



[www.DirectieveTherapie.nl](http://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](mailto:info@gedachtenuitpluizen.nl)

# Schemagerichte cognitieve hypnotherapie bij een zedendelinquent: een gevalsbeschrijving

Jacqueline Janssen \*

---

## Samenvatting

*De metaforische-imaginatietechniek wordt in dit artikel beschreven als toepassing binnen de cognitieve-gedragstherapie van een forensische cliënt. De man pleegde ontucht met vier verstandelijk gehandicapte mannen tijdens het uitvoeren van zijn werk als hulpverlener. Toen hij tegen de lamp liep, werd hij veroordeeld en in het kader van een voorwaardelijke gevangenisstraf voor behandeling doorverwezen naar een forensisch psychiatrische polikliniek. In de eerste fase van de behandeling lag het accent op het verkrijgen van inzicht. De disfunctionele cognitieve schema's die ten grondslag lagen aan zijn delict, werden in kaart gebracht. Duidelijk werd dat deze man door een emotionele verstreveling met zijn moeder in zijn jeugd niet de identiteitsontwikkeling heeft kunnen doormaken die hem tot een zelfstandig en autonoom persoon had moeten maken. Eigen gevoelens en verlangens maakte hij ondergeschikt aan die van anderen uit angst dat dezen hem zouden verlaten. Dit leidde tot onvoldoende zelfcontrole en disfunctionele uitingen in zijn gedrag, zoals extreme aanpassing en uiteindelijk delictgedrag. Terwijl in de meeste behandelingen zelfcontrole als het meest haalbare doel wordt gezien, kan deze behandeling met hypnosetechnieken, in het bijzonder de interventie van de metaforische imaginatie, resulteren in een verandering van de persoonlijkheid.*

## Inleiding

Slechts één op de vijf zedendelinquenten die in Nederland wordt veroordeeld, krijgt een behandeling aangeboden (Frenken, 1999). Het overgrote deel wordt gestraft met een taakstraf of met een verblijf in de gevangenis. De druk vanuit de samenleving, die vindt dat dit soort 'monsters', zoals ze in de media vaak worden afgeschilderd, achter de tralies moet, speelt hierin een rol. Uit onderzoek is gebleken dat bij gestraften terugval eerder regel is dan uitzondering (Janssen, 2000). Om het recidiverisico terug te dringen is behandeling geboden. De aard van de behandeling is afhankelijk van de ernst van het delict en de (persoonlijheids)stoornis. Pro Justitia-rapporteurs doen na een psychiatrisch of psychologisch onderzoek uitspraken over de toerekeningsvatbaarheid en adviseren de rechtbank over eventuele behandeling. Poliklinische behandeling van zedendelinquenten vindt meestal plaats onder de juridische titel van een bijzondere voorwaarde.

De meeste behandelingen van zedendelinquenten zijn gericht op 'zelfmanagement' oftewel interne controle. Een eerste stap in de behandeling is het op zich nemen van de volledige verantwoordelijkheid voor het delict. Ontkenning en minimaliseren van

---

\* DRS. J.M.E.P. JANSSEN is psycholoog/psychotherapeut. Zij is werkzaam bij Kairos, de forensisch psychiatrische poli- en dagkliniek van de Pompestichting te Nijmegen. Correspondentieadres: Kairos, Weg door Jonkerbos 55, 6532 CN, Nijmegen. E-mail: J.Janssen@Pompestichting.nl

hetgeen ze gedaan hebben, kunnen als cognitieve vervormingen worden opgevat. Deze zullen eerst erkend en bewerkt moeten worden. Van alle behandelvormen blijkt de cognitieve-gedragstherapie het meest erin te slagen om recidive te verminderen (Bulten, Zwemstra, & Pulles, 2001; Frenken, 1999; Marshall, 1996, 1999; Marshall, Anderson, & Fernandez, 1999). Binnen de therapie is aandacht voor de cognitieve vervormingen (ontkenning, verdraaiingen, minimaliseren van het delict), het gevoel van eigenwaarde, slachtofferempathie en het sociaal en relationeel functioneren (Marshall, 1999).

De toepassing van cognitieve therapie op persoonlijkheidsstoornissen is begonnen met Beck (1967) en Young (1990). Mensen met een persoonlijkheidsstoornis hebben volgens Beck en Young *een vroeg onaangepast schema*. Volgens de schematheorie is een schema '(...) een (cognitieve) structuur om stimuli die op het organisme inwerken te screenen, coderen en evalueren (...). Op basis van een matrix van schema's is het individu in staat om zich te oriënteren in relatie tot tijd en ruimte en om ervaringen op een betekenisvolle wijze te categoriseren en te interpreteren (...)' (Beck, 1967, p. 283). Deze schema's worden al heel vroeg in het leven van een kind ontwikkeld en als een soort levensstrategie wordt hieraan vastgehouden. De cliënt heeft helaas geen alternatieve schema's tot zijn beschikking, in tegenstelling tot wat het geval is bij klinische stoornissen, zoals depressies, waar alternatieve functionele schema's nog latent aanwezig zijn. De vroeg ontwikkelde schema's sturen in belangrijke mate de interpretatie van nieuwe gebeurtenissen en ervaringen. De informatie wordt zo geselecteerd en vervormd, dat ze consistent is met het schema (Arntz & Bögels, 2000). In therapie kunnen oude, disfunctionele schema's enigszins worden bijgeschaafd, maar bij de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen wordt zo mogelijk een hoger doel nagestreefd, namelijk het veranderen van de persoonlijkheid. Dit kan alleen door het creëren van nieuwe, functionele en 'gezonde' schema's.

Schema's omvatten vaak kennis die niet gemakkelijk geverbaliseerd kan worden (Arntz & Bögels, 2000). Korrelboom (2001) is van mening dat cognitief-gedragstherapeutische behandelingen nog effectiever en efficiënter kunnen zijn dan de huidige, als er een vertaalslag zou kunnen worden gemaakt van de 'niet-verbale wijzen en principes van informatieverwerking' naar therapeutische acties en programma's. In de hier beschreven behandeling wordt met de gebruikte hypnosetechnieken een dergelijke vertaalslag gemaakt.

Hypnose kan als therapeutisch gereedschap een wezenlijke bijdrage leveren aan de schematherapie. Het verkeren in een hypnotische trance maakt het de cliënt mogelijk om nieuwe schema's te vormen niet louter via een verbaal proces, maar ook juist via beelden en lichaamssensaties. Terwijl al bekend is dat hypnose een algemene faciliterende werking op therapiefactoren heeft (Spinhoven, 1991; Van der Does & Van Kalmthout, 1991) en dat het kan leiden tot een adequater functioneren (Erickson & Rossi, 1993), lijkt het nu waarschijnlijk dat hypnose ook een herstructurende werking heeft op de cognitieve schema's van mensen met een persoonlijkheidsstoornis.

De cliënt in dit artikel kreeg een voorwaardelijke gevangenisstraf en een taakstraf opgelegd en werd door de reclassering, in het kader van die voorwaardelijke straf, verwezen voor een behandeling binnen een forensisch psychiatrische polikliniek. Het behandel aanbod voor deze man met een gemengde (borderline, afhankelijke en ontwijkende) persoonlijkheidsstoornis bestond uit individuele cognitieve-gedragstherapie, individuele dramatherapie en een groepstherapie gericht

op terugvalpreventie. Het aanleren van zelfmanagement stond centraal binnen de groepstherapie, die deze cliënt een jaar lang volgde. Binnen de individuele cognitieve-gedragstherapie volgens het model van Young (1990), die zo'n tweeënehalf jaar duurde, werden de disfunctionele cognitieve schema's die tot het delictgedrag hebben geleid, opgespoord. Vervolgens was de behandeling gericht op het aanleren van nieuwe cognitieve schema's. In de dramatherapiesessies lagen de accenten op emotieregulatie en het experimenteren met nieuw rolgedrag in een veilige setting.

Binnen de individuele cognitieve-gedragstherapie werd de cliënt aangemoedigd om nieuw gedrag te gaan vertonen dat incompatibel is met de tot dan toe gehanteerde strategieën en dat als functioneel kan worden beschouwd. Hij nam afscheid van oude schema's, zoals het vermijden van conflicten en zich afhankelijk opstellen van anderen, moest deze voortdurend bevechten, en onderwijl werden nieuwe schema's gevormd en versterkt. Hierbij werd gebruikgemaakt van diverse hypnosetechnieken en in het bijzonder van imaginatie met behulp van metaforen, hierna 'metaforische imaginatie' genoemd. Met behulp van deze techniek leert iemand spanning te visualiseren (grootte, vorm, kleur) en deze met behulp van suggesties van de therapeut te transformeren naar een ander beeld. Eerder werd metaforische imaginatie effectief gebruikt in de behandeling van klinische stoornissen als chronische spanningshoofdpijn (Hoogduin, Melis, Rooimans, & Spierings, 1991; Janssen & Hoogduin, 1994) en van pijnklachten (Van der Heiden, 2000). In dit artikel wordt de techniek toegepast om nieuwe cognitieve schema's te ontwikkelen in de behandeling van een persoonlijkheidsstoornis.

Mensen met een persoonlijkheidsstoornis zijn, in de schemagerichte benadering, in hun groei naar volwassenheid op een aantal gebieden over- of onderontwikkeld, te weten: autonomie, verbondenheid met anderen, eigenwaarde en realistische grenzen (Young, 1990). Onveilige hechting is een belangrijke factor die ertoe kan leiden dat men niet over de sociale en relationele vaardigheden beschikt die nodig zijn om 'normaal' te functioneren (Marshall, 1999). De een zal alles eraan doen om eenzaamheid te vermijden, de ander zal zich extreem onafhankelijk gedragen. Daders van zedendelicten hebben op het gebied van autonomie, verbondenheid met anderen, hun eigenwaarde en grenzen allen in meer of mindere mate problemen. Stressvolle gebeurtenissen gaan vaak vooraf aan het delictgedrag van plegers van seksuele delicten (Ward, Hudson, Marshall, & Siegert, 1995). Seksuele daders trachten, meer dan niet-seksuele daders, in stressvolle situaties hun emotionele spanningen en kwellingen te reguleren door dagdromen, fantaseren en een pathologische zelfingenomenheid (Enderl & Parker, 1990; Marshall, Serran, & Cortoni, 2000). Ward et al. (1995) beschrijven deze toestand als 'cognitieve deconstructie', een toestand waarin concrete onmiddellijke behoeften de leidraad zijn voor gedrag waarin de ongepastheid of de langetermijnconsequenties van dat gedrag niet, of in onvoldoende mate, in beschouwing worden genomen. Proulx, McKibben en Lusignan (1996) concludeerden in hun onderzoek bij seksuele daders dat interpersoonlijke conflicten en een negatieve emotionele toestand tot meer deviante fantasieën leiden en tot meer masturberen op deze fantasieën. Mannen die ooit een misstap hebben begaan op seksueel gebied brengen zichzelf met dit soort fantasieën in een verhoogde risicosituatie (Pithers, 1990; Ward & Hudson, 2000). Zedendelinquenten die een rijk imaginatievermogen hebben en veel fantaseren over delictgedrag, kunnen baat hebben bij technieken als metaforische imaginatie, die beogen met imaginaire suggesties de fantasie te sturen naar een acceptabel imaginair beeld.

Behandelsuggesties die Marshall et al. (2000) doen over de behandeling van zedendelinquenten, komen neer op het vergroten van gedrags- en cognitieve vaardigheden. Het is belangrijk dat cliënten die eerder in probleemsituaties geneigd waren zich terug te trekken, uitgerust worden met meer taakgerichte strategieën en effectievere vaardigheden aanleren om moeilijkheden te hanteren. Het vertrouwen op seks als een manier om spanningen te reduceren dient uiteindelijk bij deze cliënten te verminderen, omdat dit tot een verhoogde risicosituatie leidt en intimiteit in een volwassen relatie in de weg staat.

In dit artikel wordt eerst een gevalsbeschrijving gegeven, waarna de (disfunctionele) cognitieve basisschema's van de cliënt worden belicht. Hierop volgt een delictanalyse, waarin alle factoren in kaart zijn gebracht en de betekenis van het delictgedrag wordt opgespoord. De keuze van hypnosetechnieken in het therapieproces wordt beargumenteed en enkele technieken worden kort uiteengezet. Daarna volgt uitleg over de metaforische-imaginatietechniek. De toepassing van de metaforische-imaginatietechniek leidt tot verandering van lichaamssensaties en kernuitspraken en tot de ontwikkeling van nieuwe cognitieve schema's. Deze interventie kan als extra hulpmiddel worden ingezet binnen een cognitieve-gedragstherapie en reikt verder dan het beoogde zelfmanagement.

## **Gevalsbeschrijving**

De heer Kuipers<sup>1</sup> is vijftig jaar. Hij is veroordeeld wegens ontuchtplegingen met vier verstandelijk gehandicapte mannen in een periode van enkele jaren, tijdens de uitoefening van zijn werk als hulpverlener. Hij wordt in het kader van een voorwaardelijke gevangenisstraf door de reclassering voor behandeling verwezen naar een forensisch psychiatrische polikliniek, waar hij verschillende ambulante therapieën krijgt aangeboden: individuele psychotherapie, individuele dramatherapie en een groepstherapie gericht op terugvalpreventie.

De heer Kuipers is als oudste zoon opgegroeid in een rooms-katholiek gezin met zes kinderen. Vader had een dakdekkerbedrijf en was een hardwerkend man, die hoge eisen aan zichzelf en zijn gezinsleden stelde. De heer Kuipers omschrijft zijn moeder als een lieve, zorgzame en godsdienstige vrouw. Zijn ouders hadden vaak onderling conflicten, waardoor de gezinssfeer gespannen te noemen was. Als kind was hij verlegen en schuchter. Hij werd beschermd opgevoed, speelde weinig op straat met leeftijdgenootjes, was veel met moeder samen. Hij heeft altijd een hechte band met zijn moeder gehad, waar zijn vader buiten stond. De eerste dag dat hij naar de kleuterschool ging, betekende een kentering in zijn leven: hij voelde zich verlaten en volgens zijn herinnering heeft hij vanaf die tijd een moeilijke periode doorgemaakt. Steeds weer onderwierp hij zijn eigen gevoelens aan die van belangrijke anderen in zijn leven, probeerde het ze naar de zin te maken en kwam niet op voor zijn eigen wensen en behoeften.

Op twaalfjarige leeftijd ging hij naar een jongensinternaat. Dat was gebruikelijk in het milieu en de streek waar hij vandaan kwam. In de weekenden bleef de hechte band met moeder. Op zijn vijftiende jaar deed zij hem nog in bad en knipte zijn nagels. In de beschermde omgeving van het internaat heeft hij zijn seksuele ontwikkeling doorgemaakt. Hij voelde zich seksueel aangetrokken tot jongens. In zijn militaire

diensttijd heeft hij toch anderhalf jaar een relatie gehad met een vrouw. Hij verbrak deze relatie vanwege zijn homoseksuele geaardheid en kreeg hierna een relatie met een man, die veel voor hem betekende. Na tien jaar ging het mis, toen deze man steeds meer een eigen leven ging ontwikkelen en autonoom werd. Jaren later is deze vriend aan aids overleden. Hij heeft hem op diens verzoek begeleid in zijn stervensproces en, eveneens op diens verzoek, euthanasie bij hem laten toepassen. Na de verhouding met deze man, heeft hij jarenlang een lat-relatie gehad met een andere man. Zijn wens om met deze man samen te wonen is nooit verwezenlijkt. Dit was voor hem onverdraaglijk. Hij zocht (totale) verbondenheid met die ander, terwijl die ander in zijn beleving op afstand bleef. Dit was uiteindelijk de reden dat ook deze relatie misliep. Gedurende de relatie die hij met deze man had, kwam hij in het homocircuit terecht. Hij bezocht wilde dansfeesten in het discomilieu, met veel seksuele uitpattingen. Na deze periode heeft hij zich een tijdje teruggetrokken in het klooster.

Hij functioneerde vervolgens in zijn werk als groepsleider alsof er niets aan de hand was. Gevoelens van eenzaamheid en verlating waren er niet: ze werden weggewerkt. Hij stortte zich op zijn werk. De spanningen bleven onuitgesproken. Meer en meer trok hij zich terug in zijn werk met de verstandelijk gehandicapten. Enkele maanden na het overlijden van zijn ex-vriend begon hij de eerste seksuele handelingen met zijn pupillen uit te voeren. Evenals vroeger met 'vrienden' in het homocircuit, was het seksuele gedrag dat hij had met zijn pupillen te beschrijven als obsessieel. Hij kon zijn impulsen niet beheersen. Waar vroeger het risico lag in een besmetting met hiv, lag dat nu in het verliezen van zijn baan met alle gevolgen van dien. Het gaf hem in beide situaties een kick. Hoewel hij zich ervan bewust was dat hij fout bezig was door seksuele omgang te zoeken met deze jongens, die aan zijn zorg waren toevertrouwd in een hulpverleningsrelatie, was er in zijn beleving geen sprake van een delict. Volgens hem was er sprake van een wederzijds goedvinden en een wederzijds genoeg.

In de fase na de delicten, op het moment dat de heer Kuipers in behandeling ging, plaatste hij twee advertenties. Hij gaf hiermee uiting aan twee behoeften: vriendschap en seksueel contact. Via de ene advertentie zocht hij een 'vriend', waarmee hij activiteiten kon ondernemen op allerlei gebied. Een aantal van zijn vrienden had hem na de delicten namelijk de rug toegekeerd. Via de andere advertentie zocht hij seksueel contact ter bevrediging van zijn seksuele behoeften.

### ***De basisschema's van de heer Kuipers***

De heer Kuipers is in zijn keuzes afhankelijk van anderen, hij is op zoek naar een extreme verbondenheid, maar kan zich niet verbonden voelen met anderen op een veilige, stabiele manier en kan moeilijk stabiele intieme relaties aangaan met anderen. Hij heeft een gering gevoel van eigenwaarde en voor hem zijn er geen realistische grenzen.

De voornaamste disfunctionele basisschema's die in de vroege kindertijd zijn ontstaan tijdens een onveilig hechtingsproces met zijn ouders, zijn

- *verstrengeling/onderontwikkeld zelf*: hij is emotioneel verstrikt in relatie met een ander (moeder). Dit gaat ten koste van volledige individuatie en een normale sociale ontwikkeling. Hij is ervan overtuigd dat de ander niet kan overleven of gelukkig kan

zijn zonder voortdurende betrokkenheid of ondersteuning van hem. Hij ervaart leegte in zichzelf en versmelting met de ander.

- *onderwerping*: hij onderwerpt zich aan (vermeende) eisen van anderen ten koste van eigen wensen, meestal om (verwachte) straf, wraak, woede of verlating te voorkomen. Hij meent dat anderen zijn wensen, meningen en gevoelens verwerpen. Dit resulteert in overdreven (oppervlakkige) inschikkelijkheid, angst om 'betrap't te worden, onderdrukt emoties tegenover de ander met disfunctionele uitingen, zoals vermijdingsgedrag en een zich affectief terugtrekken.
- *onvoldoende zelfcontrole*: hij is niet in staat om voldoende zelfcontrole op te brengen. Dit heeft de functie van het niet hoeven uiten van excessieve gevoelens en impulsen. Hij vermijdt conflicten, emoties en verantwoordelijkheden. Dit gaat ten koste van persoonlijke vervulling.

### **Delictanalyse**

Hoe kwam de heer Kuipers tot de delicten? Wat bewoog hem ertoe, wat hield het in stand en welke betekenis en consequenties had het delictgedrag voor hem?

De basisschema's van de heer Kuipers zijn ontstaan op jonge leeftijd. Hij was een verlegen en kwetsbare jongen. De basisschema's 'verstrengeling, onderwerping en onvoldoende zelfcontrole' werden geprikkeld na de verlating van zijn vriend en de dood van zijn ex-vriend. Disfunctionele gedachten over zichzelf, de ander en zijn functioneren werden geactualiseerd. In schema:

**Tabel 1 Resultaten hypnotherapie plus conventionele behandeling bij psoriasis (N = 9)**

ZELF: 'ik ben niets waard', 'ik ben leeg zonder de ander', 'ik ben hulpeloos', 'ik kan niks, ik voel niks'.
ANDER: 'de ander heb ik nodig', 'de ander heeft mij veel te bieden, maar kan mij ook verlaten', 'de ander kan mij afwijzen, vooral als ik mijn gevoelens laat zien'.
FUNCTIONEREN: gediensstig opstellen naar de ander, laten insnoeren, terugtrekken, vermijding van alle ongemak.

an = anorexia nervosa met eetbuien; bn = boulimia nervosa; bed = binge-eating disorder (eetbuistoornis)

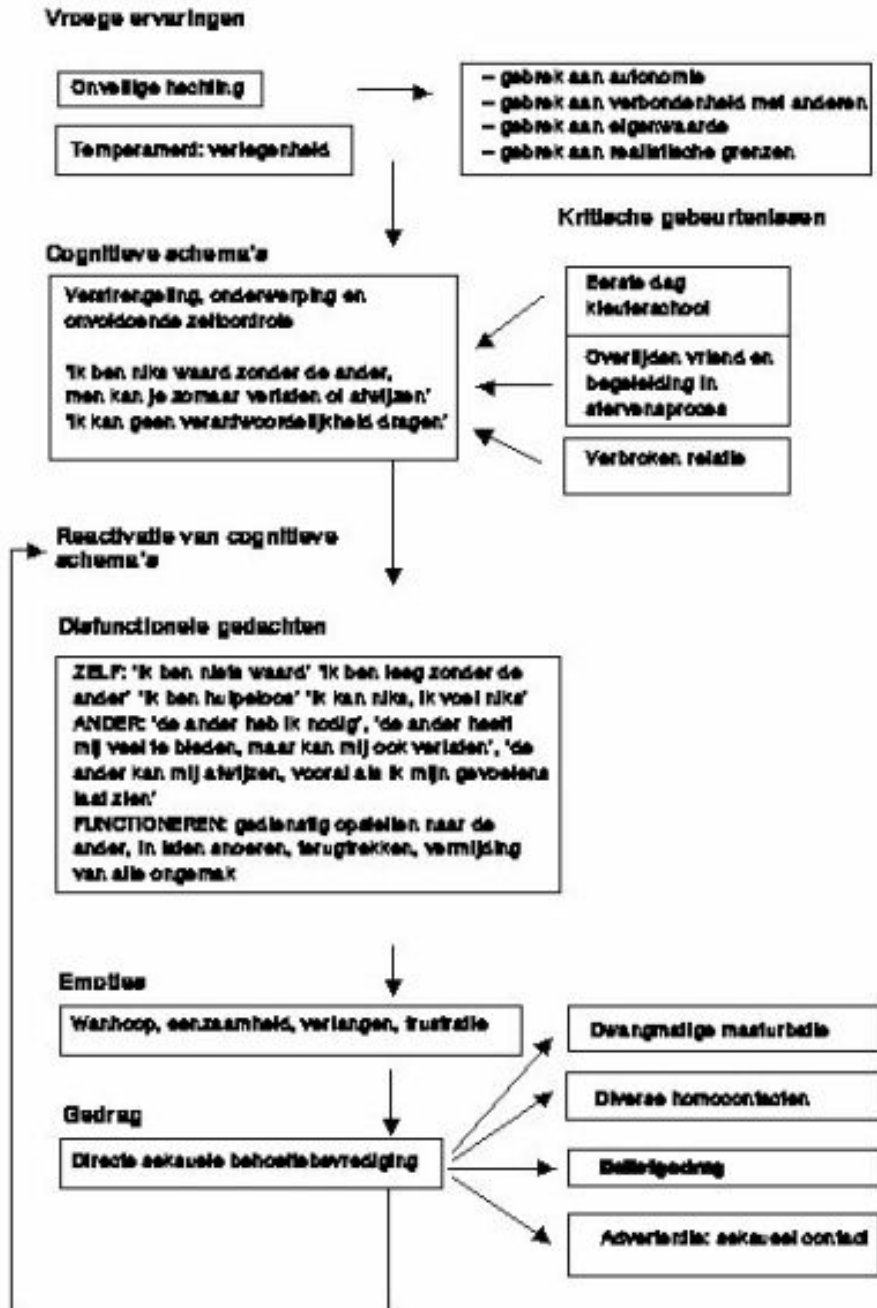
Belangrijke personen, met wie hij een zeer nauwe band had, zijn uit zijn leven verdwenen. Hij is leeg zonder die anderen. Dit leverde gevoelens op als wanhoop, eenzaamheid, verlangen en frustratie. Hij heeft echter al vroeg geleerd om zich af te schermen van gevoelens. Wanneer de vroege onaangepaste schema's worden opgeroepen, is zijn belangrijkste overlevingsstrategie die van 'schemavermijding'. Cognitieve en affectieve vermijding vinden plaats. Dat wil zeggen: gedachten en gevoelens worden automatisch of opzettelijk geblokkeerd. Hierop volgt onmiddellijk een dwangmatige seksuele behoeftebevrediging, een gedragsmatige vermijding. Door dit schemavermijdingsgedrag ontsnapt hij aan de pijn die inherent is aan de vroege onaangepaste schema's. Deze schema's worden zo echter wel in stand gehouden.

Op zijn twaalfde jaar raakte de heer Kuipers voor het eerst hevig verliefd op een jongen in het internaat. Hij kreeg zijn eerste kus, begon te fantaseren over de jongen en te masturberen. Hij zegt overigens hierover dat het ook een meisje had kunnen zijn. Het masturberen is altijd gepaard gegaan met een schuldgevoel, omdat het volgens het katholieke geloof niet mocht. De jongen in het internaat gaf hem aandacht en het was vooral de behoefte aan affectie (lees: fusie) die een resultante vond in seksueel

behoeftebevredigend gedrag. Dit is als een rode draad door zijn leven blijven lopen. In de twee belangrijke relaties in zijn leven vond hij wel intimiteit, maar wanneer hij zich gekwetst en tekortgedaan voelde, was er telkens een obsessionele hang naar seksuele behoeftebevrediging en die vond hij dan in (dwangmatig) masturberen, in diverse homocontacten op parkeerplaatsen of elders in de homoscene, in delictgedrag en bij de man met wie hij in eerste instantie een louter seksueel contact begon via een advertentie. Al deze gedragingen leverden hem op korte termijn lustgevoelens op, maar bleken op de lange termijn toch niet het gewenste effect te bieden. Aan zijn behoefte aan intimiteit werd namelijk niet voldaan. Wat hij zocht was emotionele koestering en steun.

Na het overlijden van zijn ex-vriend en de beëindiging van de relatie had hij zich voorgenomen resoluut te stoppen met alle seksuele uitpattingen op parkeerplaatsen en andere homogelegenheden. Hij vond dat hij goed bezig was, maar was ondertussen niet in contact met zijn gevoelens van verlating, frustratie en eenzaamheid. De spanning bleef, en hij ging fantaseren over mogelijke seksuele omgang met de pupillen die aan zijn zorg waren toevertrouwd. Hij mocht ze en was erg intiem met hen. Door de lichamelijke verzorging die ze nodig hadden, vond hij gauw een excuus om verder te gaan en ontuchtige handelingen waren het resultaat. Hij voelde zich verbonden met de pupillen en rationaliseerde dat het ook in hun belang was. Dit is een cognitieve vervorming die schemabevestigend werkt. Het contact met de groepsleden en het masturberen nadien werd dwangmatig. Het bood op de korte termijn wat ontspanning, maar op lange termijn bleef hij zich gespannen voelen en nam de leegte en eenzaamheid alleen maar toe. Uiteindelijk voelde hij zich verliezer en winnaar tegelijk. Vanuit een moreel weten, wist hij dat het niet goed was, wat hij deed. Maar het voelde prettig en hij was niet bij machte het dwangmatige gedrag zelf te stoppen. De behoefte om ermee naar buiten te komen werd gaandeweg groter, zodat hij zich ook onvoorzichtiger ging gedragen. De gêne naar de buitenwereld, waarvan hij zich had afgeschermd, was groot. In figuur 1 wordt de delictanalyse schematisch weergegeven.





Figuur 1 Delictanalyse

## Hypnose in het therapieproces

### *Waarom hypnose bij deze cliënt?*

Naar aanleiding van registratieopdrachten, waarin de heer Kuipers een chronisch verhoogde spanning rapporteerde, werd onderzocht of hypnose een hulpmiddel zou kunnen zijn voor hem ter ondersteuning van de gedragstherapeutische technieken in de behandeling. Na een korte uitleg en motivatie voor hypnose, induceerde de therapeut bij de heer Kuipers een lichte trance en werd er als eerste een veilige plek opgeroepen. Hij reageerde positief hierop en bleek goed hypnotiseerbaar. In zijn taaluitingen sprak de heer Kuipers vaak in beelden. Uitdrukkingen als 'ik voelde me klem gezet' of 'een last op mijn schouders' konden in een geleide fantasie verder worden geëxploreerd. Aangezien de heer Kuipers deze ervaringsgerichte manier van werken aansprak en deze een positief effect opleverde, werden ook in de volgende fasen van de therapie hypnosetechnieken ingezet.

### *Uitleg*

De therapeut legt uit dat hypnoseoefeningen hem zouden kunnen helpen om zich beter te ontspannen en zich te concentreren op hetgeen zich binnenin hem afspeelt. Ook het 'gewone' van 'het in een trance verkeren' benadrukt de therapeut, terwijl deze aangeeft dat hij de cliënt te allen tijde de controle heeft en deze niet aan de therapeut uit handen geeft. Integendeel: met behulp van hypnose zal hij juist zelfcontrole leren.

### *Hypnosetechnieken*

In de verschillende behandelfasen werd hypnose als hulpmiddel in het therapieproces ingezet, waarbij gebruik werd gemaakt van technieken als beschreven door Cladder (1994) en Edelstien (1991). Hierna volgt een korte opsomming van de meest gebruikte hypnosetechnieken in deze behandeling en het effect dat dit op betrokkene had.

In de exploratiefase werd gebruikgemaakt van de technieken leeftijdsregressie, 'kijken' door de camera en de *affectbridge*. De techniek voor leeftijdsregressie werd gebruikt om de kernproblematiek te onderzoeken. De heer Kuipers werd gesuggereerd terug te gaan in de tijd en een situatie op te zoeken, waarin hij met een belangrijke ander was, bijvoorbeeld vader of moeder, een situatie waarin zich iets afspeelde, waarvan hij nu als volwassene denkt: dat zou ik toch als ouder anders hebben gedaan. Het belangrijkste thema dat hierbij aan bod kwam, is de ervaren onveiligheid van de angstig-vermijdende hechting die in zijn jeugd heeft plaatsgevonden. De situatie waarin moeder hem als vijftienjarige jongen in bad deed en vader opeens binnen kwam lopen met een collega. De onveiligheid werd des te meer ervaren na de opgeroepen veiligheid in het hier en nu. De schema's 'verstremgeling' en 'onderwerping' werden hier duidelijk.

Met 'kijken' door de camera werden de delictscenario's in ogenschouw genomen. De therapeut liet hem de delicten beschrijven terwijl hij 'door een camera keek' en liet hem 'in de huid kruipen' van het slachtoffer. Door rolomkering onderging hij in de rol van de slachtoffers de seksuele handelingen en beschreef hij de gevoelens hierbij. Een

groei in het empathisch vermogen en het vergroten van de behandelmotivatie vanuit dit perspectief was hier het doel.

Met behulp van de techniek van de affectbridge werd op zoek gegaan naar de betekenis van zijn eenzaamheidsgevoelens. Toen de heer Kuipers een gevoel van eenzaamheid en van in de steek gelaten worden rapporteerde tijdens een van de sessies, werd dit gevoel als uitgangspunt genomen en werd vanuit dit gevoel een brug naar het verleden gelegd, naar een tijdstip waarop deze gevoelens voor hem als kind speelden. Hij werd zo teruggevoerd naar een traumatisch voorval, waarbij hij de emotionele verbinding direct beleefde en betekenis gaf: de dag dat hij naar de kleuterschool ging moest hij afscheid nemen van zijn moeder.

In de fase van stabilisatie en symptoomreductie ontstond emotionele erkenning van het ouderschap. Hij werd hierdoor emotioneel uit zijn evenwicht gebracht. Hij kreeg depressieve gedachten en gevoelens en suïcidegedachten. Hij voelde zich ook nog slachtoffer van de hele situatie. Naast een actief non-suïcidebeleid hebben we deze gevoelens, die voortkomen uit de schuldgevoelens, serieus genomen: hij kon ze toelaten en hoefde ze niet weg te stoppen. Hij realiseerde zich dat het een 'kwestie van verantwoordelijkheid nemen' was: niet alleen jegens zijn daden, maar ook de verantwoordelijkheid om te leven. Door die verantwoordelijkheid op zich te nemen, ervoer hij uiteindelijk meer kracht. In deze periode werden egoversterkende oefeningen toegepast.

In de volgende fase van verkenning en verdieping werden onder meer de metaforische imaginatietechniek, de egotoestand van Watkins, *reparenting* volgens Barnett en stil afreageren van Watkins toegepast. Met behulp van de metaforische imaginatietechniek werden typische kernuitspraken van de heer Kuipers over zijn lichamelijke sensaties als uitgangspunt genomen. Deze interventie zal ik hierna verder bespreken.

Met de techniek van de egotoestand van Watkins werden zogenaamde deelpersoonlijkheden geactiveerd en aangesproken. De heer Kuipers wilde het gedrag van 'Onzichtbare' veranderen. Zo noemde hij het deel dat 'zichzelf afsluiten' als enige strategie zag om een ander op afstand te houden en (het ondraaglijke) niet te hoeven voelen. Doel van de oefening was om 'Onzichtbare' naar voren te laten komen en afspraken te laten maken met 'Zichtbare'. Zo noemde hij het deel dat toestond om emoties te uiten.

Met de techniek *reparenting* volgens Barnett mocht het kinddeel, de zogeheten 'Onzichtbare', ervaren dat het er mocht zijn. 'Zichtbare' kreeg de opdracht om 'Onzichtbare' te helpen zichzelf te uiten en hem gerust te stellen.

De techniek 'stil afreageren' van Watkins werd toegepast om uiting te geven aan een lang onderdrukte woede ten aanzien van personen van vroeger. Gevoelens kwamen naar boven van woede en verongelijkheid. Dat alles zo is gegaan als het is gegaan, kon de heer Kuipers nog niet aanvaarden. De cliënt werd gevraagd zich voor te stellen dat hij zijn kwaadheid kon ontladen op een boomstronk die hij aan splinters kon slaan en vervolgens om te denken aan een vulkaan, die de hete lava uitspuwt en weer tot rust komt.

De laatste fase van de behandeling, de integratiefase, is weer gericht op de toekomst. Vooral het functioneren van de heer Kuipers in het hier en nu krijgt aandacht: zijn werk, zijn invulling van de opgelegde taakstraf, zijn vriendschappen, de behoefte aan seks, zijn sociale netwerk, zijn hobby's, zijn nieuwe relatie en de beleving van dit alles. Deze behandelfase wordt in het nazorgtraject voortgezet.

## **De metaforische-imaginatietechniek**

Met behulp van de metaforische-imaginatietechniek brengt de hypnotiseur bij het subject een imaginatieproces op gang met als doel de gewenste positieve reactie(s) te faciliteren. Deze techniek heeft als voordeel dat ze de cliënt een cognitieve strategie aanreikt, die deze als houvast kan gebruiken bij het reageren (Spinhoven, 1991).

Kernuitspraken of lichaamssensaties worden als uitgangspunt genomen voor het imaginatieproces. Onder hypnose vormt de cliënt, na de inductie, zich een beeld van de spanning die hij voelt in zijn lichaam. Gevraagd wordt die spanning te visualiseren in grootte, vorm of kleur. Daarna wordt bekeken in hoeverre die visualisatie door hem of de therapeut te beïnvloeden is en er veranderingen mogelijk zijn. Kernuitspraken als: 'Ik zie er geen gat in', worden letterlijk genomen en in het imaginatieproces geëxploreerd. Deze techniek heeft slechts zin bij cliënten die over voldoende imaginatievermogen beschikken en die deze wijze van werken als prettig ervaren.

De heer Kuipers voelt, zo blijkt uit zijn registratieopdrachten, aan het eind van elke dag spanning in zijn lichaam. Hij kent zijn eigen emoties niet of nauwelijks. Met behulp van de progressieve relaxatieoefening volgens Jacobson (Grol & Orlemans, 1979) leert de heer Kuipers zich te ontspannen. Na een oefening van progressieve relaxatie blijft zijn rechterhand gespannen aanvoelen. De therapeut vraagt hem welke sensaties of beelden dit bij hem oproept. Deze visualisaties exploreert de cliënt verder onder hypnose. Hij staat open voor de suggesties van de therapeut en in dit proces ontstaat ruimte voor andere beelden en sensaties.

Bij de heer Kuipers werden vier sessies gewijd aan dit imaginatieproces. Met posthypnotische suggesties en concrete hulpmiddelen die volgden uit het imaginaire proces kon de nieuwe ontwikkeling worden voortgezet.

## **Toepassing van metaforische imaginatie**

Terwijl de heer Kuipers spanning voelt in zijn rechterhand, beschrijft hij dat het net is alsof hij vastgebonden zit met een touw. Op de vraag wie hem dan zou hebben vastgemaakt, antwoordt hij dat hij dat zelf heeft gedaan. Met enige moeite kan hij zichzelf in de oefening ook weer bevrijden en het touw gebruiken als springtouw. Dit betekent: 'Ik heb mezelf vastgezet, ik kan mezelf ook weer losmaken. Het touw waarmee ik mezelf heb vastgezet, kan een andere functie hebben.'

***Op zoek naar de betekenis van 'het zichzelf vastzetten'***

T: 'Ga weer terug naar de situatie waarin je vastzat, je jezelf had vastgezet met een touw en beschrijf me waar je bent.'

K: 'Ik sta onder de (schilders)ladder, heb mezelf vastgebonden met het touw van de ladder' (het touw waarmee je kunt zekeren).

T: 'Wat maakt dat je jezelf daar vast moet zetten?'

K: 'Ik durf de ladder niet op, werk wat ik nog nooit gedaan heb, het nieuwe schrikt af' (bang om met het nieuwe te experimenteren).

T: 'Waarom je rechterarm, waarom bijvoorbeeld niet je voet?'

K: 'Weet ik niet...'

T: 'Kun je de film wat terugdraaien, naar het moment dat je nog 'los' daar staat?'

(,,)

T: 'Hoe voel je je?'

K: 'Heel gespannen...'

T: 'Waar zit die spanning, wat voor vorm heeft die spanning?'

K: 'Het is zwaar, heel zwaar. Deze klus... Maar ook mijn achtergrond: heel mijn verleden, de delicten, dat gewicht tors ik nu met me mee...'

T: 'Waar tors je dat mee? Waar in je lichaam?'

K: 'In mijn hele lijf...'

T: 'Heeft dat gewicht een bepaalde kleur?'

K: 'Helemaal zwart, het hele lichaam; het zwart hoort bij dit gevoel...' (delicten).

T: 'Zijn er nog andere kleuren? Andere gevoelens?'

K: 'Er komt rood als ik denk aan het moment dat de klus is geklaard...'

T: 'En dan zet je jezelf vast; je rechterarm en kijk wat dat doet met de zwarte kleur.'

K (corrigeert): 'Ik zet mijn linkerhand vast, daar voel ik nu spanning. Het zwart wordt lichter...'

T: 'En kijk even wat dit met je doet: terwijl je je linkerhand vastzet, je de grip niet meer kunt verplaatsen, niet kunt vergrijpen...'

K: (grinnikt, hoort de woordspeling)...

T: 'We gaan terug naar een van de delicten: kijk in deze scène naar je handen, wat doe je met je handen, je rechterhand, je linkerhand?'

K: 'Strelen met rechterhand, en ik help S. bij de toiletgang: ik veeg zijn kont af met rechterhand, terwijl ik penis vastpak met linkerhand.'

T: 'Wat gebeurt er als je deze hand vastbindt?'

K: 'Het zwart klaart op tot meer daglicht...'(dit kan het daglicht verdragen)

T: 'Wat zou je willen veranderen in deze situatie?'

K: 'Dat ik ook, terwijl ik niet vastgebonden zit, de normale handelingen kan doen, dat wil zeggen hem helpen, zonder zijn penis vast te pakken...'

De cliënt leert dat hij actief iets aan de situatie kan veranderen, dat hij daar niet afhankelijk van is. Een automatische gedachte uit zijn oude schema's van verstremgeling en onderwerping 'Ik ben hulpeloos en machteloos zonder ingrijpen van een ander', wordt aan het wankelen gebracht. Hij leert dat hij creatief kan omgaan met de spanningen.

De spanning in de linkerhand van de heer Kuipers is gerelateerd aan het delictgedrag. De kleur wordt lichter als hij zijn linkerhand vast zet. Dit betekent: Ik moet mezelf 'zekeren' om niet opnieuw 'de fout in te gaan', de grip vastzetten, opdat ik me niet meer zal 'vergrijpen'... Het besef is bij hem gegroeid dat hij ervoor moet waken dat hij niet grenzen van anderen zal overschrijden, waar dat besef vroeger ontbrak. Hij is zich ervan bewust dat hij externe controle nodig heeft.

Een ander voorbeeld van transformaties. De heer Kuipers uit de angst 'ingesponnen' te raken in bepaalde contacten. Hij wil zich niet inspinnen en beschrijft een scheefgroei, die volgens hem neerkomt op een dwangmatigheid op seksueel gebied. Hij stelt: 'Laat seks niet de baas over mij worden, ik wil de baas blijven over seks.' Hij geeft hiermee aan inmiddels inzicht te hebben verworven over het feit dat het gevoel van 'ingesponnen te zijn', het oude schema van de verstremgeling, de fusie met zijn moeder, leidt tot dwangmatig seksueel gedrag.

De uitspraak 'ingesponnen te zijn' nemen we als uitgangspunt voor een verkennende zoektocht. Hij ziet zichzelf ingesponnen in een cocon, als een dichtgeweven 'geval' in een spinnenweb. De ander ('X', een vriend), bij wie hij dat gevoel heeft, spint hem in met zijn verhalen, zijn privé-relaties, zijn verzoek om in zijn leefwereld binnen te komen. Hij toont geen verweer en wordt met de handen stevig tegen zijn lichaam ingesponnen. In de imaginair opgeroepen delictsituatie ziet hij zichzelf samen met de slachtoffers in de cocon ingesponnen:

T: 'Wie heeft jou ingesponnen?'

K: 'Ik heb mezelf in laten spinnen, de attributen heeft X aangedragen...'

T: 'Welke zijn deze attributen?'

K: 'X spint mij als het ware in met stevige draden. Zijn verhalen, zijn privé-relaties zijn de draden, zijn vragen om kennis te maken met zijn moeder, familie, om binnen in zijn leefwereld te komen. Stevig draait hij ze om me heen; mijn handen stevig langs mijn lichaam...'

T: 'Hoe zien die draden eruit?'

K: 'Het is stevig, plasticachtig touw, doorzichtig...'

T: 'Ik wil je vragen om terug te gaan naar de situatie dat X je begon in te spinnen, hoe voelt het?'

K: 'Onprettig, gevoel van "bezet" worden, onvrij, onverwacht; ook twijfel...'

T: 'Wat gaat er door je heen?'

K: 'Ik geef hem het voordeel van de twijfel en wacht af (...). Ik wil die vriendschapsrelaties met jou niet delen!'

T: 'Zeg dat maar hardop!'



K: 'X., ik wil niet constant met jouw vriendschapsrelaties bezig zijn, niet met al je vrienden of familie samen, als ik alleen met je ben, krijg ik meer de kans *om mezelf te zijn!*'

T: 'Hoe reageert hij hierop?'

K: 'Hij snapt het; hij laat de draad vallen, de draad valt van mij af op de grond.'

T: 'Hoe voelt dat?'

K: 'Goed...'

T: 'Ik wil even samen met je kijken naar het "seksuele, de scheefgroei" waar je het over had, hoe moet ik dat zien in die cocon? Door de wil en wensen van de ander zit je opgesloten in die cocon, wat is dan de scheefgroei?'

K: 'Het gebrek aan communicatie, door niet te participeren sta ik erbuiten...'

(...)

T: 'Ik wil je vragen terug te gaan naar de tijd van de delicten, de pupillen... Hoe was het daar?'

K: 'Aan de ene kant van de cocon begeleidde ik mijn pupillen, aan de andere kant vereenzelvigde ik me met hen, er was een grote mate van gevoelsmatige wederzijdsheid...'

T: 'Hoe moet ik me dan dat seksuele voorstellen? Je zit vastgebonden, geen contact, in je cocon met eigen wensen, eigen gevoelens, je staat erbuiten...'

K: 'Gevoelsmatig... ik vereenzelvigde me met hen...'

(...)

De cognitieve schema's van 'verstrengeling' en 'onvoldoende zelfcontrole' waren beide actief ten tijde van de delicten. Hij ging geheel op in de jongens die hij verzorgde. Het was alsof zijn verlangen het hunne was. Zijn verstandelijke vermogens leken uitgeschakeld. Hij werd gedreven door zijn seksuele impulsen die hij verwarde met intimiteit.

T: 'En dan sprak je ook nog van een dubbele bodem... Zullen we die eens onderzoeken? Bekijk de bodem, hoe ziet die eruit?'

K: (kan zich hier niet echt een beeld van vormen) 'Er is een luik...'

T: 'Open dat luik en kijk wat je ziet en waar je dan terechtkomt...'

K: 'Het is er zwart, donker...'

T: 'Ga er niet meteen in.'

K: 'Ik ben er al...'

T: 'Hoe ziet het eruit? Waar kom je terecht? En hoe voelt het?'

K: 'Ik maak een vrije val, kom nergens terecht... ik zweef rond... ik heb behoefte aan hartelijkheid en aanrakingen... er is verdriet... donker... ik kan nergens heen, hoogstens terug. Ik bevind me in de cocon...'

Hij ziet nog een paar slierten touw waaraan hij zich kan optrekken. Hij wil niet meer terug in de cocon, die symbool staat voor het oude schema van verstrengeling en zelfopoffering, en ziet kans om erlangs omhoog te komen. Al explorerend wordt verder

duidelijk dat, door zichzelf niet te uiten, hij zichzelf isoleert en zichzelf als het ware inkapselt in een 'cocon'.

Daarnaast voelt hij zich 'op een dubbele bodem' staan, hetgeen de betekenis heeft van: 'samen met anderen, maar toch alleen'. Dit gevoel ontstaat doordat hij zijn gevoelens niet uit, zich buitengesloten voelt en zich daardoor meer en meer alleen gaat voelen. Vanuit dit isolement geraakt hij in de valkuil en maakt hij de vrije val (naar de delicten!). Ook hier krijgt hij inzicht in zijn oude schema's van verstrengeling en onderwerping en de bijbehorende disfunctionele gedachten.

Als we enige tijd later tijdens een explorerende hypnosessie weer de delictscène opzoeken en de spanningen in zijn handen onderzoeken, krijgt hij gevoelens van schaamte, als hij de spanning in zijn hand visualiseert als het omklemmen van een imaginaire houten knop, die hij direct associeert met een penis. Zodra hij verder handelt zoals van hem vereist wordt en functioneel is als hulpverlener, namelijk de verstandelijk gehandicapte helpend bij de toiletgang zonder diens penis aan te raken, verdwijnt de spanning in zijn linkerhand.

Bij de nabespreking zegt de heer Kuipers het schaamtevol te vinden dat hij houvast zocht in een surrogaat. Deze associatie wordt geheretiketteerd in 'een stok, die contact maakt met de aarde'. Aan deze stok heeft hij een houvast; hij kan 'aarden'. Vervolgens wordt hem gevraagd een takje uit de natuur telkens bij de hand te houden, als hij voor zijn eigen mening uit wil komen. Deze stok wordt in het vervolg van de behandeling een belangrijk attribuut om contact te maken met zijn eigen emoties. Het motto 'blijf bij jezelf' past bij de stok.

## Nieuwe functionele cognitieve schema's

Tijdens de metaforische imaginaties en in de nabespreking van deze oefeningen realiseert de heer Kuipers zich welke basisschema's hij gevormd heeft en welke dominerende gevoelens en strategieën hij heeft. Tevens ontdekt hij dat zijn gedachten disfunctioneel zijn en dat deze niet onomstotelijk vaststaan:

- Ik zet *mezelf* vast (autonomie).
- Ik kan *mezelf* ook weer *losmaken* (autonomie).
- In sommige situaties is het nodig om *mezelf* vast te zetten, als beveiliging (realistische grenzen).
- Ik laat *mezelf* inspinnen door een ander (autonomie, fusie met ander).
- Ik hoef *mezelf* niet in te laten spinnen. Als ik mijn eigen mening geef, voel ik me vrij (autonomie, eigenwaarde).
- Ik sta vaak op een dubbele bodem, dan voel ik me eenzaam, terwijl ik toch samen met anderen ben (fusie met ander).
- Ik sta op deze dubbele bodem als ik mijn gevoelens en mening niet uit (autonomie).
- Ik kan vanuit deze dubbele bodem in het zwarte gat vallen en een delict plegen (realistische grenzen).
- Seks is de baas over mij; ik wil de baas over seks worden (autonomie, fusie met ander, realistische grenzen).
- Ik vereenzelvigde me met hen (verbondenheid met ander, realistische grenzen).

Er rijst tijdens de metaforische identificatie een nieuw besef, waardoor nieuwe, gezonde en functionele schema's ontwikkeld worden:

- Ik wil meer mezelf zijn (autonomie).
- Ik wil niet meer terug in de cocon, in de verstrengeling (fusie met ander).
- Als ik mijn mening geef, als ik laat weten hoe ik me voel, voel ik me vrij, niet meer ingesnoerd (autonomie, eigenwaarde).
- Ik hoef niet automatisch met seks te associëren. De knop (spanning) die ik voel, is een stok, die mij als houvast kan dienen. Ik maak daarmee contact met mijn eigen gevoelens en mening (autonomie, eigenwaarde).
- 'Blijf bij jezelf' is het motto om mijn eigen gevoelens serieus te nemen (autonomie, eigenwaarde).

## Voortzetting

De nieuwe functionele gedachten worden op 'herinneringskaarten' geschreven, met bewijzen van situaties waarin deze nieuwe gedachtegang goed uitpakt. De herinneringskaarten worden binnen de therapiesituatie en ook daarbuiten telkens gebruikt, wanneer de oude basisschema's op een of andere manier worden geprikkeld. Als dit binnen een therapiesessie gebeurt, wordt de cliënt hierop geattendeerd als hij dit zelf nog niet door heeft, en aangemoedigd om dit schema te weerspreken. De cliënt krijgt de instructie om, iedere keer als het schema buiten de therapie opkomt, te registreren wat er gebeurde, de herinneringskaart tevoorschijn te halen en een rationele respons te kiezen. Op deze manier worden de nieuwe functionele schema's steeds eerder en als vanzelfsprekend toegepast.

## Effecten van de behandeling

De metaforische imaginatietechniek werd belicht als een techniek binnen een heel scala van technieken in deze behandeling. De effecten mogen dan ook niet alleen toegeschreven worden aan deze hier beschreven oefeningen. Binnen de individuele dramatherapie lag het accent op emotieregulatie en kon de heer Kuipers met het aangeleerde gedrag experimenteren. In de terugvalpreventiegroep was het focus het leren onderkennen van de dynamiek die leidt tot verhoogde risicosituaties en het aanleren van zelfmanagement.

De heer Kuipers is zich, na twee jaar behandeling, bewust van zijn valkuilen, zijn automatische handelwijze op spanningsvolle momenten, te weten het 'zichzelf afschermen' enerzijds en het 'zich vereenzelvigen met een ander' anderzijds, dat vroeger tot delictgedrag leidde of tot dwangmatig seksueel gedrag, bijvoorbeeld dwangmatig masturberen. Omdat hij zich dit nu tijdig realiseert en hier alert mee omgaat, en hij nieuwe functionele schema's tot zijn beschikking heeft, is er geen seksueel dwangmatig gedrag meer. Degene uit de advertentie heeft hij duidelijk gemaakt dat hij de seksuele relatie die ze hadden niet meer wenselijk vindt, gesterkt door de wetenschap dat hij deze niet meer nodig heeft om 'zichzelf te zekeren'. Dit 'zichzelf zekeren' was een tussenstap naar meer autonomie. Hij vond het seksuele contact onbevredigend, heeft opgemerkt dat hij als seksuele partner voor deze persoon inwisselbaar was en dat hij in deze relatie niet de gewenste intimiteit vindt, omdat er geen wederzijdsheid is in het contact.

De heer Kuipers heeft samen met een compagnon een kleine onderneming en heeft in die zin een belangrijke risicofactor onder controle. In deze onderneming heeft hij niet meer te maken met kwetsbare personen die afhankelijk van hem zijn. Tevens is er in de persoon van de compagnon externe controle gerealiseerd. Doordat hij dagelijks intensief samenwerkt met deze compagnon, een stevige persoonlijkheid, heeft hij binnen deze werkrelatie kunnen oefenen met het nieuwe alternatieve gedrag. Hij heeft geleerd om conflicten aan te gaan. Hij maakt keuzes en stelt zich onafhankelijk op. Hij is gaan ervaren dat, als hij standvastig bij zijn mening blijft, hij stevig staat en men niet aan hem voorbij kan gaan en dat geeft hem op zijn beurt weer meer zelfvertrouwen. Hij laat zich niet meer insnoeren en inbinden. Hij uit zijn gevoelens, al vindt hij dit nog steeds lastig en is hij geneigd om weg te gaan uit een situatie, waarin oude gevoelens van frustratie weer bovenkomen. Over het algemeen voelt hij zich ontspannen en tevreden. Het masturberen heeft niet meer het dwangelement van vroeger. De nieuwe functionele schema's worden steeds verder versterkt en bekrachtigd.

De behandeling bevindt zich op dit moment in de laatste fase van nazorg en heeft ook niet meer het verplichte, voorwaardelijke karakter. De frequentie van de therapie ligt nu op eenmaal per kwartaal.

## Beschouwing

De heer Kuipers heeft nieuwe cognitieve schema's gevormd, getuige hoe hij nu functioneert en zijn leven inricht. Op de vlakken 'autonomie, verbondenheid met anderen, zelfbeeld en grenzen' heeft hij een grote ontwikkeling doorgemaakt. Bij de heer Kuipers kon men ten tijde van het delictgedrag spreken van 'cognitieve deconstructie'. Zijn verantwoordelijkheidsgevoel had hij uitgeschakeld, zijn gedrag was gericht op het bevredigen van zijn eigen emotionele dan wel seksuele behoeften. Na een behandeling van tweeëneenhalf jaar is er bij de heer Kuipers zichtbaar een en ander veranderd in zijn leven. Onder meer heeft hij nu één intieme partnerrelatie, waarin hij een balans heeft gevonden in vriendschap en seksualiteit. Hij werkt als zelfstandige in een kleine onderneming, waarin hij assertief omgaat met zijn collega.

Hypnose vormt een belangrijke en misschien wel de belangrijkste component van de therapie. Hypnose heeft een herstructurende werking gehad op de cognitieve schema's. Door middel van hypnosetechnieken wordt gewerkt aan integratie van lichamelijke sensaties, bewustwording en identiteit. De cliënt oefent in het ervaren van sensaties, perceptie en de cognitieve representatie binnen een therapeutische context. Erickson (1979) beschouwde hypnose als de modaliteit ter communicatie van ideeën en betekenissen. De cliënt begint bij het horen van de woorden van de hypnotiseur een gedachtelijk en vormt associaties. In het hypnotisch proces worden nieuwe gedachtelijnen gevolgd, nieuwe associaties gelegd en wordt er een nieuwe 'mentale kaart' van de realiteit aangelegd. Volgens Erickson leidt herassociatie van ervaringen tot genezing. Naast het heilzame effect wordt binnen de ericksoniaanse benadering gewezen op het feit dat mensen beeldassociaties gebruiken als een 'interne kaart' voor hun gedrag. De heer Kuipers werd door visuele scenario's geleid, om hem te helpen bij het creëren van semi-bewuste beelden van zijn functioneren. Deze visualisaties leggen een symbolische link naar gewenste vaardigheden in de sociale situaties waarin ze nodig werden geacht. Dit hield in: (imaginair) testen van (delict)situaties, assertief gedrag, zelfexpressie en uitvoering van losmakinggedrag.

Zijn zelfbeeld veranderde onder andere door de metaforische suggesties die werden gegeven.

Baker (2000) en Diamond (2000) benadrukken het intersubjectieve aspect van hypnose als cruciale factor in de behandeling. Dit aspect maakt herinterpretatie van vroege levenservaringen mogelijk. De therapeut leert de cliënt om van perspectief te kunnen wisselen. Volgens Baker (2000) is de psychotherapeut een 'anker' in het ervarings- en rijpingsproces van een cliënt. Met hypnotherapie verbindt de therapeut gevoelens met woorden, lichaamssensaties met mentale beelden, belevingen met innerlijke voorstellingen en het heden met het verleden. De hypnotherapeutische interventies helpen interne structuren bouwen bij de cliënt, die vervolgens interne stabiliteit en psychische integriteit kan ontwikkelen, en helpen de cliënt te groeien naar structurele rijpheid. Binnen de therapeutische relatie gaat de cliënt een verbintenis aan met een therapeut, die een inhiberende geconditioneerde stimulus, een veiligheidssignaal, wordt door zijn of haar continue empathische en observerende aanwezigheid. Na correctieve emotionele ervaringen leert de cliënt zelfstandig te functioneren met de nieuw aangeleerde vaardigheden. De therapeutische relatie bij cognitieve therapie van persoonlijkheidsstoornissen heeft belangrijke parallellen met die van de ouder-kindrelatie. Erickson en Rossi (1993) noemen hier de belangrijke rol van de therapeut als 'surrogaatouders'. Young (1990) moemt het 'limited parenting'. De therapeut helpt de cliënt binnen een veilig klimaat te groeien in die delen waarin hij tekortgekomen is en te begrenzen in datgene waarmee hij overspoeld is.

De belangrijkste kernebeurtenissen, zoals de relaties met belangrijke anderen in zijn leven, en kernthema's als intimiteit en zelfopoffering, krijgen voor de cliënt een andere betekenis. De nieuwe, functionele, cognitieve schema's en het nieuwe gedrag zijn ontwikkeld en bestaan in wezen naast de oude schema's. De cliënt heeft zich een nieuwe attitude aangeleerd. De gewijzigde representatie van de kernthema's, totstandgekomen door het proces dat je ook contraconditionering kunt noemen (Korrelboom & Kernkamp, 1993; Korrelboom & Ten Broeke, 1998), impliceert dat hij nu gewijzigde en minder heftige emoties heeft. Deze emoties kunnen nu worden geuit en met dit nieuwe gedrag worden de nieuwe schema's vervolgens weer bekrachtigd en versterkt. Het vereist veel oefening – erover denken, erover praten met vrienden, ernaar handelen – om de nieuw aangeleerde attitude te stabiliseren en het kost ook veel tijd om dit tot een 'eerste natuur' te laten worden. In perioden van spanning en conflicten zullen de oude schema's als eerste weer geprikkeld worden. Wilson, Lindsey en Schooler (2000) hebben laten zien dat wanneer mensen onder tijdsdruk komen te staan, ze de expliciet aangeleerde attitude niet meer uit hun geheugen konden ophalen. De oude schema's worden dan automatisch geactiveerd. De bestendigheid van de nieuwe schema's bij deze cliënt en de paraatheid waarmee hij de nieuwe schema's aanspreekt, zal dan ook nog moeten blijken.

Het recidiverisico bij deze cliënt wordt laag ingeschat door de therapeut. De cliënt is nu namelijk uitgerust met nieuwe cognitieve schema's en is in die zin veranderd in de persoonlijkheid. Hij beschikt nu over vaardigheden waarmee hij 'gezond' kan functioneren. Een langdurig laagfrequent nazorgtraject is aan te bevelen bij zedendelinquenten om het recidiverisico te beperken. In een nazorgcontact kunnen taakgerichte strategieën en alternatieve vaardigheden goed onder de aandacht worden gehouden en kan erop worden toegezien dat de cliënt niet terugvalt. Effectonderzoek van behandelingen bij zedendelinquenten staat nog in de kinderschoenen. Philippe en

Van den Berg (2001) en De Vogel, Hildebrand, De Ruiters en Derks (2001) wijzen op het belang van systematisch wetenschappelijk onderzoek naar de effecten van behandeling en naar risicofactoren voor recidive. Hierbij zijn de termen 'risicotaxatie' en 'risicomangement' belangrijke begrippen. Onder risicotaxatie wordt verstaan '(...) de inschatting van de kans dat een patiënt, gegeven verschillende kenmerken van zijn persoonlijkheid, problematiek en omgeving, binnen een bepaalde termijn opnieuw een delict zal plegen of anderzins ontwrichtend of onacceptabel gedrag zal vertonen (...)' (Philipse & Van den Berg, 2001, p. 14). Bij risicomangement gaat het erom de risicofactoren zo goed mogelijk onder controle te krijgen. De laatste jaren zijn er Nederlandse vertalingen van risicotaxatie-instrumenten beschikbaar gekomen, zoals de HCR-20 (Webster, Douglas, Eaves, & Hart, 1997) en de Static-99 (Hanson & Thornton, 1999). Met deze meetinstrumenten wordt getracht alle risicofactoren in beeld te brengen en bij ontslag de kans aan te geven op recidive. In dit artikel is slechts het klinisch oordeel van de therapeut aan bod gekomen. Dit kan en mag nooit bij risicotaxatie doorslaggevend zijn, omdat de therapeut ook zijn of haar blinde vlekken heeft. Actuariële metingen dienen tezamen met het klinisch oordeel de kans op recidive aan te geven, zodat duidelijk is welke factoren in het nazorgtraject bijzondere aandacht verdienen. In een follow-up studie van deze cliënt zal met behulp van de HCR-20 een analyse worden gemaakt van het delictrisico.

---

### Abstract

*The metaphorical imagination technique described in this paper is used as part of the cognitive behaviour therapy of a forensic client. He committed sexual offences against four mentally handicapped men while doing his job as a social worker. When he got caught he was given a suspended sentence. Within the framework of this sentence he was referred to a forensic psychiatric outpatient clinic for treatment. During the first phase of the therapy, the emphasis was laid on gaining insight. The dysfunctional cognitive schemas that formed the basis of his offence were mapped. It became apparent that, due to an emotional enmeshment with his mother during his childhood, the man had not been able to undergo the identity development that should have made him grow into an independent and autonomous person. Out of fear for abandonment, he made his own feelings and wishes subordinate to those of others. This led to insufficient self-control and dysfunctional expressions of behaviour, including extreme adaptation and finally delinquent behaviour. In most therapies self-control is considered to be the best attainable target. However, this therapy including hypnosis techniques, in particular the intervention of metaphorical imagination, can effect a change of someone's personality.*

### Noot

- 1 Naam en personalia van betrokkene zijn gefingeerd.

### Referenties

- Arntz, A., & Bögels, S. (2000). *Schemagerichte cognitieve therapie voor persoonlijkheidsstoornissen*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.

- Baker, E.L. (2000). Reflections on the hypnotic relationship: projective identification, containment, and attunement. *The International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 48, 56-69.
- Beck, A.T. (1967). *Depression: causes and treatment*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Beck, A.T., Freeman, A., & Associates (1990). *Cognitive therapy for personality disorders*. New York: Guilford Press.
- Bulten, B.H., Zwemstra, J.C., & Pulles, M.J.A. (2001). Behandeling in detentie ter vermindering van recidive. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 56, 300-314.
- Cladder, J.M. (1994). *Hypnose als hulpmiddel bij psychotherapie*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Diamond, M.J. (2000). The long and winding road from concept to practice: the intersubjective shaping of psychoanalytically informed technique in contemporary hypnosis – a commentary upon and extension of Baker's 'Reflections on the hypnotic relationship'. *The International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 48, 70-85.
- Does, J.W. van der, & Kalmthout, M. van (1991). *Theoretische modellen van hypnose*. In R. van Dyck, P. Spinhoven & J.W. van der Does, *Hypnose en hypnotherapie*. Houten/Zaventem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Edelstien, M.G. (1991). *Trauma en trance. Effectieve hypnotherapeutische technieken*. Haarlem: De Toorts.
- Endler, N.S., & Parker, J.D.A. (1990). Multidimensional assessment of coping: a critical evaluation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 24, 239-354.
- Erickson, M.H., & Rossi, E.L. (1979). *Hypnotherapy: an exploratory casebook*. New York: Irvington.
- Erickson, M.H., & Rossi, E.L. (1993). *Exploraties in hypnotherapie*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Frenken, J. (1999). Behandeling van seksueel delinquenten in Europa. *Maandblad Geestelijke Gezondheid*, 54, 1011-1025.
- Grol, R.P.T.M., & Orlemans, J.W.G. (1979). Ontspanningsoefeningen. In J.W.G. Orlemans, W. Brinkman, W.P. Haaijman & E.J. Zwaan, *Handboek voor gedragstherapie deel 1*, (B.2-17-44). Houten/Antwerpen: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Hanson, R.K., & Thornton, D. (1999). *Static-99: Improving actuarial risk assessments for sex offenders* [User report 1999-2]. Ottawa: Department of the Solicitor General of Canada.
- Heiden, C. van der (2000). Symptoomtransformatie bij functionele slikproblemen: een gevalsbeschrijving. *Directieve Therapie*, 20, 313-316.
- Hoogduin, C.A.L., Melis, P., Rooimans, W., & Spierings, G. (1991). Metaforische imaginatietechniek met symptoomtransformatie bij chronische spanningshoofdpijn. *Directieve Therapie*, 11, 224-232.
- Janssen, H., & Hoogduin, C.A.L. (1994). Metaforische imaginatietechniek met symptoomtransformatie bij spanningshoofdpijn; een replicatie. *Directieve Therapie*, 14, 125-131.
- Janssen, J.H.L.J. (2000). *Laat maar zitten. Een exploratief onderzoek naar de werking van vrijheidsstraf*. Academisch proefschrift, Rijksuniversiteit Groningen. [N.B. Dit is niet de auteur van dit artikel.] Den Boom Juridische Uitgevers.
- Keenan, T., & Ward, T. (2000). A theory of mind perspective on cognitive, affective, and intimacy deficits in child sexual offenders. *Sexual Abuse: a Journal of Research and Treatment*, 12, 49-60.
- Korrelboom, C.W., & Kernkamp, H.B. (1993). *Gedragstherapie*. Muiderberg/Bussum: Coutinho.
- Korrelboom, C.W., & Broeke, E. ten (1998). Trauma, geheugen en contraconditionering van de UCS-representatie. *Directieve Therapie*, 18, 217-236.
- Korrelboom, C.W. (2001). Wetenschap is wetenschap; therapie is therapie. Reactie op Willem Fonteijn. *Gedragstherapie*, 3, 243-247.
- Marshall, W.L. (1996). The sexual offender: Monster, victim or everyman? *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 8, 317-335.
- Marshall, W.L. (1999). Current status of North American assessment and treatment programs for sexual offenders. *Journal of Interpersonal Violence*, 14, 221-239.
- Marshall, W.L., Anderson, D., & Fernandez, Y. (1999). *Cognitive behavioural treatment of sexual offenders*. Chichester: John Wiley & Sons, LTD.
- Marshall, W.L., Serran, G.A., & Cortoni, F.A. (2000). Childhood attachments, sexual abuse, and their relationship to adult coping in child molesters. *Sexual Abuse: a Journal of Research and Treatment*, 12, 17-26.



- Philipse, M.W.G., & Berg, Y. van den (2001). *2001: Forensisch Psychiatrische Thema's in Theorie en Praktijk*. Almelo: Pompestichting.
- Pithers, W.D. (1990). Relapse prevention with sexual aggressors: A method for maintaining therapeutic gain and enhancing external supervision. In W.L. Marshall, D.R. Laws & H.E. Barbaree (Eds.), *Handbook of sexual assault: Issues, theories, and treatment of the offender* (pp. 343-361). New York: Plenum.
- Proulx, J., McKibben, A., & Lusignan, R. (1996). Relationships between affective components and sexual behaviors in sexual aggressors. *Sexual Abuse: a Journal of Research and Treatment*, 8, 279-289.
- Spinhoven, P. (1991). *Wanneer is in een therapie hypnose toegepast?* In R. van Dyck, P. Spinhoven & J.W. van der Does (red.), *Hypnose en hypnotherapie*. Houten/Zaventem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Spinhoven, P. (1991). Het geven van hypnotische suggesties. In R. van Dyck, P. Spinhoven & J.W. van der Does (red.), *Hypnose en hypnotherapie*. Houten/Zaventem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Vogel, V. de, Hildebrand, M., Ruiter, C. de, & Derks, F. (2001). Transmuralisering en ambulantisering in de forensische psychiatrie. *Maandblad Geestelijke Gezondheidszorg*, 9, 780-794.
- Ward, T., Hudson, S.M., Marshall, W.L., & Siegert, R. (1995). Attachment style and intimacy deficits in sexual offenders: a theoretical framework. *Sexual Abuse: a Journal of Research and Treatment*, 7, 317-335.
- Ward, T., & Hudson, S.M. (2000). A self-regulation model of relapse prevention. In D.R. Laws, S.M. Hudson & T. Ward (Eds.), *Remaking relapse prevention with sex offenders. A Sourcebook*. Thousand Oaks: Sage Publications, Inc.
- Webster, C.D., Douglas, K.S., Eaves, D., & Hart, S.D. (1997). *HCR-20. Assessing Risk for Violence. Version 2*. Burnaby, BC: Simon Fraser University, Mental Health, Law and Policy Institute.
- Wilson, T.D., Lindsey, S., & Schooler, T.Y. (2000). A model of dual attitudes. *Psychological Reviews*, 1, 101-126.
- Young, J.E. (1990). *Cognitive therapy for personality disorders: a schema-focused approach* (tweede druk 1994). Sarasota, Florida: Professional Resource Exchange.