



www.DirectieveTherapie.nl

Dank voor uw download

U kunt er natuurlijk uit citeren, graag zelfs, maar dan wel met bronvermelding. U mag dit artikel ook ruimhartig verspreiden mits het niet voor commerciële doeleinden is. In die gevallen pas na onze schriftelijke toestemming.

Opname in bloemlezingen en readers moedigen wij aan, maar wel graag eerst even overleggen.

Alle rechten van de artikelen liggen bij
de Stichting Cognitie en Psychose.

Voor alle vragen:
info@gedachtenuitpluizen.nl

De behandeling van een suggestibel meisje dat dwangmatig vragen stelt¹

Paul van den Nouweland*

Samenvatting

Bij klachten die in de literatuur als dwang worden omschreven, speelt hypnose doorgaans in de behandeling geen rol van betekenis, ook al doordat patiënten met deze klachten meestal niet zeer hypnotiseerbaar zijn. In dit artikel wordt een kortdurende behandeling beschreven van een meisje van elf jaar met dwangachtige klachten waarbij hypnose wel een belangrijke rol speelde in de behandeling. Haar angsten (en haar dwangmatig geruststelling vragen) berustten op een sterke suggestibiliteit. In de behandeling werd gedragstherapie (waaronder een 'response-cost') en hypnose (een 'cue-conditioning procedure') toegepast. Dit laatste om haar suggestibiliteit te gebruiken om haar weerbaarder te maken voor angstprovocerende stimuli.

Inleiding

Als bij de dwangstoornis van een kind het vragen om geruststelling centraal staat, dan zullen de ouders – begrijpelijk – het kind geruststellen. Dit geruststellen heeft op korte termijn succes en is daarmee belonend voor beide partijen. Op langere termijn houdt het echter meestal de problemen in stand, doordat geen exposure plaats kan vinden.

Gedragstherapie en medicamenteuze therapie (antidepressiva) hebben het meeste effect bij dwangstoornissen bij volwassenen (De Haan & De Wit, 1990) en waarschijnlijk geldt dit ook voor kinderen (De Haan 1990).

Dth-lezers zullen bekend zijn met de gedragstherapeutische strategie voor volwassenen met dwangverschijnselen zoals die beschreven is door Hoogduin et al. (1977) en kennen misschien ook de variant die voor kinderen ontwikkeld is (Hoogduin & De Haan, 1984). Bij deze variant wordt het gezin zodanig geïnstrueerd dat bij het kind exposure plaats kan vinden.

In de hier beschreven behandeling van een elfjarig meisje (Aafke) dat op het eerste gezicht dwangmatig geruststelling vroeg, werd een dergelijke behandeling toegepast. Naast exposure werd ook gebruik gemaakt van hypnose. Dit is opmerkelijk daar patiënten met dwangklachten bekend staan om hun sterke behoefte te hebben aan controle, wat toepassing van hypnose moeilijk maakt (Udolf, 1981; Hoogduin & De Jong, 1984; Raemaekers, 1989). Een punt van discussie is of Aafke's vragen om geruststelling wel als dwangmatig vragen gezien moest worden.

* DRS. P.C.H.M. VAN DEN NOUWELAND is als klinisch psycholoog verbonden aan het Streekziekenhuis te Zevenaar en is daarnaast werkzaam als vrijgevestigd psycholoog/psychotherapeut. Correspondentieadres: Afdeling psychologie, Streekziekenhuis Zevenaar, Postbus 9000, 6900 GA Zevenaar.

Intake

De ouders van Aafke vertellen dat Aafke geruime tijd door een kinderarts behandeld werd wegens buikpijnklachten en diarree. Deze arts kon geen oorzaken vinden. Met een dieet zonder melk en melkproducten verdwenen de symptomen in eerste instantie; later kwamen ze echter terug, nu vergezeld van hoofdpijnklachten. Haar ouders geven nu ook aan dat Aafke zich van allerlei aantrekt. Ze komt niet voor zichzelf op, heeft weinig zelfvertrouwen en is vaak angstig. De kinderarts verwijst haar vervolgens naar de afdeling psychologie van het ziekenhuis.

Aafke's ouders vertellen de psycholoog hetzelfde verhaal. Op school durft ze niet goed voor het bord te komen, of een antwoord te geven als de juffrouw haar wat vraagt. Kijkt ze televisie dan vindt ze snel iets zielig of eng en ze gaat er ook naar over dromen. Ze is snel bang. Overdag praat ze meestal niet over wat haar dwarszit. Dat lijkt haar aard te zijn (haar vader is net zo). 's Avonds in bed gaat ze tobben en huilen. Dan pas vertelt ze haar ouders wat haar bezighoudt. Ze is overigens bang dat haar ouders boos op haar worden wanneer deze weten dat ze last heeft van angsten. Aafke's lichamelijke klachten zouden verband kunnen houden met haar tobberijen.

Zowel de lichamelijke klachten als het geringe zelfvertrouwen zijn twee jaar geleden begonnen, nadat haar ouders haar hondje hadden 'weggedaan'. (Reden: een allergie van haar dertienjarig zusje.)

De ouders beschrijven Aafke als een aanhankelijk meisje met een lief karakter. Ze heeft een boezemvriendin. Ze haalt hoge cijfers op school. De ouders hebben haar karate aangeraden om 'haar wat zekerder te maken'. Ze gaat alleen naar de karatelessen als haar vriendin meegaat.

Aan het eind van het eerste contact dringen de ouders erop aan dat de therapeut met Aafke alleen praat. De therapeut vindt dit een goed idee. Moeder, die Aafke voor het tweede contact bij de therapeut brengt, heeft de moeilijkheden in een briefje samengevat.

'Problemen, waar Aafke echt mee zit, maar waar wij haar niet mee kunnen helpen, althans niet weten hoe. Het zijn feiten die ze moet leren accepteren.

- 1 Wij moesten de hond wegdoen, omdat onze oudste dochter er allergisch voor is. De hond is bij vrienden, ze kan er vaak naar toe, maar ze accepteert niet, dat de hond niet meer van haar is.*
- 2 Ze heeft nog maar één oma. Beide opa's zijn overleden; met oma van moeders kant is al zeven jaar geen contact meer, op één vruchteloze poging na.*
- 3 Jessica is twee jaar ouder; mag dus meer dingen, andere dingen, krijgt meer zakgeld en mag later naar bed.'*

Moeder vraagt of de therapeut over deze moeilijkheden met haar dochter zou willen praten. De therapeut is het ermee eens dat het de moeite waard is deze ideeën van de ouders te onderzoeken. Hij stelt voor drie contacten met Aafke alleen te hebben en dan opnieuw met het hele gezin te praten. In deze drie gesprekken onderzoekt de therapeut de ideeën van de ouders, maar hij vindt geen aanwijzingen dat Aafke nu speciaal met de genoemde moeilijkheden worstelt. Aafke stelt zich afwachtend op, lijkt in haar gedrag jonger dan je op grond van haar kalenderleeftijd zou verwachten. Aafke lijkt zeer trance-gevoelig: de gebeurtenissen waarover ze vertelt lijkt ze tijdens dat vertellen opnieuw te beleven, haar ogen draaien regelmatig naar boven en ze lijkt geabsorbeerd door wat de therapeut vertelt (Olness & Gardner, 1988). Wat de hypnotiseerbaarheid betreft heeft ze haar leeftijd mee: de hypnotische responsiviteit is het grootst tussen het zevende levensjaar tot het eind van de puberteit (De Moor, 1991).

Na twee gesprekken met Aafke belt moeder bijna in paniek op; ze wil snel een afspraak, want de moeilijkheden met Aafke zijn sterk toegenomen. 's Avonds en 's nachts gaat Aafke zeer vaak naar haar ouders om gerustgesteld te worden. Zij komen bijna niet meer aan slapen toe. Moeder vindt de toestand onhoudbaar en wil advies, ook al omdat de onderwerpen waar Aafke over piekert in feite futiliteiten zijn. Ze laat zich bang maken door buurjongetjes, die haar vertellen dat ze van haar mascotte kanker krijgt, en dat kabouters, heksen, monsters en tovenaars ècht bestaan. De ouders hebben haar inmiddels verboden televisie te kijken, daar ze alles eng vindt, zelfs het zo aardige programma Sesamstraat, en over alles wat ze heeft gezien gaat piekeren.

Diagnose en strategie

Als voorlopige diagnose wordt gesteld: dwangmatig geruststelling vragen (in de zin van een *Obsessieve-Compulsieve Stoornis DSM-III-R 300.30*) en hoofd- en buikpijn bij een meisje met weinig zelfvertrouwen. De lichamelijke klachten worden beschouwd als lichamelijke equivalent van de spanning in situaties waarin Aafke zich onzeker voelt. De therapeut besluit eerst het dwangmatig vragen te behandelen, omdat dit naar zijn mening en die van de ouders het meest urgent is.

De therapeut baseert zijn aanpak op de strategie van Hoogduin en De Haan (Hoogduin & De Haan, 1984; Hoogduin, 1986): het vragen stellen voorschrijven en de gezinsleden instrueren hierop anders dan gebruikelijk te reageren.

Als het ergste dwangmatig vragen voorbij zal zijn, kan de behandeling gericht worden op het vergroten van haar zelfvertrouwen. Gezien Aafke's gebleken hypnotiseerbaarheid lijken zgn. Ik-versterkende technieken, mogelijk aangevuld met de emotieve imaginatie volgens Lazarus (Cladder, 1990) een goede mogelijkheid. Als de veronderstellingen kloppen, moeten de lichamelijke klachten verdwijnen als Aafke meer zelfvertrouwen krijgt.

Behandelfase 1

In het kader van de aanpak van het dwangmatig vragen stellen, geeft de therapeut de volgende toelichting en instructie: Aafke is op een leeftijd gekomen dat ze zelf moet leren ontdekken wat plagerijen zijn en wat niet, en dat zij *zichzelf* ervan moet leren overtuigen, dat ze geen kanker krijgt van haar mascotte en dat kabouters en heksen e.d. niet bestaan; haar ouders kunnen dit niet voor haar doen – dat is gebleken. Aafke mag natuurlijk wel aan haar ouders vertellen wat haar dwarszit, 't liefst op het moment dat ze dit merkt. Voor ze 's avonds naar bed gaat, kijkt ze nog even of er onderwerpen zijn waarmee ze het moeilijk heeft. Zijn die er dan kan ze deze op een briefje schrijven, zodat ze ze niet vergeet en ze de volgende dag met haar ouders kan bespreken. (Ze zorgt er zelf voor, dat pen en papier klaarliggen.) Mocht ze deze meteen met haar ouders willen bespreken, dan kan dat, maar dan volgt de consequentie dat ze de volgende avond een kwartier eerder naar bed moet, om slaap in te halen. Op het dwangmatig vragen wordt zo min mogelijk ingegaan. Daarnaast geven de ouders extra aandacht op momenten dat ze niet bang is. Het verbod van de ouders om televisie te mogen kijken wordt ingetrokken, uiteraard om vermindering te voorkomen. Aafke en haar ouders gaan

met deze aanpak akkoord; Aafke en de therapeut besluiten tot slot samen dat 'kabouters, heksen, monsters, tovenaars, en andere ...' niet bestaan.

Verandering van strategie

Aanvankelijk verdwijnen de problemen 's avonds, maar ze komen snel verhevigd terug. Aafke laat zich nog meer opjatten door leeftijdgenootjes. Ze is haast niet meer te kalmeren. Haar ouders zijn ten einde raad. Dit is in strijd met wat de therapeut verwacht had: het aanvankelijk verminderen van de klachten en het daarna versterkt terugkeren wijst niet bepaald op extinctie: dan zouden de klachten juist eerst tijdelijk moeten toenemen om daarna af te nemen.

Het lijkt erop alsof de therapeut het interactionele (operante) deel van Aafke's klachten overschat heeft en de angstkant onderschat. Gezien haar reacties op de bangmakerij door leeftijdgenootjes, het sterk reageren op televisieprogramma's en haar hoge hypnotiseerbaarheid begint de therapeut te vermoeden dat zij te weinig weerbaar is tegen negatieve suggesties.

Van der Hart (1987) schrijft, dat er mensen zijn wier tekort aan zelfvertrouwen te wijten is aan het gegeven dat zij te zeer openstaan voor suggesties. Een idee of advies van een ander werkt bij hen als een hypnotische suggestie. Het gaat dan een eigen leven leiden, buiten hun eigen wil om. Dit proces zou er bij Aafke uit kunnen zien als in figuur 1.



Figuur 1

De angststimuli bij Aafke zijn 'angstaanjagende' beelden op de televisie en de griezelige verhalen van buurjongetjes.

Van der Hart (1987) beschrijft twee behandelingen waarbij 'mensen met een grote gevoeligheid voor suggestie leren zich in hypnose beter te beschermen tegen ongewenste

invloeden van buitenaf. Het geloof in de macht van de ander en in de macht van diens suggesties – en derhalve in eigen onmacht – kan omgezet worden in het geloof in eigen kunnen.’ Hij noemt verschillende metafore technieken, waarbij *cue-conditioning* een belangrijke rol speelt: door het laten maken van een gebaar wordt automatisch de gewenste mentale instelling gerealiseerd.

Er zijn overigens verschillende variaties van *cue-conditioning*, met toepassingen op uiteenlopende gebieden, zoals assertiviteitsproblemen en fobieën, respectievelijk beschreven door Hoogduin (1980) en Bandler & Grinder (1979). Deze laatsten spreken van ‘ankeren’. Cladder (1990) past de *cue-conditioning* toe in de procedure ‘het remmen van angst met een goed gevoel van vroeger’.

De essentie van de *cue-conditioning* procedure is het koppelen van een bepaald (gewenst) gedrag en of een bepaalde (gewenste) emotie aan een bepaald gebaar of lichaamshouding. Door het maken van een bepaald gebaar of het aannemen van een bepaalde lichaamshouding komt dan als vanzelf de gewenste emotie of het gewenste gedrag. In en buiten hypnose oefent de cliënt een aantal malen, totdat de koppeling stevig verankerd is. Met hulp van post-hypnotische suggesties kan de koppeling bekrachtigd worden. Vervolgens kan de cliënt in de gewenste situatie dat bepaalde gebaar maken of die lichaamshouding aannemen en op deze manier de gewenste emotie of het gewenste gedrag realiseren (bijv. ontspannen en alert zijn door de rechtervuist te ballen bij een examen).

Behandelfase 2

De therapeut probeert Aafke met hypnose een techniek te leren waarmee zij zich kan beschermen tegen nare suggesties. Daarnaast besluit hij de operante aanpak iets te wijzen.

Gedragstherapie

‘s Nachts kan Aafke vier punten verdienen. Elke keer dat ze naar haar ouders gaat, levert ze één punt in. Met de punten kan ze iets leuks verdienen. Zo valt er voor Aafke iets te verdienen. Verder wordt afgesproken dat één van de ouders haar elke avond een verhaal voorleest uit ‘Pippi Langkous’: Pippi kan dienen als model van een assertief meisje.

Hypnotherapie

De therapeut verwacht op reeds genoemde gronden dat Aafke gemakkelijk in trance zal geraken. Als inductie wordt voor een handlevitatie gekozen. Na de inductie biedt de therapeut mogelijkheden voor bescherming tegen ‘verhoogde suggestibiliteit’: Aafke kan kiezen tussen een ‘beschermend harnas’ of een ‘magische cirkel’.

De inductie

De therapeut vraagt Aafke gemakkelijk te gaan zitten – ze legt haar handen in haar schoot –, vraagt haar haar ogen te sluiten en vraagt of ‘je je voor kunt stellen, dat er een ballon aan je rechterpols zit, met een touwtje. Zo’n ballon die gevuld is met gas, lichter dan lucht.’

Als ze ‘ja’ gezegd heeft, vraagt de therapeut welke kleur die ballon heeft, of er een gezichtje op staat en of ze kan voelen dat die ballon naar boven wil, omdat die gevuld is met een gas, lichter dan lucht. En of ze kan voelen dat haar arm daarmee lichter wordt en ook mee naar boven wil gaan.

Op dat moment is haar arm al vrij van haar schoot. De therapeut wacht even af tot haar arm zowat horizontaal staat en zegt dan: ‘En zo meteen knip ik bij je pols het touwtje van de ballon door, en dan kan je arm langzaam naar beneden gaan, terug in je schoot, terwijl die ballon dan in de verte verdwijnt, terwijl je hem nakijkt.’

Hierna doet Aafke spontaan haar ogen open en de therapeut complimenteert haar met het feit dat ze zich deze verschijnselen zo goed voor kan stellen.

Cue-conditioning

Dan legt de therapeut haar voor: ‘Je kunt je dingen zo goed voorstellen, dat het haast net echt lijkt. Daarom ook ben je zo snel bang van allerlei griezelverhalen van andere kinderen en zo. En daarom wil ik je iets leren. Ik wil je leren minder snel bang te zijn door je een soort harnas te geven, of een soort magische cirkel, een tovercirkel. Weet je wat een harnas is?’ De therapeut laat haar een plaatje zien van een ridder met een harnas. ‘Wat zou je willen, zo’n soort harnas dat je beschermt, of liever een magische cirkel?’

Aafke kiest voor een magische cirkel. ‘Die maak je natuurlijk zó’, zegt de therapeut en hij maakt een beweging met een hand boven zijn hoofd, alsof hij een groot aureool aanwijst. Hij vraagt haar om hem na te doen, met haar ogen dicht, en de cirkel goed te ‘voelen’. Ze bevestigt dat ze hem goed kan voelen.

‘Oké, en als je deze magische cirkel trekt, dan word je niet meer bang van allerlei griezelverhalen. Dan kun je er tegenaan kijken en nadenken of het echt iets is om bang voor te zijn, of dat het iets is waar je niet bang voor hoeft te zijn.’

Aafke knikt. De therapeut en zij oefenen nog een keer. Als hij dan vraagt of ze nu weet wat ze kan doen als ze bang wordt, knikt ze en maakt ze een vage beweging boven haar hoofd. De therapeut doet het nog eens duidelijk voor: ‘Kijk, zó.’

Op weg naar moeder, die in de wachtruimte zit, komen de therapeut en Aafke een secretaresse tegen. Hij stelt Aafke voor de magische cirkel gelijk uit te proberen en vraagt de secretaresse een griezelig verhaal te vertellen. Zo gezegd, zo gedaan. De secretaresse doet goed haar best en vertelt een beslist eng verhaal. Aafke kijkt naar haar met een blik van ‘Stel je niet zo aan’. Tot slot vertellen Aafke en de therapeut aan moeder wat ze gedaan hebben.

Resultaten van de behandeling

In het volgende contact meldt Aafke's moeder dat de klachten er niet meer zijn. Aafke kijkt iemand die haar bang wil maken aan met een gezicht van 'Wat maak je me nou', vertelt moeder. In het begin vergat ze af en toe de cirkel te trekken; haar moeder herinnerde haar er dan even aan. In deze periode was er een ernstig vliegtuigongeluk gebeurd. Ze heeft gewoon naar de televisiebeelden gekeken. 'In het begin (van de televisiereportage) trok ze de cirkel', vertelt moeder. Het bleek dat Aafke in het gezin het meest nuchter op het ongeluk reageerde.

De therapeut maakt met Aafke en haar moeder afspraken over de beëindiging van het beloningsschema 's avonds. Tot slot demonstreert Aafke op verzoek van de therapeut hoe zij nu haar cirkel trekt. In de volgende zitting geven zij aan, dat er geen lichamelijke klachten meer zijn. Aafke vraagt geen geruststelling meer en slaapt 's nachts gewoon door. Er is geen hulpvraag meer en in overleg besluiten de therapeut, moeder en Aafke het contact af te sluiten.

Follow-up

Bij de eerste en tweede follow-up (na respectievelijk drie en acht weken) meldt moeder dat er geen klachten meer zijn; het gaat gewoon prima met Aafke. Ook bij de derde follow-up na vijf maanden meldt moeder dat er geen klachten meer zijn: Aafke vraagt geen geruststelling meer en ze wordt 's nachts zelden of nooit meer wakker. Ze heeft aanzienlijk meer zelfvertrouwen. Ze gebruikt de cirkel bij bijzondere gebeurtenissen, zoals twee maanden terug, toen haar vader een hartinfarct had. Door het trekken van de cirkel bleef paniek uit en reageerde ze adequaat. Ook nu gebruikt ze de cirkel weer veel, want ze heeft net een spreekbeurt gehad en ze is bezig met de Cito-toets. Alleen bij deze gebeurtenissen heeft ze last van wat hoofd- en buikpijn. Die worden echter minder als ze de 'magische cirkel' trekt. Ze heeft het nooit meer over 'kabouters, heksen, monsters, tovenaars en andere...'

Discussie

- 1 De behandeling lijkt twee belangrijke bestanddelen te hebben bevat: a. de 'response-cost' voor het dwangmatig geruststelling vragen en b. de bescherming tegen een te grote suggestibiliteit (en voor de daaruit voortvloeiende lichamelijke klachten).
- 2 Het is de vraag of het dwangmatig vragen bij Aafke wel opgevat moet worden als een vorm van dwang in de zin van een *Obsessieve-Compulsieve Stoornis*. De DSM-III-R diagnose 313.00 *Overmatige Angststoornis (Overanxious Disorder)* past (achteraf) zeker beter! Als kenmerken van deze angststoornis noemt de DSM-III-R : (voor een periode van zes maanden of langer) buitensporige en irreële bezorgdheid, lichamelijke klachten waarvoor geen lichamelijke oorzaak gevonden kan worden, opvallende verlegenheid, buitensporige behoefte aan geruststelling over verschillende problemen en een opvallend gevoel van gespannenheid of onvermogen zich te ontspannen. Het lijkt erop of bij Aafke het tekort aan zelfvertrouwen en de excessieve behoefte aan geruststelling centraal stonden. Dit laatste luidde tot de conclusie: dwangstoornis. De therapeut had beter moeten weten onder meer

omdat hij zelf had vastgesteld dat Aafke goed hypnotiseerbaar was, in afwijking van het gegeven dat patiënten met dwangklachten bekend staan om hun beperkte hypnotiseerbaarheid.

- 3 Aafke vertelde dat als ze de cirkel trekt, ze dit beleeft als 'Even alleen met mezelf zijn'. Kennelijk beschouwt ze de 'magische cirkel' als een 'veilige ruimte' (Cladder, 1990). Gezien het verloop van de behandeling had de 'magische cirkel' voldoende kracht om haar zelfvertrouwen te laten toenemen.
- 4 De moraal van dit verhaal en de les voor de therapeut lijkt dat magische ideeën (net als alle andere ideeën) soms beter gebruikt dan bestreden kunnen worden. Dus een les in 'utilisatie' (Erickson & Rossi, 1983).
- 5 Een grote suggestibiliteit kan leiden tot verschillende problemen (Van der Hart, 1987); in combinatie met 'enge' televisiebeelden en plagende buurjongetjes kan het leiden tot angstige gedachten en dwangmatig geruststelling vragen. En bij dergelijke 'dwangklachten' kan hypnotherapie helpen.

Abstract

In case of complaints which are described in the literature as compulsive, hypnosis doesn't play generally an important part in the treatment. This because of the fact that the patients with these complaints are less hypnotizable. In this article a short term intervention is described from an eleven years old girl with compulsive complaints by which hypnosis did play an essential part in the treatment. Her anxieties (and her compulsive asking for reassurance) were based on a strong suggestibility. In the treatment behavioural therapy (including response cost) and hypnosis (a cue conditioning procedure) were applied. The latter to use her strong suggestibility and make her more defensible for anxiety provoking stimuli.

Noot

- 1 Dit artikel is een bewerkte versie van een werkstuk geschreven in het kader van de B-opleiding psychotherapie van de Nederlandse Vereniging voor Hypnotherapie. De auteur is dank verschuldigd aan Hans Cladder en Onno van der Hart, Marlijn en Marijke.

Referenties

- Bandler, R., & Grinder, J. (1981). *De betovering van de taal (de neuro-linguïstische methode voor gedragsverandering – Werkvoorbeelden)*. Haarlem: De Toorts.
- Cladder, J.M. (1990). *Hypnose als hulpmiddel bij psychotherapie*. Amsterdam/Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Cladder, J.M., Van Borselen, W., & Nijhoff-Huijsse, M. (1986). *Gedragstherapie met kinderen en jeugdigen*. Amsterdam/Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Erickson, M.H., & Rossi, E.L. (1983). *Exploraties in hypnotherapie*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Haan, E. de (1990). De behandeling van obsessief-compulsieve stoornis bij kinderen. In: C.A.L. Hoogduin, H.G.M. Rooijmans, P. Schnabel, K. van der Velden, & F.C. Verhulst (red.), *Jaarboek psychiatrie en psychotherapie, deel 3* (pp. 84–95). Houten/Antwerpen: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Haan, E. de, & Wit, C.A.M. de (1990). Angst- en stemmingsstoornissen. In: W. Vandereycken, C.A.L. Hoogduin & P.M.G. Emmelkamp (red.), *Handboek psychopathologie, deel 1* (pp. 422–439). Houten/Antwerpen: Bohn Stafleu Van Loghum.

- Hart, O. van der (1987). Hypnose voor mensen die te zeer openstaan voor suggesties. In: O. van der Hart & G. Schurink, *Strategieën in hypnotherapie* (pp. 161-171). Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Hoogduin, K. (1980). Hypnotherapie bij een vrouw met angst voor het eten in gezelschap. In: K. van der Velden (red.), *Directieve therapie 2* (pp. 350-354). Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Hoogduin, K. & Haan, E. de (1984). De interactionele behandeling van kinderen met dwangverschijnselen. In: K. Hoogduin & E. de Haan, *Directieve therapie bij kinderen en adolescenten* (pp. 59-70). Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Hoogduin, K., Hart, O. van der, Dyck, R. van, Joele, L., & Velden, K. van der (1977). De interactionele behandeling van dwangmatig controleren. In: K. van der Velden (red.), *Directieve therapie 1* (pp. 114-131). Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Hoogduin, K. & Jong, P. de (1984). Hypnotiseerbaarheid en hypnotherapie bij dwangneurose: eerste bevindingen. *Dth*, 4, 320-326.
- Hoogduin, K. (1986). *De ambulante behandeling van dwangneurosen*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Minuchin, S. (1973). *Gezinstherapie*. Utrecht: Het Spectrum.
- Moor, W. de (1991). Empirische variabelen: inductie, subject en operator. In: R. van Dyck, Ph. Spinhoven & J.W. van der Does (red.), *Hypnose en hypnotherapie* (pp. 50-78). Houten/Antwerpen: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Olness, K. & Gardner, G.G. (1988). *Hypnosis and hypnotherapy with children*. Philadelphia: Grune & Stratton.
- Oudshoorn, D.N. (1985). *Kinder- en adolescentenpsychiatrie*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Raemaekers, K. (1989). *Vergelijkend onderzoek met de Stanford Hypnotic Clinical Scale (SHCS) en de Creative Imagination Scale (CIS) bij een dwangpopulatie en een controlegroep* (dissertatie). Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen.
- Udolf, R. (1981). *Handbook of hypnosis for professionals*. New York: Nostrand Reinhold.