latere klinische verbetering. Conclusies uit dit literatuuronderzoek naar effecten en het belang van procesvariabelen moeten beperkt blijven tot de relatie tussen hypnose en SD omdat dit de enige imagiatietherapie is waarover gegevens beschikbaar zijn. Het bestaande vergelijkend onderzoek kan overigens niet adequaat genoemd worden en laat geen conclusies toe. Uit het procesonderzoek blijkt dat het effect van SD niet samenhangt met hypnotiseerbaarheid: dit betekent dat SD en hypnose in een belangrijk opzicht van elkaar verschillen. Hypnose-inductie blijkt niet duidelijk en speciaal effect te hebben op de diepte van relaxatie en de mogelijke toename van helderheid van fantasievoorstellingen is zeer moeilijk te onderzoeken. Het belang van deze beide variabelen voor het therapie-effect is trouwens betwist.

Persoonlijkheidsonderzoek

Het derde terrein waarop we een antwoord kunnen zoeken waar de relatie tussen hypnose en imaginatie ligt is het persoonlijkheidsonderzoek dat los van de therapiesituatie wordt uitgevoerd. Min of meer parallel met de nieuwe belangstelling voor hypnose is vanaf de zestiger jaren ook imaginatie een respectabel onderwerp van onderzoek geworden, nadat het in de Amerikaanse psychologie jarenlang genegeerd was. In een artikel dat als enigszins programmatische titel heeft "Imagery, the return of the ostracized" zet Holt (1964) uiteen dat de

afgenomen belangstelling na het begin van de eeuw vooral samenhang met een gebrek aan adequate onderzoeksmethodologie. De nieuwe interesse volgde uit bevindingen op uiteenlopende terreinen waar imaginatie werd aangetroffen zoals de hersenstudies van Penfield en de experimenten met sensorische deprivatie. Mede dank zij technologische vooruitgang kan dit onderwerp nu beter bestudeerd worden. In tegenstelling tot de klinische literatuur bevat de onderzoeksliteratuur ook definities van de te bestuderen fenomenen. De meest gebruikte beschrijvende definitie van imaginatie (meestal imagery) is afkomstig van Richardson (1969). Ze omvat twee subjectieve kenmerken, namelijk: 1) quasi-sensorische of quasi-perceptuele ervaringen, 2) waarvan men zich bewust is. Tevens noemt Richardson twee objectieve kenmerken: 3) deze ervaringen treden op bij afwezigheid van de stimuli die tot authentieke percepties zouden lijden en 4) ze hebben verschillende consequenties dan een dergelijke stimulus. Hiermee is vooral getracht de afgrenzing t.o.v. waarneming te maken: in de praktijk blijkt echter dat imaginatie en waarneming ook "common pathways" hebben zodat het onderscheid soms moeilijk wordt. Er zijn verschillende types imaginatie zoals nabeelden, eidetische beelden, geheugenbeelden en hallucinaties. Het soort imaginatie dat van belang is voor therapeutische toepassingen wordt ook als fantasie bestempeld en vormt samen met dromen en dagdromen de categorie "imagination imagery". Kenmerkend is dat behalve mogelijke herinneringen ook een nieuw of constructief element aanwezig is en dat deze imaginatie i.t.t. hallucinaties door het subject als niet-werkelijk wordt herkend. Er is o.a. onderzoek verricht naar de frequentie en inhoud van dagdromen en de relatie tot psychopathologie (Singer, 1975). Ook zijn diverse redelijk betrouwbare vragenlijsten ontwikkeld (Hiscock, 1978) waarmee de helderheid (Belts-QMI) en de betrouwbaarheid of controleerbaarheid (Gordon-TVIC) van fantasie kan worden bepaald. Eerder in dit hoofdstuk werd vermeld dat J. Hilgard (1965, 1970, 1979) d.m.v. interviews bij hoog hypnotiseerbare had gevonden dat zij vanaf hun jeugd sterk geïnvolveerd waren in fantasie en esthetische activiteiten, hetgeen zij typeerde als "mental space travelers". Wilson & Barber (1981) bevestigden dit patroon d.m.v. interviews bij hun eigen hoog hypnotiseerbare subjecten. Voor deze trek van involvering in fantasie is door Tellegen en Atkinson (1974) en absorptieschaal (TAS) ontwikkeld. Er is herhaald onderzoek uitgevoerd naar de relatie tussen hypnotiseerbaarheid en deze diverse as-

pecten van imaginatie (Palmer & Fields, 1968; Sutcliffe, Perry & Sheehan, 1970; Kihlstrom et al., 1970; Perry, 1973; Tellegen & Atkinson, 1974; Sheehan, McConkey & Law, 1978; Farthing et al., 1983). Op één uitzondering na (Spanos et al., 1976) tonen al deze data consistent een zelfde patroon. Tabel 1, afkomstig uit het onderzoek van Sheehan et al. (1978), vormt een goede representatie van deze bevindingen, die volgens sexe zijn opgesplitst. Er zijn diverse positieve relaties, waarvan die tussen de imaginatiescholen onderling (TAS, Belts QMI, Gordon TVIC) het meest uitgesproken zijn. Hypnotiseerbaarheid (HGSHS:A) is bij mannen en vrouwen zwak positief gereleerd tot absorptie, bij vrouwen ook tot helderheid en bij geen van beiden tot controleerbaarheid. Van het verband tussen helderheid en hypnotiseerbaarheid is nog bekend (Sutcliffe et al., 1970) dat de relatie niet-lineair is. Hoge hypnotiseerbaarheid gaat vrijwel altijd gepaard met een heldere imaginatie, maar slechts de helft van de proefpersonen met een heldere imaginatie is hoog hypnotiseerbaar. De relatie tot CIS is een speciaal geval. De test is door de ontwerpers (Wilson & Barber, 1978) gepresenteerd als een hypnotiseerbaarheidsschaal, maar de scores worden bepaald aan de hand van subjectonderdelen over de helderheid van fantasievoorstellen. Het is dan ook niet verwonderlijk dat de CIS beter correleert met andere imaginatieschalen dan met de klassieke hypnotiseerbaarheidsschaal. Overigens zijn er vrij uitgesproken man-vrouw verschillen in het correlatiepatroon van de CIS. Mogelijk representeert de CIS enigszins dat deel van hypnose dat met imaginatie samenhangt. Bij een grote streekproef (N=1361) vond Meyers (1983) correlaties tussen 0.33 en 0.59 afhankelijk van de leeftijd tussen de CIS en een vragenlijst over fantasieactiviteiten in de jeugd. Een verder passend deel van de puzzel is de relatie die Crawford (1982) vonden tussen hypnotiseerbaarheid en positief gekleurde dagdromen.

Toch gaat het allemaal om betrekkelijk lage correlaties. Volgens Bowers & Bowers (1979) is het vooral de kwaliteit van moeiteloosheid van de imaginatie die bovendien gepaard gaat met de ervaring van onwillekeurigheid die typisch is voor (diepe) hypnose. Inderdaad vond Bowers (1982) zeer hoge correlaties tussen hypnotiseerbaarheid (form C - Stanford) en een mate van onwillekeurigheid (0.81) en van moeiteloze imaginatie (0.48). Met gebruikmaking van een andere meetmethode die berustte op codering van postexperimentele interviews, vonden ook

Sheehan & McConkey (1982) een hoge correlatie tussen de kwaliteiten "levendigheid" en "onwillekeurigheid" bij imaginatiesuggesties aan hoog hypnotiseerbaren. Hiermee lijkt een vrij consistent patroon te zijn aangetoond. Imaginatie en hypnose zijn inderdaad aan elkaar gerelateerd, maar hypnose is een vrij specifieke vorm van imaginatie, met o.a. de kwaliteiten helderheid, absorptie maar vooral onwillekeurigheid en moeiteloosheid. Deze kwaliteiten werden bij hoog hypnotiseerbaren aangetroffen maar niet bij laag hypnotiseerbaren. Diverse inleidende instructies zoals de instructie om te fantaseren of te ontspannen, of combinaties daarvan, zijn geschikt om deze belevingstoestand op gang te brengen bij mensen die over dit talent beschikken.

EEN SOCIALE FOBIE EN EEN ATYPISCHE EETSTOORNIS BIJ EEN JONGEN MET EEN DWANGMATIGE PERSOONLIJKHEID

Ank Broere & Kees Hoogduin

1. Inleiding

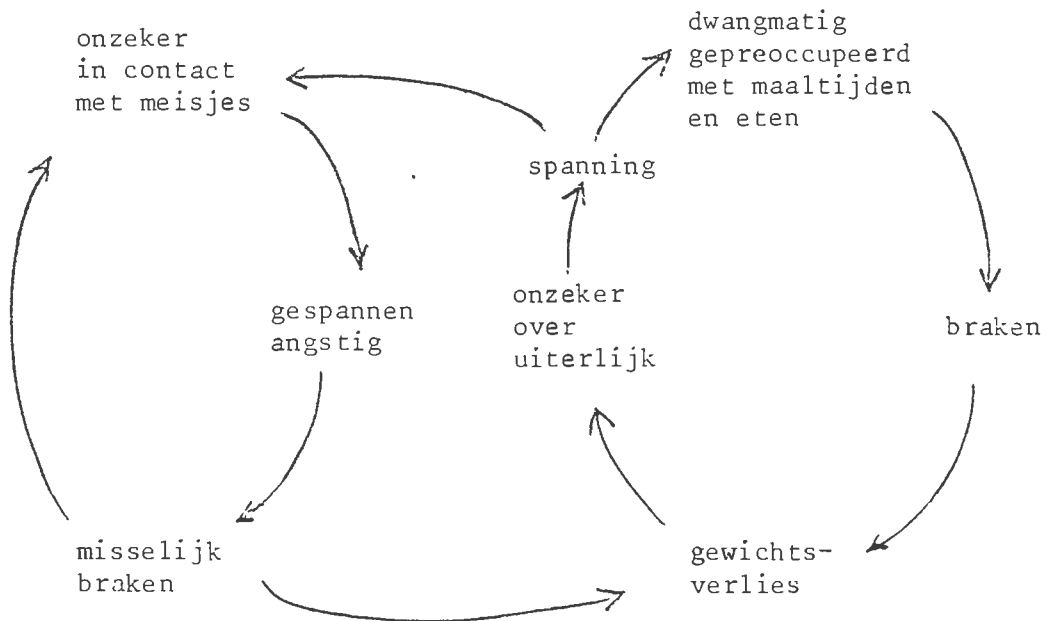
Stravynski (1983) beschrijft een 23-jarige man die verwezen was voor frequent braken en angsten. Dit vond plaats wanneer hij at in gezelschap van zijn vriendin en haar ouders, alsmede in café's en bioscopen, meestal na gegeten te hebben. Het braken kon opgevat worden in een kader van een sociaal fobische stoornis. In deze gevalsbespreking wordt een dergelijke patient met psychogeen braken beschreven. Onder psychogeen braken wordt verstaan het optreden van braken zonder dat een aantoonbare lichamelijke afwijking vast te stellen is. Zelf opgewekt braken, zoals bij boulimie wordt aangetroffen, moet hiervan onderscheiden worden (Stravynski, 1983).

2. Een jongeman met psychogeen braken

Jan V., 19 jaar oud op het moment van aanmelding, heeft als belangrijkste klacht moeilijkheden met eten. Sinds één jaar is patient na een voorts normaal verlopen jeugd, plots in moeilijkheden gekomen. In aansluiting aan een bezoek bij de ouders van zijn toenmalige vriendin werd hij misselijk en braakte bij het weggaan. Dit herhaalde zich sindsdien en de klachten breidde zich uit totdat hij ook misselijk werd wanneer hij thuis met zijn ouders at. Ten slotte braakte hij na alle maaltijden. Hij besloot de relatie met zijn vriendin te beëindigen. Daarna had hij enige nieuwe kortdurende relaties met andere vriendinnen, waarbij het sexueel allemaal prima ging. Zodra er echter gegeten moest worden, overviel hem een ziekmakende misselijkheid en braken. Na opnieuw enige maanden was het hem niet langer mogelijk contacten met meisjes aan te gaan. Zo gauw hij er een aansprak, kwam de neiging tot braken op en verzoon hij snel een smoes om weg te komen. Sinds die tijd ging het steeds minder goed. Hij werd in beslag genomen door zijn klachten: misselijkheid en braken, gevolgd door een afkeer van eten, en een gewichtsverlies van enige kilo's maakte dat hij zich zorgen maakte over zijn uiterlijk. Hij werd bang dat meisjes hem niet aantrekkelijk meer vonden, omdat hij zo mager was geworden. Hij dwong zichzelf om zich tijdens de maaltijden over zijn weerzin om te eten,

heen te zetten en at tegen zijn zin hoeveelheden waarvan hij aannam dat die normaal waren voor een man van zijn leeftijd. Hij was zo gespannen voor het eten dat hij vaak voor het eten braakte; dit braken vond vrijwel dagelijks plaats.

De voorgeschiedenis vertoonde geen bijzonderheden: normale kindertijd, L.T.S.-opleiding, geen werkproblemen als timmerman. Wel vertelt de hem tijdens het eerste gesprek vergezellende moeder dat hij altijd wat toberig is geweest. Hij is voorts precies en nauwgezet van aard. Na het eerste gesprek wordt gemeend dat het gaat om een jongen met een compulsieve persoonlijkheid die een sociale fobie heeft ontwikkeld. In aansluiting hieraan is hij dwangmatig gepreoccupeerd geraakt met eten, afvallen en zijn onzekerheid met betrekking tot het vrouwelijk geslacht. De inhoud van de preoccupaties wordt egosyntoon beleefd. Patient is niet opvallend mager en weegt 67 kg bij een lengte van ongeveer 1.70 m.



De behandeling zal erop gericht moeten zijn deze vicieuze cirkels te doorbreken.

3. De behandeling

De intake bestond uit twee zittingen en werd afgesloten met een registratie-opdracht.

Daartoe werd een registratieformulier gemaakt (zie Hoogduin, 1984).

Datum:	Tijdstip:	Wat "moest je eten:	Spannings-gevoel rond het eten: ja / nee	Opluchting na het eten: ja / nee	Braken:

Patient deelde mee pas tevreden te zijn als hij 75 kg weegt. Onzekerheid over zijn uiterlijk en preoccupaties met te mager zijn en de gedachte dat meisjes hem niet meer aardig zouden vinden, leidden tot een spanningsgevoel dat hij kon doen verdwijnen door veel te eten. De spanning werd begeleid door een misselijk gevoel en had vaak braken tot gevolg. Gemeend werd patient met een responspreventie-procedure in analogie van de behandeling van de dwangrituelen, te behandelen. Daartoe werd hij gestimuleerd niet langer die gedachten en spanning door eten te doen verminderen. Als uitleg werd gegeven dat hij weer moest leren te eten op normale prikkels, zoals trek of een hongergevoel. Hij at volgens een vast patroon vaak bijna brakend overdag tien boterhammen en 's avonds volle borden. Een tweede stap in de behandeling was een geleidelijk verlagen van dit 'verplicht' wachten op de hongerprikkels. De uitleg dat al dat eten op deze manier ook weer braken tot gevolg had en dus eigenlijk geen verbetering van het lichaamsgewicht tot gevolg had, sprak hem goed aan. In plaats van eten als hij zich zo gespannen voelde, werd in het begin afgesproken - hij had dit vooral 's avonds thuis - dat hij zich op zijn slaapkamer zou terugtrekken om zich te ontspannen en naar muziek te luisteren.

De registratie-opdracht werd tijdens de vierde zitting (het braken was toen al verminderd) gewijzigd in: normaal eten - snoeden en eten omdat er trek was - en dwangmatig eten omdat hij zich zo gespannen voelde -. Opvallend was dat alleen het registreren na de intake al een eerste verbetering tot gevolg had. Hij vertelde dat het leek of het hem minder interesseerde. Ook bleek hij het zijn baas verteld te hebben, dit omdat hij voor het bezoek aan de polikliniek vrij moest vragen. De baas had hier op een aardige manier op gereageerd; ook dit had hem goed gedaan.

Het bleek dat wanneer hij in gezelschap at, hij niet durfde te stoppen

met eten, ondanks dat hij het gevoel had 'vol te zitten'.

In deze fase van de behandeling werd hem geleerd hoe zich in dergelijke situaties te gedragen.

Het bleek tijdens de zesde zitting dat het dwangmatig eten op de achtergrond is geraakt. Zijn gewicht is gestegen tot 71 kg. Hij is ook minder bezig met eten. Wel vertelde hij nog erg onzeker te zijn in allerlei situaties. Hij zou een inventarisatie maken van dergelijke situaties. Bij het doornemen hiervan bleken deze situaties steeds te maken te hebben met eten in gezelschap, vooral van meisjes. De behandeling richtte zich nu op een training voor dergelijke gebeurtenissen. Hij zou hiertoe de anderen observeren hoe dezen zich gedroegen en hierover vervolgens een kort verslag schrijven. Bovendien zou hij zelf alleen iets eten of drinken wanneer hij trek had. Deze adviezen hadden effect. Hij had een meisje mee uitgevraagd, waarbij hij wel wat zenuwachtig was, maar waarover hij met enige trots vertelde.

Gedurende de laatste drie zittingen heeft de verbetering doorgezet. Tijdens de tiende zitting vertelde hij opgewekt weer vrijwel de oude te zijn. Hij had een nieuwe vriendin en voelde zich opgewekt en vrolijk. Hij vertelde nog wel af en toe onzeker te zijn, hoewel ook dit steeds beter zou gaan.

Frequentie van het braken, gemiddeld per week:

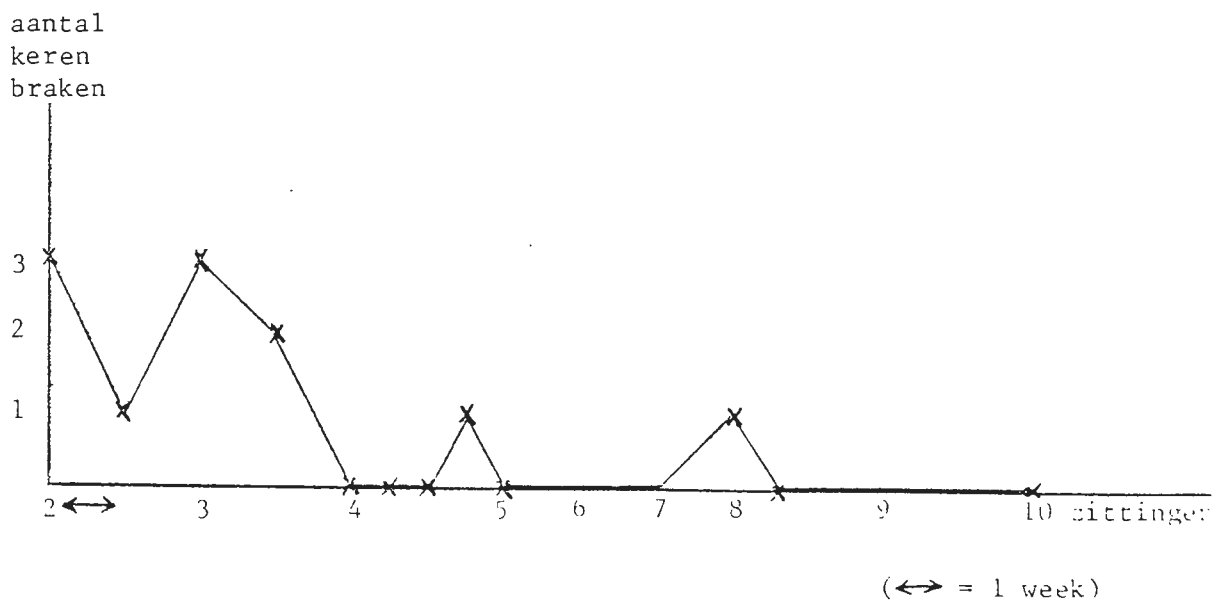


Fig. 1: Grafische weergave van de frequentie van het braken.

De behandeling heeft tien zittingen, verspreid over zes maanden, in beslag genomen. .

Bij follow-up na zes maanden is het goed blijven gaan: patient is goed gestemd, de preoccupaties rond het eten, het lichaamsgewicht en het braken zijn verdwenen. Nog steeds is er wel sprake van enige onzekerheid in bepaalde situaties, maar patient zegt daar goed mee te kunnen leven en op dit moment geen verdere behandeling daarvoor te wensen. Afsproken wordt een nieuw follow-up-contact over zes maanden.

4. Slot

De behandeling heeft bestaan uit de volgende elementen:

- Een registratie van de voedingsgewoonten, braken en spanning rond het eten. Dit leidde tot een eerste verbetering: "Het lijkt of het me minder doet".
- Een strategie waarbij met behulp van een responspreventie de keten "Ik ben onaantrekkelijk voor meisjes - ik ben lelijk - preoccupaties met eten - spanning, misselijk evt. braken - eten - geleidelijke afname van de spanning" doorbroken wordt.
Het dwangmatig eten wordt geleidelijk gestopt waardoor het met walging eten voorkomen wordt, waardoor ten slotte ook de spanning en het braken verminderen.
- Reëducatie van de eetgewoonten, waarbij door beperking van het dwangmatig eten normale signalen als trek of een hongergevoel, weer plaatsvinden en vervolgens ook door iets te eten gehonoreerd worden.
- Training in sociale vaardigheden, waarbij geleerd wordt in bepaalde situaties gewoon 'nee' te zeggen. Met behulp van een afleidingsmanoeuvre, waarbij hij in opdracht let op het gedrag van anderen wanneer hij in situaties verkeert die hem beangstigen (eten in gezelschap), wordt hij ertoe gebracht zich weer in dergelijke situaties te begeven.

De behandeling werd op verzoek van patient afgesloten, hoewel er op dat moment nog enige lichte sociaal-fobische klachten waren. Omdat er op grond van het ernstige beeld dat patient vertoonde bij aanmelding,

werd besloten een halfjaarlijks follow-up-contact te laten bestaan. Dit in de verwachting dat bij onverhoopt recidiveren van de klachten de patient' zich sneller zal melden voor een afspraak tussendoor. Daarnaast stellen dergelijke contacten de therapeut in de gelegenheid waar te nemen dat er patienten zijn met wie het goed gaat. Omdat het meestal zo gaat dat patienten die baat hebben bij de behandeling uit het zicht verdwijnen en patienten die geen baat hebben nogal eens blijven terugkomen, kan de therapeut het op zich onjuiste beeld krijgen dat zijn/haar werkzaamheden weinig vrucht afwerpen. Een follow-up-bezoek van een kwartiertje met deze patient zal - indien de patient het nog steeds goed maakt - een dergelijke indruk mogelijk kunnen voorkomen.

TWEEDE VERSIE
Hypnotiseerbaarheid volgens de methode van Spiegel
Onderzoek naar eigen ervaring met de HIP en het AOD-
persoonlijkheidsprofiel bij 90 jongeren

Dick N. Oudshoorn

1. Inleiding

Tezelfdertijd van het congres van de Nederlandse Vereniging voor Hypnotherapie in Amersfoort in October 1981, waar Herbert en David Spiegel ook tot de sprekers behoorden, verscheen in Nederlandse vertaling hun boek 'Therapie en Trance; praktische toepassing van hypnose in de geneeskunde'. Ze beschrijven daarin in detail een gestandaardiseerde inductiemethode die drie componenten bevat:

- a) de oogrol - volgens hen een maat voor de biologische trancecapaciteit van een persoon. De score loopt van 0 tot 4 (of 5);
- b) handlevitatie - een ideomotorisch fenomeen;
- c) het door de persoon aangegeven verschil in beheersing over beide handen - een subjectief gegeven.

Deze methode kan gebruikt worden om de hypnotiseerbaarheid te meten, of als snelle inductiemethode in het kader van therapie.

Er komen twee scores uit de procedure voort:

a) het Hypnotische Inductieprofiel (HIP) - dit vergelijkt de oogrolscore met de al dan niet aanwezige feitelijke hypnosecapaciteit. Deze capaciteit wordt afgemeten aan de gescoorde handlevitatie en het aangegeven verschil in beheersing over beide handen tijdens de levitatieprocedure. Eigenlijk is niet de score van de oogrol het voornaamste gegeven, doch het profiel van oogrol, levitatie en verschil in beheersing. Dit profiel is intact als alle drie fenomenen positief scoren, subnormaal als de levitatie negatief scoort hoewel er wel verschil in beheersing wordt ervaren, en afwijkend als er geen verschil in beheersing wordt opgemerkt. De kwalificaties 'subnormaal' en 'afwijkend' wijzen volgens de auteurs bij een oogrol van meer dan nul op ernstige organische of psychopathologische stoornissen en impliceren in hun visie dat van hypnose als behandelmethode moet worden afgezien.

1005

b) een gewone inductiescore (GIS) - de som van de scores van vijf hypnotische verschijnselen te weten: (1) dissociatie; (2) levitatie;

(3) verschil in beheersing; (4) afsluiting van de trance; (5) zwevend gevoel na de oogrol. De GIS loopt van 0-10.

N.B. de GIS scoort dus niet de oogrol maar een aantal hypnotische fenomenen die daarná optreden.

Spiegel² nemen met vele andere auteurs aan dat de mate van hypnotiseerbaarheid een persoonlijkheidskenmerk is. Ze werken in hun boek een hypothese uit die er op neerkomt dat er twee extreme persoonlijkheidstypen zijn die respectievelijk met Dionysisch en Apollinisch worden aangeduid. Dionysiërs geraken gemakkelijk spontaan in trance, stellen een wat naïef vertrouwen in de medemens, zijn erg gevoelig voor kritiek, zijn sterk geneigd zich te identificeren met personen of bewogen gebeurtenissen en zijn zeer suggestibel. Deze typen zijn kortom goed hypnotiseerbaar.

Appolliniërs daarentegen stellen contrôle en rationaliteit boven spontane emoties, ze zijn ordelijk en kritisch ingesteld. Ze zijn in het algemeen niet of nauwelijks hypnotiseerbaar.

De meeste stervelingen zitten ergens in het middengebied en worden 'Odysseïsch' genoemd; ze hebben kenmerken van beide Goden. Ze zijn, als hun Homerische patroonheilige, in staat tot grootse heldendaden en tot diepe vertwijfeling, tot doortastendheid en creativiteit (of uitgekookte sluwheid) en tot lafheid en slapheid en alle deugden en ondeugden waarmee we het maar moeten doen. Voorzover iemand meer Apollinisch/Dionysisch van aard is is hij, volgens de Spiegels, minder/beter hypnotiseerbaar. Om die verheven epitheta hanteerbaar te maken hebben ze een uiterst prozaïsch vragenlijstje opgesteld, waarvan de antwoorden gemakkelijk te scoren zijn. Deze 'AOD-score' kan variëren van 1 (= extreem Apollinisch) tot 5 (= extreem Dionysisch).

Spiegel² veronderstellen dus dat er verband is tussen hyp^{notiseerbaar} en AOD; dit is een van de vragen die hieronder aan de orde komen. Daaraan vooraf worden eerst de volgende vragen beantwoord:

- Is deze methode praktisch goed uitvoerbaar?
- Correleert de HIP met de GIS?
- Voorspelt de uitkomst iets over de bruikbaarheid van hypnose in de behandeling?
- Is de oogrol-inductie een goede methode voor (zelf)hypnose?

2 De onderzoeksgroep

Dit onderzoek betreft 90 jongeren, allen patiënt op de kind- en jeugdpsychiatrische polikliniek van het Gemeenteziekenhuis (Merwedeziekenhuis) te Dordrecht. De leeftijd ten tijde van het onderzoek varieert van 9 tot 24 jaar (zie diagram 1).

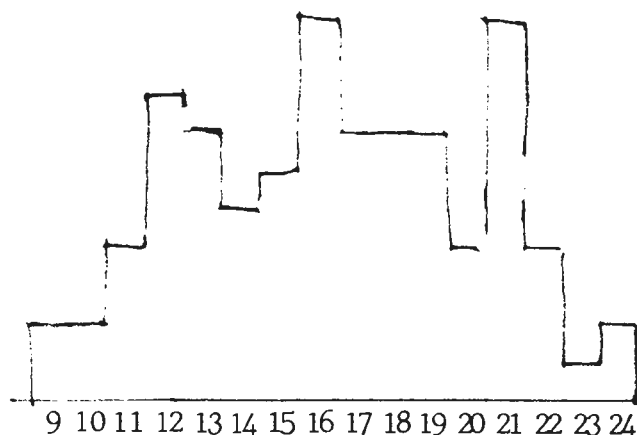


diagram 1

Deze patiëntengroep is beslist geen aselechte, representatieve groep Nederlandse jongeren, zodat er geen algemene statistische conclusies kunnen worden getrokken over de hypnotiseerbaarheid of over persoonlijke eigenaardigheden van Nederlandse jongeren van die leeftijdscategorie. Toch blijkt er een goede correlatie (Pearson's $r = 0,86$; $p < 0,05$) te zijn tussen de oogrol (zie verder) die bij deze groep is gemeten, vergeleken met de bevindingen van Spiegel² (1981). Ook de correlatie van de gewone inductiescores (GIS) tussen beide groepen is goed ($r = 0,73$; $p < 0,05$). Spiegel's onderzoeksgegevens betreffen 410 jongeren tot en met 24-jarige leeftijd die zich bij hen voor behandeling hebben aangemeld.

3 Is deze methode als test praktisch goed uitvoerbaar?

De uitleg die van te voren wordt gegeven is dat het een methode betreft om iemands concentratievermogen en zijn ervaringen met een hypnoseoefening te vergelijken met de uitkomst bij andere jongeren. Dit staat betrekkelijk los van de vraag of

-d-

in de verdere behandeling ook hypnose zal worden gebruikt. Slechts twee patiënten hebben de inductie voortijdig afgebroken op grond van zichtbare angst. Het betrof een dertienjarig meisje met suikerziekte, dat destijds steeds vaker ontregeld geraakte omdat ze rommelde met haar diët en met de insuline injecties die ze zichzelf dagelijks moest toedienen. Ze gaf vooral pijn van de naald als bezwaar op, waarvoor ze dan ook door de kinderarts was doorverwezen (zelfhypnose bijbrengen) maar het was snel duidelijk dat het probleem meer inhield dan alleen de pijnlijkheid van de prikken, en dat het om groeiend protest tegen haar ziekte en de bijkomende betutteling ging. Ze was dan ook niet te winnen voor het idee van zelfhypnose om de pijn te verminderen en voelde de inductie, waarvoor ze dan wel aarzelend haar toestemming gaf, blijkbaar toch als contrôleverlies, c.q. een machtsovername door de therapeut waar ze niets van moest hebben. Het haperde technisch gesproken op zijn minst in de timing en in de motivatie. Zodoende weten we niets over haar eventuele hypnotiseerbaarheid. De andere afbreker was een borderline-jongen (DSM-III) met sterke angsten. Diverse andere patiënten met deze diagnose hebben echter wèl meegewerkt en sommigen van hen hebben er later ook therapeutisch nut van gehad.

Wantrouwen en verzet tegen contrôleverlies heeft blijkens de notities nog bij drie andere adolescenten een rol gespeeld, maar zonder dat dit tot afbreken van de procedure heeft geleid. Eén van hen bleek een 'subnormaal' en één een 'afwijkend' profiel te scoren en nummer drie had -als enige- een oogrol van nul en geen enkele bruikbare hypnotiseerbaarheid. De bevindingen bij deze drie patiënten zijn dan voor tweërlei uitleg vatbaar:

- a) De uitkomsten zijn onbetrouwbaar door gebrekkige medewerking;
- b) De uitkomsten geven een betrouwbare indicatie van gestoorde resp. afwezige hypnotiseerbaarheid.

Academisch is dit interessanter dan voor de praktijk.

Bij alle overige patiënten was medewerking geen probleem en kon de inductietest in 5 à 8 minuten worden afgenomen. Het AOD-vragenlijstje was gewoonlijk vooraf afgewerkt; dit neemt ook 5 tot 8 minuten in beslag. (HIP- en AOD-scorelijst zie bijlage).

4 Correleert de HIP met de GIS?

De HIP bestaat, zoals hierboven reeds is uiteengezet, uit een cijfer voor de oogrol (inclusief een eventuele correctie voor optredend scheelzien) en een kwalificatie voor de feitelijk optredende hypnotische verschijnselen bij de procedure die op de oogrol volgt. In het vervolg van dit artikel wordt telkens onderscheid gemaakt tussen zg intacte hypnotische inductieprofielen (waarbij de hypnotische verschijnselen stroken met de verwachtingen op grond van de oogrol), en subnormale & afwijkende HIP's (waarbij deze verschijnselen beneden de verwachtingen blijven), alsmede het zg nulprofiel waarbij de oogrol nul is en geen hypnotische verschijnselen optreden. In tabel 1 zijn de HIP- en GIS-scores van de onderzoeksgroep opgenomen.

HIP			GIS						
	intact profiel		subn./afw. & O-profiel	totaal			N		%
	N	%		N	%		N	%	
0	-	0	2	2	2	afgebroken	2	-	
1	2	3	-	2	2	0 - 3	11	13	
1,5	1	1	-	1	1	3,25 - 5	1	1	
2	9	12	5	14	16	5,25 - 6	6	7	
2,5	11	15	1	12	14	6,25 - 7	9	10	
3	22	30	3	25	28	7,25 - 8	14	16	
3,5	4	5	1	5	6	8,25 - 9	23	26	
4	25	34	2	27	31	9,25 - 10	24	27	
	N = 74	100%	N = 14	N = 88	100%		N = 88	100%	

tabel 1

Bij het hoge percentage dat HIP = 4 scoort moet worden aangetekend dat slechts 6,5% een zuivere oogrol = 4 heeft en dat de overige 27,5% de score = 4 bereikt door de correctie voor het scheelzien.

Interessant is de vraag in hoeverre de score van de HIP bij iedere patiënt correleert met diens GIS. Hiermee wordt immers al dan niet een statistisch verband aangetoond tussen

een biologisch gegeven (oogrol + scheelzien) en het optreden van hypnotische verschijnselen bij deze gestandaardiseerde inductie.

Daartoe is de groep van de intacte profielen afzonderlijk van de groep der niet-intacte & nulprofielen vergeleken met de GIS van de onderzoeksgroep. Het gaat hierbij om het statistisch verband tussen de twee waarden per patiënt. Pearson's correlatiecoëfficiënt r voor de intacte HIP-scores en de GIS-scores is 0,56. Dit is statistisch significant ($p < 0,05$), al is het natuurlijk bij lange na geen volmaakte correlatie ($r=1$).

Uit de aard der zaak is geen significante correlatie gevonden tussen de niet-intacte en nulprofielen en de overeenkomstige GIS-scores. Een niet-intact profiel is immers gedefinieerd als een lagere hypnotiseerbaarheid dan met de waarde van de oogrol overeenkomt, en van de nulprofielen zijn er te weinig om statistiek toe te laten.

5 Voorspelt de score iets over het nut van toepassing van hypnose in de behandeling van de patiënt?

Dit is een ingewikkelde kwestie. Men mag er niet vanuit gaan dat hypnose alleen (of vooral) zin heeft bij patiënten die hoog scoren op een hypnotiseerbaarheidstest, al pleegt de procedure dan wel gemakkelijker te gaan en is er dan ook een grotere mate van vrijheid in technieken.

Evenmin geldt dat hypnose bij mensen met een lagere score therapeutisch niet zinvol kan zijn. H.Spiegel zou nogal wat patiënten hebben ontgoocheld die van heinde en ver voor behandeling naar hem waren toegereisd en in luttele minuten, na het afnemen van de HIP werden afgewezen omdat ze te laag scoorden (Sacerdote,1983).* Een Canadese tandarts/kaakchirurg heeft indruk gemaakt met zijn voordracht over zijn zelfhypnose bij een galblaasoperatie, waarbij hij triomfantelijk opmerkt dat hij bij H.Spiegel 'slechts een twee' had gescoord (Rausch,1983). Hij beseft blijkbaar niet dat hij daarmee een 'middenklasser' is, en toont hiermee onbedoeld aan dat ook iemand met een matige hypnotiseerbaarheidsscore tot grootse prestaties in staat kan zijn, mits de voorbereiding en uitvoering uiterst

*Sacerdotes mededeling leent zich vrijwel niet voor verificatie.

serieus in zijn werk gaat.

Een strakke analyse van de behandelingsresultaten bij de Dordtse onderzoeksgroep is helaas niet te geven, en de inschatting van het effect van hypnose bij de therapieën die hieronder wordt gegeven, blijft derhalve aanvechtbaar. De onderzoeksgroep is samengesteld uit vrijwel alle kinderen en jongeren vanaf 9 jaar die door de auteur vanaf 1981 in een intakegesprek zijn gezien en die hij merendeels vervolgens in behandeling heeft gehad. Bij 53 (bijna 60%) heeft hypnose ook een aandeel in de behandeling geleverd. Bij drie patiënten van de onderzoeksgroep is de therapie nog in een vroeg stadium; zij zijn in tabel 2 niet opgenomen. Het percentage niet-intacte & nulprofielen in de subgroep die met (onder meer) hypnose is behandeld wijkt niet af van het percentage in de totale onderzoeksgroep en bedraagt circa 16%. Blijkbaar heeft een dergelijke score inderdaad geen merkbare invloed op de indicatiestelling van de auteur gehad.

hypnose belangrijk in therapie	hypnose marginaal toegepast	effect redelijk gunstig	effect dubieus of nul	HIP intact	niet-intact
				GIS hoog	laag
				25	4
			10	8	2
			11	8	3

tabel 2

Uit tabel 2 kan worden opgemaakt dat het percentage goed hypnotiseerbare jongeren van dezelfde orde van grootte is (circa 80%) onder degenen bij wie het effect van de hypnose als 'redelijk gunstig' respectievelijk 'dubieus' of 'nul' is ingeschat. Ook de patiënten met niet-intacte HIP en lage GIS zijn redelijk

over de drie categorieën verdeeld.

Is de oogrol een goede inductiemethode bij (zelf)hypnose?

<u>eerste inductie</u>	<u>'verdieping'</u>	<u>uitleiding</u>	<u>herinleiding</u>
oogfixatie	oogrol (soms)	terugtellen	oogrol
duimnagelfixatie	geleide fantasie		tellen
evt.poppetje	blijven praten op de ademhaling		fantasie oppakken
oogrol			<u>zelfinductie</u>
handlevitatie			oogrol
geleide fantasie			gecombi- neerde instructie
diversen			

tabel 3

In tabel 3 heeft de auteur zijn meest gebruikte primaire inductiemethodes in de linkerkolom vermeld. Behalve de snelle methode van de oogrol pleegt hij nog een conventionele inleidingsmethode toe te passen, als daar een aanleiding voor is. De patiënt kan daarna zelf uitmaken welke manier hem/haar het beste bevalt. De meeste jeugdigen verkiezen dan de oogrol.

Als primaire inductietechniek doet de oogrol niet onder voor andere beproefde methodes, maar een karakteristiek verschil met langduriger inleidingen zoals oogfixatie, is dat de patiënt na de oogrolinductie helder blijft, makkelijk iets terug kan zeggen en ook beweeglijker is, terwijl bij langduriger inleidingen de Γ ontspanning en passiviteit en ook een geringe bereidheid tot spreken opvallen. De trancediepte lijkt hierdoor geringer te zijn. De vraag doet zich hiervoor: ligt dit aan de methode (oogrol), aan de doelgroep (jongeren) of aan de therapeut (de auteur)? Om deze vraag te beantwoorden is een onderzoeksopzet met meer doelgroepen en meer therapeuten wenselijk. Vooralsnog houdt de auteur het voor waarschijnlijk dat de trancediepte niet wezenlijk verschilt omdat er geen verschillen zijn in de gebruikelijke hypnotische fenomenen

Γ diepe

als concentratie, dissociatie en het optreden van spontane en parallelle verschijnselen. Het komt hem minder juist voor de trancediepte af te meten aan de mate van ontspanning of passiviteit c.q. de moeite die het kost om met de betrokkene te communiceren. Iemand kan vanzelfsprekend in diepe trance ook diep in zichzelf verzonken zijn, maar dat is geen noodzakelijke voorwaarde en hangt vermoedelijk ook af van de wijze waarop de therapeut de inductie begeleidt, met andere woorden van 'command aspects'. Nodigt hij de patiënt van het begin af aan uit om terug te praten dan blijft dit goed mogelijk ook als hij technieken gebruikt om de trance te verdiepen. Laat hij de patiënt daarentegen lange tijd zwijgend toehoren, dan kost het meer moeite hem in een later stadium tot spreken te bewegen. De auteur heeft een uitgesproken voorliefde voor levendig contact tijdens de hypnose, zodat het ook wel aan hem zal liggen. Ten derde zijn kinderen en jongeren, ook in hypnose, beweeglijker, spontaner en zelfs grilliger dan de meeste volwassenen, waardoor vergelijking van deze categorie met volwassen patiënten in hypnose misleidend kan zijn. Hun trance ligt erg dicht tegen hun gewonere bewustzijnstoestand c.q. belevenissen aan, zodat men goed moet kijken om het verschil te zien.

Ook bij jongeren is het dikwijls wenselijk na een inductie een verdiepingsfase te laten volgen. Het is nog maar de vraag of dit tot essentiële verdieping leidt, maar op zijn minst mag men aannemen dat ermee wordt bevorderd dat de betrokkene aan die toestand gewend raakt en een bestendige concentratie bereikt. De voornaamste voorwaarde (althans zeker bij jongeren) is dat de patiënt geboeid blijft door wat er gebeurt, dus door wat de therapeut doet en wat de patiënt zelf ervaart. Aansluiting bij het fantasieleven van de betrokkene maar ook bij zijn belangstelling en voorliefde (bv voor een bepaalde sport of bezigheid) ligt hierbij voor de hand. Kortom, het gaat bepaald niet alleen om zo'n mechanische techniek als de oogrol (of een andere droge techniek), wil men een kind of adolescent in een effectieve hypnose brengen en houden.

Overigens past de auteur de oogrol bij verdere behandelingszittingen vaak toe in combinatie met bv. oogfixatie. Dit ligt voor de hand wanneer de patiënt op het laatste nippertje buiten adem met zijn zware schooltas de trap op en de kamer binnen stormt. Een praatje vooraf is dan wel (trouwens in andere gevallen ook wel) op zijn plaats. Als het de bedoeling is dan hypnose toe te passen wordt de patiënt gevraagd naar één punt te blijven kijken. De therapeut praat daarbij in een geleidelijk langzamer ritme, waardoor de patiënt rustiger gaat ademen en zich gaat concentreren op het gebeuren. Als die rust en concentratie zijn bereikt (dit duurt meestal maar enkele minuten) wordt de patiënt uitgenodigd de oogrol te doen waarna de procedure verder gaat met bv. een geleide fantasie. Deze combinatie werkt effectiever dan elke van de twee methodes afzonderlijk. Ook als de patiënt op een later tijdstip, op verzoek of spontaan, uit hypnose komt is een simpele oogrol voldoende om weer terug in trance te geraken. Andere snelle technieken zijn hier natuurlijk ook toe te passen. Ook als zelfinleidingstechniek voldoet de oogrol in de praktijk goed (bv. bij een bedplasser voor het slapen gaan), zolang deze het tenminste serieus en geconcentreerd blijft doen. Vaak treedt er echter na verloop van tijd gewenning en erosie op, zodat de procedure als een verplicht 'avondgebedje' wordt afgeraffeld en daarmee zinloos is geworden. Het is bij jongeren zaak de methodes en technieken telkens weer te variëren en de eigen fantasie van de patiënt hierbij ook te mobiliseren.

7 Correleert de gemeten hypnotiseerbaarheid met de AOD-score?

De HIP blijkt bij deze onderzoeksgroep statistisch niet significant te correleren met de AOD-score ($r = 0,16$); ook de GIS correleert niet significant ($r = 0,20$) met de AOD-score.

Een belangrijke onderdeel van het AOD-vragenlijstje (zie bijlage) is onderdeel C dat vijf vragen omvat. Hier blijkt de correlatie zelfs vrijwel nul te zijn ($r = 0,07$).

De eerste vraag van het AOD-lijstje luidt "Als je héél aandachtig televisie kijkt of een boek leest, vergeet je dan wel eens waar je bent? [zo ja:] heb je dan wel eens gehad dat je

na afloop verbaasd was dat je gewoon in de kamer zat?" Een score van 3 kan als indicatief en een score van 5 als een zeker teken van het optreden van spontane alledaagse trances worden opgevat. Men kan verwachten dat er een behoorlijke correlatie is met de hypnotiseerbaarheid van de betrokkene. In de Dordtse onderzoeksgroep was er inderdaad sprake van een significant verband ($r = 0,35$; $p < 0,05$) tussen de score op deze vraag en de gewone inductiescore (GIS). Maar al is dit statistisch significant, toch is deze correlatie vrij zwak en niet een gegeven om in de praktijk op af te gaan.

8 Conclusies

a) De auteur heeft als routine bij vrijwel alle kinderen en adolescenten die hij voor intake en behandeling heeft gezien het hier beschreven onderzoek verricht. De methode van de oogrol volgens Spiegel & Spiegel (vaak korthedshalve met de 'HIP' aangeduid) is praktisch goed uitvoerbaar en neemt slechts vijf tot acht minuten in beslag. De trance die daaruit voortspuit wordt door de patiënt in het algemeen niet als anders ervaren dan een op andere wijze ingeleide hypnose.

b) De score van de oogrol correleert bij een intact profiel significant met de gewone inductiescore (GIS), ($r = 0,56$; $p < 0,05$). Aangezien in de GIS de score van de oogrol zelf niet is vervat, doch alleen een aantal standaard hypnotische verschijnselen worden gescoord, mag worden geconcludeerd dat de HIP een zinvolle test van de hypnotiseerbaarheid is. Vergelijking met andere hypnotiseerbaarheidstests viel buiten de opzet van dit onderzoek.

c) De score van de HIP noch die van de GIS laten in een individueel geval een voldoende betrouwbare voorspelling toe over de bruikbaarheid van hypnose in de behandeling van die patiënt. Een hoge score is nog geen garantie en een lage score sluit de mogelijkheden met hypnose nog niet uit.

De auteur heeft zich bij de beslissing om hypnose al dan niet in de behandeling van een patiënt te gebruiken, daarvan

niet laten weerhouden door een niet-intact profiel of een lage score. De percentages van die 'ongunstige' categorie verschillen niet tussen de subgroep die wèl en de subgroep die in het verdere verloop níet met hypnose is behandeld. Op de achtergrond heeft bij de auteur een zekere scepsis meegespeeld over de nogal categorisch aandoende opvatting van de Spiegels dat zulke patiënten niet of nauwelijks voor hypnotherapie geschikt zijn. Met het nodige geduld, de nodige fantasie en de bereidheid ook andere methodes uit te proberen blijken vele patiënten die in eerste instantie weinig hypnotiseerbaarheid lieten zien (en dus laag scoorden), uiteindelijk toch zinvol met hypnose te behandelen te zijn. Andere factoren zoals vertrouwen, interesse, groeiende motivatie, geven dan vermoedelijk de doorslag.

Anderzijds staat uiteraard als een paal boven water dat goed hypnotiseerbare patiënten, wanneer tot hypnotherapie wordt overgegaan, in principe behandeltechnisch in het voordeel zijn.

d) Afgezien van de waarde van deze methode als meetinstrument staat voor de auteur de waarde ervan als inductiemethode buiten kijf. Daarbij kan men ook de vrijheid nemen tot variaties en combinaties van technieken over te gaan.

Voor zelfhypnose is deze methode goed te gebruiken.

Als kinderen of adolescenten met verschillende inducties kennis hebben gemaakt verkiezen ze zelf meestal de oogrol.

e) Er blijkt uit dit onderzoek geen verband tussen de met deze methode gemeten hypnotiseerbaarheid en de AOD-score. Dit vragelijstje blijkt geen betrouwbare voorspelling te kunnen doen over de uitkomst van een proefinductie, noch kwantitatief (de hoogte van de score) noch kwalitatief (welke hypnotische verschijnselen bij uitstek bij de betrokkene te verwachten zijn). Deze laatstgenoemde pretentie hebben de Spiegels wel, maar -al is dit in dit artikel niet nader toegelicht- een duidelijk verband is bij deze onderzoeksgroep niet gevonden. De enige vraag die een zekere, en statistisch significante

-m-

indicatie geeft blijkt de vraag naar het optreden van spontane alledaagse trances te zijn.

f Literatuur

- Rausch, V. (1983) Cholecystectomy wit self-hypnosis. Lezing Inter.Congress of the Israel Society of Hypnosis in Psychotherapy and Psychosomatatic Medicine. Haifa, aug28-sept2
- Sacerdote, P (1983) Persoonlijke mededeling op bovengenoemd congres
- Spiegel H. & D. Spiegel (1981), Therapie en Trance, Stafleu, Alphen aan de Rijn / Brussel.

COSCHAP PSYCHIATRIE: FORENSISCHE PSYCHIATRIE

Na de achtervolging
en arrestatie
geen dief,
maar een ondeugend kind,
bang voor straf.

Onzeker leest hij
de naderende boete
af
van gezichten
die hem bewaken.

Zijn eenzaamheid,
zijn zorg voor eten,
zijn angst
weer betrappt te worden,
zijn verdwenen.

Het hoeft niet meer.

De maatschappij
wringt zich in bochten
ook hem
een bestaan
te geven.

september 1969.

COSCHAP KEEL-, NEUS- EN OORHEELKUNDE I

Uit een waar arsenaal
medische attributen
pak ik een instrument
en dring binnen
in een voor mij
opengesperde mond.

Als de wurggeluiden opklinken
begrijp ik
dat ik het gezien moet hebben,
gezien moet hebben
waar de patient ziek is.

Ik keek en ik keek,
maar alles wat ik zag
was
een opengesperde mond
die wurggeluiden maakte.

juli 1968.