

# Hypnotherapie in een cognitief-gedragstherapeutische benadering van angstklachten.<sup>1</sup>

Wilfried Van Craen

Effectonderzoeken hebben ruimschoots aangetoond dat cognitieve gedragstherapie (CGT) de meest aangewezen psychotherapeutische behandelingsmethode is bij angstklachten. Uit het zeer ruime aantal effectonderzoeken vermelden we er drie: de rapporten van de het Institut national de la santé et de la recherche médicale<sup>1</sup> en deze van Wereld Gezondheids Organisatie als voorbeelden van evaluatieonderzoeken die het effect van verschillende psychotherapeutische benaderingen vergelijken. De studie van Power<sup>2</sup> als voorbeeld van een vergeleekend effectonderzoek tussen de impact van medicatie en CGT. En tenslotte de studie van Andrews<sup>3</sup> als voorbeeld van een meta-analyse waarin alle effectonderzoeken over CGT werden opgenomen, voor zover ze voldeden aan volgende criteria: a) onafhankelijke en herhaalde replicatie van het onderzoek en b) significant effectiever zijn dan een placebo-behandeling.

Het is dan ook prettig te constateren dat de hypnotherapie zich traditiegetrouw sterk geïntegreerd heeft in het pragmatische en goed onderzochte referentiekader van de gedragstherapie<sup>4</sup> en later de cognitieve therapie<sup>5</sup>.

Het valt buiten het opzet van dit artikel om het referentiekader van de gedragstherapie en de cognitieve therapie te verduidelijken (hiervoor verwijzen we graag naar respectievelijk Van Rillaer<sup>6</sup> en Cottraux<sup>7</sup> en naar André<sup>8</sup> voor de een overzicht van de toepassing van cognitieve gedragstherapie bij angststoornissen). Laat ons volstaan met de meest courante cognitief-gedragstherapeutische benaderingen te duiden waarbinnen de hypnotherapeutische interventies zich situeren bij de behandeling bij angststoornissen.

Dit kunnen we doen aan de hand van een drie-factoren model : we kunnen het angstprobleem aanpakken op gedragsniveau, een emotioneel/fysiologisch niveau en een cognitief niveau. Dit zijn overigens ook de drie niveaus waarop angst zich manifesteert. Als ik een fobie zou hebben voor het schrijven van wetenschappelijke artikels, dan zal mijn angst zich nu op gedragsniveau manifesteren door vermijdingsgedrag (ik zal steeds opnieuw allerlei andere dringende dingen te doen hebben, of ik kan het schrijven uitstellen of delegeren naar een collega). Dat kan het gevolg zijn van *klassieke conditionering* : misschien had ik ooit als student tijdens het schrijven van mijn proefschrift (voorwaardelijke stimulus) een akelige paniekaanval gehad (onvoorwaardelijke stimulus), wellicht door de stress. Vanaf dan ben ik die twee onbewust gaan associëren en iets dat vroeger neutraal was (schrijven van academische teksten), wordt plots een angstinducerend gebeuren, dat zich bovendien alsmaar zal generaliseren naar situaties die voorheen probleemloos waren (schrijven van teksten, verslagen, lezen van vakliteratuur, mijn mening geven op mijn vakgebied, solliciteren ... ) Vanaf nu worden deze zaken die vroeger neutraal waren, voorwaardelijke stimuli die, als ik ermee geconfronteerd wordt – in het echt of of in mijn verbeelding, bijvoorbeeld als ik erover droom of ze anticipeer, een geconditioneerde angstreactie zullen uitlokken. Bovendien kan zich bij deze *klassieke conditionering* nog een nieuwe vorm toevoegen : *operante conditionering*. Een (angst)gedrag zal blijven voortbestaan als het positief wordt bekrachtigd. Als ik in mijn (gelukkige maar!) fictief voorbeeld enkele maanden later de uitnodiging krijg een lezing te houden over mijn proefschrift, dan zou ik dat wel willen (een agorafobicus wil ook naar het theater, een persoon met vogelangst wil ook graag het San Marco plein bezoeken

---

<sup>1</sup> Vertaling van een oorspronkelijke Franstalig artikel gepubliceerd in het handboek : Te

en iemand met emetofobie zou wel graag ontspannen aan een gezellig etentje participeren), maar wat gebeurt er: ik word zo gespannen, vervolgens ronduit angstig en naarmate de datum van de lezing dichterbij komt ga ik helemaal in paniek. Dat alles invalideert mijn levenskwaliteit zo erg, dat ik, ook al had ik het zo graag gedaan, besluit om aan de uitnodiging te verzaken. Ik stel mijn eerste (vermijdingsgedrag). Het klinkt negatief maar op dat moment is er niets positievers want mijn onrust, mijn angst, mijn paniek, mijn slaapstoornis, mijn slecht humeur en vooral al die akelige fysische sensaties verdwijnen, van het moment dat ik besluit het niet te doen, als sneeuw voor de zon. En mijn organisme leert heel snel : niet doen (vermijden dus) , verlost je van veel ellende. Het vermijdingsgedrag wordt zo sterk bekrachtigd dat het vanzelf zal opduiken bij elke nieuwe confrontatie met een angstsituatie. Als ik dan later bij een gedragstherapeut terecht kom zal dit gedrag wellicht de eerste focus van zijn interventie worden.

Een tweede niveau waarop zijn interventies zich kunnen situeren zou dit zijn van wat ik allemaal *voel* als ik angstig ben. Omdat mijn angst zich sterk heeft uitgebreid en ik niet alle situaties kan (en wil!) vermijden, doen zich steeds vaker confrontaties voor waarbij ik in paniek ga. Die angst en paniek ervaar ik als heel akelige sensaties in mijn lichaam : een beklemming in de borststreek, hartkloppingen (ik ben er intussen ook van overtuigd dat er iets fout is met mijn hart!), ijl worden in het hoofd enz. Die sensaties zijn zo akelig dat ik eigenlijk ontzettend bang ben om ze opnieuw te ondergaan, want ik voel er me volledig machteloos tegenover. Mijn therapeut zegt dat ik hyperventileer en zal me leren hoe ik die akelige fysische sensaties (ik noemde het altijd ‘emoties’) onder controle kan leren krijgen.

Tenslotte wordt het derde niveau van zijn interventies mijn gedachten. Hij heeft me uitgelegd dat hoe ik naar de dingen kijk (een artikel schrijven, een lezing houden, maar ook hoe ik mij voel) mijn angst uitlokt (bijvoorbeeld als ik die pijn in mijn borst voel, dan dacht ik altijd : ‘dit is het begin van een hartinfarct, er is iets ernstigs fout met mijn hart’ en die gedachte bracht een angstreactie mee, waardoor de spanning in mijn lichaam plots erg toenam, ik nieuwe akelige sensaties merkte – tintelingen in mijn handen – en daar weer dat foute etiket op plakte : ‘hartinfarct’, waardoor ik nog meer in paniek ging).

Gedrag, de emotioneel/fysiologische componenten en de cognities zijn de drie componenten van mijn angst, maar ook de drie niveaus van waaruit de cognitief gedragstherapeut aan het werk zou kunnen gaan. De hypnotherapeut op zijn beurt kan langs deze drie invalspoorten mee binnenstappen, gebruik makend van de rijke geschiedenis en het empirisch zeer uitgebreid onderzoek van zijn gids, en de kruisbestuiving verrijken met zijn uniek hypnotherapeutisch instrumentarium.

## **De eerste invalspoort : het doen.**

Laat ons dit illustreren aan de hand van de twee meest toegepaste en onderzochte gedragstherapeutische technieken : systematische desensitisatie (SD) en exposure therapie. Beiden worden zowel *in vivo* als *in vitro* toegepast, maar in de praktijk wordt systematische desensitisatie vooral in de imaginatie wordt toegepast, terwijl bij exposure meestal de voorkeur gegeven wordt aan de toepassing in reële situaties.

Systematische desensitisatie *in vitro* is een gekende, sinds lang toegepaste techniek, ontwikkeld door Wolpe<sup>9</sup> waarbij de cliënt vooreerst een relaxatiemethode krijgt aangeleerd. Vervolgens stelt hij zich gradueel, aan de hand van een vooropgestelde hiërarchie (van minst tot meest beangstigend), de angstsituaties zo levendig mogelijk voor, terwijl hij het gevoel van ontspanning (als antagonistische emotie) op de voorgrond houdt.

Eigenlijk vinden we in deze techniek alle parallellen terug met een hypnosesessie : een toestand van diepe ontspanning, focusering op een imaginaire scène en de suggestie dat de betrokkene deze situatie in de realiteit op dezelfde manier aankan. In de hypnotherapie zijn er echter varianten op deze gedragstherapeutische basistechniek ontwikkeld die het toepassingsgebied sterk verbreden. Het is immers niet altijd aangewezen om als antagonistische respons ontspanning te gebruiken : soms slagen de cliënten er niet om ontspanning op te roepen (denk maar aan het fenomeen van ‘relaxation induced anxiety’, mensen die angstig worden als ze moeten ontspannen), maar belangrijker nog is dat ontspanning als antagonist niet altijd aangewezen is. We denken hierbij aan situaties waarin de angst weliswaar dient gereduceerd te worden maar een zekere mate alertheid moet behouden blijven : examens, sollicitaties, kunst-, sport- of werkprestaties, sommige sociale situaties enz. In zo’n gevallen is het veel adequater om te werken met een sterk, krachtig antagonistisch gevoel zoals zelfzekerheid of een gevoel van coping. Dit is het geval bij de techniek ‘Remmen met een goed gevoel’<sup>10</sup> De procedure is als volgt : de cliënt herbeleeft in hypnose een situatie waarin hij zich heel stevig en zelfverzekerd voelde, alsof de wereld aan zijn voeten lag. Vervolgens wordt dit gevoel door een versterker gestuurd waarvan de volumeknop langzaam wordt opgedraaid tussen 0 en 10, tot hij ‘volledig vol is van dat ene, krachtige gevoel en er geen plaats meer is voor welk ander gevoel dan ook’. Met dit intense, krachtige gevoel op de voorgrond (dat eventueel kan geankerd worden) werkt de cliënt, net zoals bij S.D. de hiërarchie van angstbeladen situaties af.

Alhoewel minder evident, kunnen soms ook andere antagonisten voor angst worden toegepast, humor bijvoorbeeld. Zo kan men de cliënt vragen zich in de toestand van hypnose de fobische situatie voor te stellen en hem vervolgens instrueren om hetgeen hij daarbij ervaart voor zichzelf te omschrijven op de melodie van een amusant, levendig deuntje zoals het refrein van Johan Strauss’ “An die Shöne Blaue Donau” : “Ik ben toch zo bang, zo bang, zo bang” of Trenet’s “Boum” (“Quand notre coeur fait boum ...”). Ook seks kan een antagonist zijn voor angst. Zo beschreef ik eerder een casus van een man die erg angstig was voor vervelende, langdurige onderzoeken die hij moest ondergaan (NMR, Cat Scan) en die in de situatie zelf in hypnose ging en zich adequaat dissocieerde van de aversieve situatie door de imaginatie dat hij in de armen van zijn geliefde lag.<sup>11</sup>

Indien de irrationele gedachten sterk op het voorplan staan en de cognitieve componenten als invalspoort meer aangewezen is dan kan men zich inspireren op Berkovec’s Coping Desensitisation<sup>12</sup> techniek als variante op DS. Hierbij leert men vooraf de cliënt eerst een relaxatie- of inductietechniek aan en zoekt hij voor elk item van de angsthiërarchie een adequaat hanteerzinnetje, een cognitief statement dat angstreducerend werkt. Tijdens de hypnosesessie roept hij het eerste item van de angsthiërarchie op (met de bijhorende emotioneel-fysiologische en cognitieve reacties) tot zijn angst duidelijk op de voorgrond is. Vervolgens herhaalt hij in zichzelf het hanteerzinnetje (bijvoorbeeld : “Wat ik voel is vervelend maar niet gevaarlijk” of “Ik heb dit vroeger zo vaak gedaan zonder enige angst, dus ik weet dat ik het kan”) tot hij voelt dat de angst afneemt. Vervolgens wordt overgegaan op het volgende item.

De tweede meest toegepaste gedragstherapeutische techniek is blootstelling aan de gevreesde situatie, met als doel het uitdoven van de geconditioneerde angstrespons. De fobische stimuli kunnen situaties zijn (rijden op de autosnelweg), objecten (‘besmette’ voorwerpen), dieren (spinnen, vogels), maar ook interne (interoceptieve) stimuli (zoals extrasystolen bij een hartziektefobicus) of sociale gebeurtenissen bij sociaal fobici (en voor hen dus ook het beven, zweten of blozen in deze situaties). Al naargelang de primaire focus van de angst van de cliënt zal een hiërarchie opgesteld worden van de meest relevante situaties waarin hij het moeilijk heeft of die leiden tot vermijdingsgedrag. Vervolgens worden deze situaties in de realiteit

opgezocht (men rijdt een eindje op de autosnelweg, men raakt een besmet voorwerp aan, men loopt over een plein met duiven, men loopt als hartziektefobicus enkele malen de trap op en af, men stelt een vraag tijdens een lezing). Deze blootstelling leidt tot corrigerende informatie : als iemand vreest dat als hij de lift neemt, die lift zal blokkeren en hij niet gered zal kunnen worden, en tijdens de therapie stapsgewijs en herhaaldelijk de lift neemt zonder dat er iets gebeurt, dan wordt de propositie ‘als X dan Z’ doorbroken en is ‘de lift nemen’ niet langer predictief voor een paniecreactie.

Alhoewel exposure geroemd wordt als de meest adequate methode voor de behandeling van fobische klachten, heeft men zich in recent onderzoek erop toegelegd om herval (ROF : Return Of Fear) maximaal te voorkomen en de bevindingen te vertalen naar de exposuretechnieken<sup>13</sup>.

De belangrijkste bevinding was dat blootstelling erg contextgevoelig is<sup>14</sup> : men leert de angstreactie wel af in situatie A (bijvoorbeeld autorijden op de snelweg in de buurt), maar dit generaliseert zich niet altijd naar andere, aanverwante contexten, bijvoorbeeld situatie B (autorijden in het buitenland, waar hulpverlening haast afwezig is). Men leert dus niet af (‘Ik heb geen angst meer om te rijden.’), maar men leert iets nieuws (‘Ik kan het aan als het overdag is, ik goed uitgerust ben, en ik weet dat ik de hulpverlening kan bellen.’). Dit heeft als implicatie voor de praktijk van exposure dat de effectiviteit ervan en het vermijden van ROF zal toenemen naarmate de blootstelling ook gebeurt in de acquisitiecontext (de oorspronkelijke situatie waarin voor het eerst de paniecreactie optrad) en de blootstelling ook te laten plaatsgrijpen in de meest diverse contexten (als variabelen noteren we alle mogelijke locaties en tijdstippen, het al dan niet aanwezigheid van derden, en ook de emotionele toestand van de cliënt – in de war zijn of vermoeid of juist fit en optimistisch - ) zodat er zich steeds meer een generalisatieproces kan voltrekken (ik kan het ook aan in het buitenland, ook als ik alleen rij, ook als het mist is en ook als ik gestresseerd ben...).

Gezien gedragstherapeuten er de voorkeur aan geven om bijna steeds exposure in vivo toe te passen, kan men zich voorstellen dat men voor een onbegonnen taak staat als men dit consequent wil toepassen: in de concrete therapiepraktijk is het niet haalbaar al de verschillende contexten op te zoeken (temeer daar voor het adequaat hanteren van één situatie verschillende herhalingen nodig zijn en de oorspronkelijke situatie, voor zover bekend, vaak niet op te zoeken valt).

Het is net op deze beperkingen dat de integratie van hypnotische technieken kan aansluiten en leiden tot een therapeutische meerwaarde.

Zo kan men, indien het aangewezen zou zijn om de acquisitiecontext te kennen van een geconditioneerde angst, via hypnotische exploratietechnieken zoals de affectbrug op zoek gaan naar de oorspronkelijke traumatische situatie. Deze laat men vervolgens (eventueel gradueel) in de imaginatie herhaaldelijk herbeleven (en zo mogelijk hanteren) tot ze geen affect meer uitlokt. Een techniek die zich hier goed toe leent is de *implosieve desensitisatie* van Edelstien<sup>15</sup>. Zo herinner ik me de casus van een jonge vrouw die een beurs had gekregen voor het buitenland maar gehinderd werd door een vliegengangst die ze maar niet kon begrijpen : ze had geen onredelijke, angstinducerende opvattingen over vliegen en had er ook geen negatieve ervaringen mee gehad. Tenminste, dat dacht ze. Tijdens de exploratie van haar angst kwamen we namelijk terecht in een situatie waar ze 5 jaar oud was : ze was met haar ouders op reis en wachtte in de luchthaven op de terugvlucht. Deze werd door de mist echter telkens opnieuw uitgesteld, wat leidde tot spanningen die zich over de avondlijke uren alsmat accumulierten, temeer omdat de moeder ziek werd, wellicht door de stress. Uiteindelijk werd de vlucht definitief afgelast midden de nacht en hebben ze de nacht doorgebracht in de luchthaven, zonder de zekerheid de volgende dag te kunnen vertrekken. Hierop ging het kind, ondertussen al oververmoeid, in paniek omdat ze vreesde haar hondje, dat thuis was achtergebleven, nooit meer terug te zien. Doordat er later in dit gezin nooit meer

over deze akelige ervaring werd gesproken en er ook nooit meer werd gevlogen (omdat het gezin steeds op reis ging met de auto omwille van de hond) verdween het incident op de achtergrond en herinnerde de jonge vrouw zich deze oorspronkelijke traumatische ervaring niet meer. Alleen de herbeleving ervan – gekoppeld aan een ‘verandering van de geschiedenis’ doordat ze tijdens de hypnosessie de instructie kreeg om als volwassen vrouw de scène van de luchthaven in te stappen en het kind te troosten met de wijsheid die zij nu, als volwassen persoon, bezat – bleek voldoende om haar toe te laten enkele weken later het vliegtuig te nemen.

Maar ook wanneer de oorspronkelijke acquisitiecontext gekend is, dan nog is het vaak niet mogelijk deze ook op te zoeken om de confrontatie ermee aan te gaan : het kan gaan om eenmalige gebeurtenissen (bijvoorbeeld een adolescent met emetofobie had iemand zien braken tijdens een feestje met zijn leeftijdsgenoten en werd er zelf misselijk van : zo’n situatie in de realiteit opnieuw opzoeken is uiteraard niet haalbaar), gebeurtenissen uit het verleden die niet terug te herbeleven vallen (iemand met een fobie voor onweer had dit opgedaan toen ze als kind meemaakte hoe haar vader in een woedeaanval de deur voor haar neus hard had dichtgegooid en het glas in de deur met een hels lawaai in scherven uiteenspatte, een ‘symbolisch onweer’ dat zich in het ouderlijk gezin nog vaak opnieuw had voorgedaan), of situaties die geografisch niet bereikbaar zijn (een man met een paniekstoornis had voor het eerst een paniekaanval gekregen toen hij op een desolate plek in Afrika plots hevige buikloop kreeg en vreesde voor zijn leven). In al deze gevallen kan de oorspronkelijke traumatische ervaring niet opgezocht worden in de realiteit maar wel in hypnose en kan een intense vorm van exposure in vitro toegepast worden. Door de zintuiglijke activering van de gebeurtenis maximaal te accentueren tijdens de hypnosessie komt de beleving sterk op de voorgrond en kan een emotioneel-corrigerende ervaring plaatsgrijpen. We mogen tenslotte niet vergeten dat verandering bij fobische klachten niet louter het gevolg is van een gewijzigd inzicht, maar vooral van een gecorrigeerde emotionele beleving. Het is de *ervaring* dat er uiteindelijk niets gebeurt, of dat men de situatie kan hanteren, dat de kern tot verandering vormt.

Een tweede indicatie voor het gebruik van hypnose bij exposure ligt in het gegeven dat het belangrijk is om zoveel mogelijk angstcontexten te bewerken.

Alhoewel het de voorkeur verdient om exposure in vivo toe te passen, zal dit vaak niet mogelijk zijn met alle variabelen en kan het aangaan van de confrontatie in vitro met hypnose een uitstekend alternatief zijn. Zo kan de cliënt tijdens de therapiesessie aangeleerd worden hoe hij een exposure- of desensitatieprocedure kan toepassen op één of meerdere situaties (iemand met een vogelfobie kan zich tijdens de hypnosessie bij de therapeut voorstellen hoe ze vogels opzoekt in een dierentuin – en dit later uitvoert in vivo -, maar thuis kan ze de procedure herhalen met verschillende contextvariabelen die, realistisch gezien niet allemaal in vivo op te zoeken zijn, maar wel in het hoofd spelen van de cliënt : helemaal alleen geconfronteerd worden met vogels - in plaats van in gezelschap van de partner -, bij vallende duisternis waardoor men alleen de silhouetten kan waarnemen, in periodes van broei als de vogels agressiever zijn, in een periode dat ze zich kwetsbaarder voelt, bijvoorbeeld tijdens de menstruatiecyclus enz.).

Cliënten kunnen ook altijd de moeilijke situaties die ze in vivo niet aandurven eerst in vitro , met de hypnose, opzoeken, als een vorm van ‘mentale training’ die toelaat om de stap naar de realiteit niet alleen makkelijker maar ook in de juiste richting te laten verlopen.

Want tenslotte, en dit wordt wel vaker over het hoofd gezien, gaat het er bij exposure therapie niet zozeer om om de cliënt een angstinducerende situatie te laten opzoeken, maar vooral de ervaring toe te laten dat hij ze de baas kan, dat hij er mee kan omgaan, wat men in het engels *coping* noemt.

Het is essentieel dat de cliënt iets kan *doen* tijdens de confrontatie, maar daarvoor moet hij over bepaalde vaardigheden beschikken, technieken om zijn angst en paniek onder controle te krijgen. In de klassieke gedragstherapie wordt aan dit aspect te weinig aandacht besteed, hooguit leert men de cliënt een relaxatietechniek aan als antagonist. Via hypnose kan echter gebruik gemaakt worden van adequate zelfcontroletechnieken als de gebalde vuist techniek van Stein<sup>16</sup>. Het geeft de cliënt het gevoel dat hij de situatie aankan door te putten uit zijn eigen sterke emoties en dus gebruik te maken van zijn eigen potentieel. Dit is vooral belangrijk als alternatief bij het gebruik van anxiolytica zoals Xanax, Temesta etc. : vele cliënten hebben deze medicatie als 'veiligheidsclausule' steeds bij zich en nemen ze preventief en situationeel in als ze de confrontatie aangaan met een gevreesde situatie. Het grote nadeel hiervan is dat het aankunnen van de moeilijke situatie hierdoor extern geattribueerd wordt : 'ik heb het aangekund, omdat ik mijn pilletje heb genomen', daar waar het toepassen van zelfcontroletechnieken een interne attributie van succes meebrengt (ik heb die angstsituaties zelf overwonnen), wat uiteraard een veel positievere en meer combatieve opstelling meebrengt naar het verdere verloop van de behandeling.

## **De tweede invalspoort : het voelen**

Als mensen de emotie angst beschrijven, dan doen ze dat meestal in termen van fysiologische sensaties : een beklemming in de borststreek, hartkloppingen, trillende ledematen, spierspanningen, luchthappen, ijlheid, angst om flauw te vallen, misselijkheid enz. Eigenlijk gaat het hier om manifestaties van fysiologische stress (de 'fight and flight' respons).

Zoals al eerder vermeld is de fobicus vooral angstig voor het (her)beleven van de (fysiologische) aspecten van angst, vandaar dat zo belangrijk is om de cliënt vaardigheden aan te leren om die aspecten beter onder controle te krijgen.

Centraal hierbij is het aanleren van een adequate relaxatietechniek die enerzijds gebruikt wordt

- a) als antagonist bij desensitisatie- en exposuretechnieken (zie supra),
- b) als een manier om het algemeen spanningsniveau te reduceren (cliënten wordt geleerd dat ze ontspanningstechnieken ook overdag kunnen toepassen om te vermijden dat hun spanningsniveau door accumulatie te hoog oploopt, waardoor ze bij confrontatie met angstinducerende prikkels al snel boven hun paniekdrempel komen),
- c) als hanteergedrag in angstige situaties. Zelf geef ik hierbij de voorkeur aan de spierontspanningsmethode van de progressieve relaxatie omdat deze techniek realistischer toe te passen is 'in het heetst van de strijd'. Op het moment van de paniek is het moeilijker je te concentreren op meer abstracte sensaties zoals rust, warmte en zwaarte' (Autogene Training) of andere meer passieve methoden. De laatste fase van de progressieve relaxatie daarentegen biedt het voordeel om erg concreet een snelle, geconditioneerde reflex van spierontspanning op te roepen in enkele seconden en is daarom makkelijker toepasbaar als hanteergedrag. Bovendien is zo'n actieve doe-techniek minder aversief voor mensen met een sterke controlebehoefte die alles wat geassocieerd wordt met 'loslaten' en 'passiviteit' al snel zullen afwimpelen als 'te ver van hun bed'.

Maar de beste keuze van relaxatietechniek is uiteraard deze waar cliënt en therapeut zich het best bij voelen, voor zover het maar kan toegepast worden op het moment en in de situaties dat de cliënt het nodig heeft.

Uiteraard is buikademhaling een standaard interventie bij mensen met angstklachten : het is eenvoudig aan te leren en voor de cliënt een goede manier om zijn onrust onder controle te krijgen. Maar vooral is het de meest aangewezen hanteergedrag voor mensen met hyperventilatieklachten (wat meestal het geval is bij paniekstoornissen, maar vaak ook bij mensen met fobieën). Aan hen wordt preventief geleerd om in bedreigende situaties niet te

gaan luchthappen door er op toe te zien dat ze niet te diep inademen en te snel uitademen (dit kunnen ze doen door drie tellen in, drie tellen uit te ademen en één tel pauze te houden om luchthappen te vermijden) en de ademhaling zo laag mogelijk te houden. Zijn er echter al tekens van hyperventilatie, dan wordt de tijd van de inademing drie tellen, de uitademing zes tellen en één tel pauze. Ook kan geopteerd worden om langer uit te ademen door te sissen, of, voor de muzikalen, te fluiten of te neuriën.

Zelf heb ik goede resultaten met een methode die ik heb ontwikkeld om de vicieuze cirkel (tussen cognitieve en lichamelijke reacties) te doorbreken waarin cliënten terechtkomen tijdens een (dreigende) hyperventilatieaanval: de lichamelijke reactie - fout ademen (luchthappen, snel en diep inademen) – beïnvloedt de cognitieve - catastrofale interpretaties – (“ik geraak er niet uit”, “ik ga iets krijgen”, “wat als ik flauwval?”) en vise versa, waardoor mensen steeds meer in paniek geraken. Op het lichamelijke niveau doorbreken ze de hyperventilatie door de buikademhaling toe te passen volgens de daarnet besproken telmethode, maar met deze variatie dat ze tijdens de inademing tot drie tellen en tijdens de uitademing tegen zichzelf een hanteerzinnetje zeggen die ze op voorhand hebben uitgeschreven en zes tellen duren, bijvoorbeeld: “Wat ik nu voel is het gevolg van fout ademen”/ “Het zal spoedig voorbij zijn want ik weet wat ik kan doen”, “Ik moet traag en laag uitademen en sissen als het moet” enz.

Al deze interventies kunnen het best tijdens een hypnoseoefening bij de therapeut ‘mentaal ingetraind’ worden: in de toestand van trance stelt de cliënt zich een situatie voor waarin hij een hyperventilatie- of paniek aanval kan hebben, en stelt zich vervolgens zo levendig mogelijk voor hoe hij zijn hanteergedrag (relaxatietechniek, buikademhaling, zinnestechiek) toegepast. Dit soort inoefening is niet alleen een vorm van posthypnotische suggestie om probleemoplossend gedrag te stellen (als *dit* gebeurt doe ik *dat*), maar ook om dat probleemoplossend gedrag mentaal te programmeren, temeer daar mensen in een panieksituatie niet meer nuchter en logisch kunnen handelen en moeten kunnen terugvallen op een hanteergedrag dat ‘klaar ligt’.

Niet zelden reageren cliënten ook te laat met het toepassen van hun relaxatietechniek. Ze hebben geen oog gehad voor de cumulatieve opbouw van de spanning over de dag heen (wat ik de dakpan-structuur van spanning noem) en interveniëren slechts als de spanning zo hoog opgelopen is dat hij nog slechts moeizaam of helemaal niet meer te hanteren valt.

Daarom leer ik patiënten aandacht te besteden aan de lichamelijke tekens van spanning, angst en paniek (tintelingen, sneller ademen, vaker zuchten ...), de gedragsmatige (slaapstoornissen, niet meer participeren in de conversatie ...) en de cognitieve (piekeren, overdreven twijfelen, concentratiestoornissen ...).

Als de cliënt zich hier moeilijk van bewust wordt, kan eventueel geopteerd worden om te werken met een hypnotische interventie, waarbij men de cliënt in trance een recente situatie laat herbeleven die veel spanning, angst, of paniek heeft meegebracht en dan wordt de film vanaf het allermoeilijkste moment stapje voor stapje teruggespoeld en telkens beschrijft de cliënt de tekens die hij herkent in elk voorafgaand stadium. Vervolgens stelt hij zich voor dat hij in de toekomst in een gelijkaardige situatie terecht komt, maar dit keer veel sneller reageert met de geleerde relaxatietechnieken.

### **Derde invalspoort : het denken**

De wijze waarop angstige mensen denken kan gezien worden als een systematisch vertekende vorm van informatieverwerking: anticipaties (‘ik ga in de file terechtkomen en uren vastzitten’) en catastrofale voorspellingen (‘als we uitgaan gaan de anderen teveel gedronken hebben en dan gaan ze ziek worden en beginnen kotsen en dan ga ik helemaal tilt slaan’),

interpretaties ('ik voel me onrustig, dus de situatie is bedreigend', 'die vlek op mijn huid is niet normaal : zeker huidkanker; de ander geeuwt, dus ik ben saai ), negatieve zelfuitlatingen (ik kan deze situaties niet aan), piekeren, en niet in het minst: piekeren over wat men allemaal voelt ('oei, ik voel precies dat ik weer angstig ga worden'), alsook over het feit dat men zo piekert ('ik ga nog depressief worden van al dat piekeren'), wat men meta-cognities noemt. Bovendien lijkt het rumineren over hun angst vaak op een toestand van negatieve zelfhypnose : door helemaal gefocuseerd te zijn op wat ze denken en voelen, komen ze makkelijk in een gedissocieerde toestand terecht waarin ze zichzelf suggesties geven : 'ik ga me (in sociale situatie X) niet goed voelen en de mensen zullen me niet aardig vinden'; 'ik ga in het restaurant weer beginnen beven en iedereen zal het merken') en hun voorspellingen worden posthypnotische suggesties. Angstige mensen zijn vaak in een negatieve trance-toestand, maar door deze in de hypnotherapie opnieuw op te roepen, beseffen cliënten het verband tussen hun cognitieve processen (de net vermelde ruminaties bijvoorbeeld) en het effect dat dit heeft op hun emoties (spanning, angst, paniek) en hun gedrag (door de zelf-geïnduceerde spanning voelen ze zich inderdaad niet goed eens ze in situatie X zijn en zullen ze inderdaad gaan beven in het restaurant).

Door het toepassen van deze hypnotische interventie leren cliënten het ABC schema uit de cognitieve therapie : in (agorafobische) situatie A gaan er allerlei gedachten in hen om (wat als ik hier een aanval krijg, ik kan hier niet zomaar weg, wat gaan de mensen wel niet van me denken, het is verschrikkelijk, ik word gek) en daardoor krijgen ze een paniekaanval. Dit is een belangrijk corrigerend inzicht want tot dan toe geloofde de cliënt dat C (de paniekaanval) het gevolg is van de confrontatie met A, waardoor A indien mogelijk systematisch vermeden bleef, zonet met veel anticipatieangst tegemoet werd gezien.

Als je echter in een klassiek therapeutisch gesprek mensen bevraagd naar wat ze denken in angstige situaties, dan blijven ze meestal het antwoord schuldig. Dit soort van cognitieve activiteit verloopt namelijk grotendeels voorbewust. Het voordeel van het werken met hypnose is dat het bewust worden van deze automatische gedachten erg snel gebeurt.

Een tweede stap is het ombuigen van de angstinducerende gedachten naar meer realistische en constructieve alternatieven. Dit kan in hypnose erg handig via de ego-state techniek : "we weten nu wat dat bange deel in jou zegt, maar hoe kijkt jouw moedige 'ik' naar die situatie, dat 'ikje-doorzetter' (of 'ikje-sterk', of 'ikje-realist') dat je kent van situaties Y of Z (waar dat deel van de persoon wèl op de voorgrond staat ?)".

Door het werken op deze hypnotische manier wordt ook de weerstand die in de meer klassieke therapeutische gesprekken lukt bij angstige mensen het in vraag stellen van hun irrationele cognities vaak veel weerstand en overloze discussies uit, wat met deze hypnotische benadering wordt vermeden.

En een derde stap tenslotte is het opzoeken van de moeilijke situatie: gewapend met deze nieuwe, meer realistische, alternatieve manier van kijken is men klaar om de confrontatie met de gevreesde, maar nu toch wel al wat ontzenuwde realiteit aan te gaan en de belangrijkste leerervaring toe te laten : te leren door het stellen van risicogedrag.

Ook deze derde stap kan eventueel tijdens de hypnosessie ingeoeft worden : cliënt stelt zich zo levendig mogelijk situatie A voor en herhaalt in zichzelf de alternatieve cognities tot hij het positieve effect ervan (C) kan voelen (de confrontatie aangaan en merken dat hij het best aankan). Het is tenslotte pas in de praktijk van het risico nemen, de toetsing met de realiteit dat de emotionele leerervaring ervoor zorgt dat datgene wat altijd heeft gevreesd, de angstige kijk of overtuigingen die men had, definitief kunnen losgelaten worden. Dat (veranderd) gedrag (confrontatie in plaats van vermijding) leidt uiteindelijk tot een nieuw (ook emotioneel) inzicht en zo zijn we dan toch weer terug aangekomen bij onze eerste



invalpoort (het doen) en van hieruit lopen we, in het tempo van een klassieke déductie, het artikel uit : 3 – 2 – 1.

- 
- <sup>1</sup> INSERM, Psychothérapie, trois approches évaluées, Paris, Editions Inserm, 2004. en World Health organisation, Treatment of Mental Disorders, Washington D.C., American Psychiatric Press, 1993
- <sup>2</sup> Power K.G.; R.J.Simpson, V. Swanson, L.A. Wallace, Controlled comparison of the pharmacological treatment of generalized anxiety disorder in primary care. *British Journal of General Practice*, 40, 289-294, 1990.
- <sup>3</sup> Andrews G., The management of anxiety, *Australian Prescriber*, Vol 14, nr.1, pg. 18, 1991.
- <sup>4</sup> Clarke J.C. & Jackson, A.J. Hypnosis and Behavior Therapy, New York, Springer, 1983.
- <sup>5</sup> Van Craen W. Hypnose et thérapie cognitive, *Phoenix*, 11/12, 53-55, 1990
- <sup>6</sup> Van Rillaer J. , Les thérapies comportementales. Paris, Bernet-Danilo, 1995.
- <sup>7</sup> Cottraux J., Les thérapies cognitives. Paris, Retz, 2001.
- <sup>8</sup> André C., Clinique et traitement des troubles anxieux: un état des lieux., *La Lettre des neurosciences*, n°26, 19-21, 2004,
- <sup>9</sup> Wolpe J., Psychotherapy by reciprocal inhibition. Stanford, CA: Stanford University Press, 1958
- <sup>10</sup> Van Craen W., Relaxatie en zelfhypnose in de praktijk. (La pratique de la Relaxation et de l'Autohypnose), Louvain, Acco, 2000
- <sup>11</sup> Van Craen W., Sexuele fantasieën als antagonist bij anti-angstprocedures. *Trans*, 12/2, 1996.
- <sup>12</sup> Borkovec, T. D., & Mathews, A. , Treatment of non-phobic anxiety disorders: A comparison of non-directive, cognitive and coping desensitisation therapy. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 56, 877-884, 1988.
- <sup>13</sup> Eelen P., Hermans, D. & Baeyens, F., Learning perspectives on anxiety disorders. In : E.J.L. Griez e.a. (eds), *Anxiety disorders: An introduction to clinical management and research* (pp 249-264). London, John Willey & Sons, 2001
- <sup>14</sup> Rodriguez, B.I. e.a. , Context specificity of relapse: effects of therapist and environmental context on return of fear. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 845-862, 1999
- <sup>15</sup> Edelstien M.G., Trauma, trance and transformation; a clinical guide to hypnotherapy. New York: Brunner/mazel, 1981
- <sup>16</sup> Stein C., The clenched fist technique as a hypnotic procedure. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 6/2, 1963