

[> DEPRESSIES](#) > [KENMERKENDE PATRONEN](#)  
> [DEPRESSIES EN ZELFHYPNOSE](#) > [HYPNOTHERAPIE EN DEPRESSIES](#)  
> [LITERATUUR](#)

---

## **Depressies, hypnose en hypno-psychotherapie/hypnotherapie**

Een artikel van Olivier Delfin,  
Beroepsbeoefenaar Europees geregistreerde psychotherapie / European Certificate  
of Psychotherapy (ECP)-houder

### **Inleiding**

Tijdens de tachtiger jaren, vroeg ik me voor het eerst af of hypnose en hypnotherapie – tegenwoordig steeds vaker hypno-psychotherapie★ genoemd - een effectief alternatief kon zijn voor de gebruikelijke behandeling van depressies.★★ Destijds was er nog relatief weinig bekend over dit onderwerp. De opvattingen die hierover leefden, werden nog sterk gekleurd door de psychoanalytische theorieën van Freud.

Gelukkig is er tegenwoordig heel wat meer bekend over dit onderwerp en valt er veel zinnigs over te zeggen over:

- Hypnotherapie en de toepassing ervan bij depressies.
- De vraag of hypnotherapie al dan niet een contra-indicatie is bij de behandeling van depressies, zoals men vroeger vaak dacht.
- De mogelijke meerwaarde van hypnotherapie bij depressies.
- Hoe men vanuit de hypnotherapie kan kijken naar het verschijnsel depressie. Is depressie bijvoorbeeld te beschouwen als een vorm van negatieve zelfhypnose?

In dit artikel heb ik, naast mijn eigen inzichten en ervaringen, me vooral laten leiden en inspirerend door de Amerikaanse psychotherapeut Michael Yapko.

Yapko is een van de grootste autoriteiten op het gebied van depressie, hypnose en hypnotherapie. Hij is auteur van vele boeken en artikelen over deze onderwerpen, zoals het gedeelte over depressie in de Encyclopaedia Britannica, Hij heeft buitengewoon veel bijgedragen aan nieuwe, rake inzichten op deze gebieden.

Laat we beginnen met depressies en de kenmerkende patronen die we daarbij kunnen onderscheiden.

## **Depressies**

Als mens maken we allemaal van tijd tot tijd perioden mee, waarin we ons gedeprimeerd en somber voelen. Onze interesse en het plezier in de dingen lijken we verloren te hebben.

Wanneer zo'n periode echter na een paar dagen of weken nog niet voorbij is, ontwikkelen we een zogenaamde stemmingsstoornis; een depressie. In de psychopathologie heet dit een depressieve stoornis.

In 1999 sloeg de World Health Organisation (WHO) alarm over de wereldwijde toename van depressie. Het is momenteel de vierde menselijke ondermijnende conditie of kwaal, na hartkwalen, kanker en verkeersongelukken.

De WHO voorspelde tevens dat in 2020 depressies zo zullen zijn toegenomen (ondanks het in het westen enorm toegenomen gebruik van antidepressiva) dat het de tweede algemene oorzaak van menselijk lijden zal zijn.

Een depressieve stoornis is een uiterst nare, ondermijnende conditie. Kenmerken van depressie zijn onder andere: een zich verdrietig of leeg voelen, een zich waardeloos voelen, een gebrek aan plezier en interesse in de dingen, slaapproblemen, concentratieproblemen, terugkerende gedachten aan de dood. Depressies zijn niet alleen naar, ze geven ook op vele gebieden schade. Naast persoonlijke, emotionele schade - in de vorm van wanhoop, stress, verdriet en apathie - leidt het ook tot economische schade. Denk bijvoorbeeld aan verloren werkdagen, verminderde productiviteit en psychotherapeutische kosten.

Niet te verwaarlozen is ook de sociale schade, zoals gezinsconflicten, verstoorde relaties, partners die het 'niet meer aankunnen,' verwaarlozing van kinderen, drugs en alcohol gebruik als een vorm van 'zelfmedicatie.'

De laatste tijd komt de lichamelijke schade bij depressies, zoals een verminderde werking van het immuunsysteem, een minder snel herstellen van operaties en ziekten en een grotere kans op herhaling van hartinfarcten, ook steeds meer in de picture.

## **Kenmerkende patronen van depressies**

Laten we eens gaan kijken naar welke essentiële patronen we bij depressies kunnen onderscheiden.

Depressies en patronen

De cognitieve gedragstherapie (die het denken als ingang gebruikt om tot verandering te komen) heeft naar mijn mening zowel psychotherapeuten, als ook hypnotherapeuten veel geleerd over de structuur en de kenmerkende patronen van depressies. Een psychologische "bril" die veel helderheid verschaft!

Zo ziet Aaron Beck, de grondlegger van de cognitieve therapie, depressie vooral als een reactie op verlies, waarbij hij het over “negatieve verwachtingen” heeft als de hoeksteen van depressies.

Men denkt - al dan niet terecht - dat men iets verloren heeft, wat als essentieel voor zijn of haar leven en welzijn wordt gezien.

Zo loopt bijvoorbeeld een traditioneel opgevoede man, die als hoogste waarden in het leven werk, carrière en presteren heeft, een verhoogde kans op depressie bij ontslag, langdurende ziekte of de WAO. Een traditioneel opgevoede vrouw, die als hoogste waarde het hebben van goede relaties en harmonie heeft, loopt daarentegen weer meer risico op depressie na een echtscheiding. Eenzijdigheid maakt dus altijd kwetsbaar.

Kenmerkend bij depressies is de zogenaamde ‘depressieve triade’: een negatief zelfbeeld, een negatieve interpretatiestijl van gebeurtenissen, en een zeer somber toekomstbeeld.

In het Engels spreekt men ook wel van de drie P’s: Permanence (alles blijft altijd zo), Pervasiveness (een negatieve ervaring of gebeurtenis beïnvloedt alles in mijn leven, op elk levensgebied) en Personalization (negatieve ervaringen en gebeurtenissen liggen aan mijzelf).

Martin Seligman heeft veel onderzoek gedaan naar de beleving van controle en invloed op het eigen leven en de relatie hiermee met depressies.

Onderzoeken die aantoonde dat oorspronkelijke blootstelling aan aversieve ervaringen waarop men geen controle kan uitoefenen, leidt tot een later gebrek aan controle uitoefenen in situaties waar dat wel heel goed mogelijk en wenselijk is. Hij spreekt dan ook van depressie als een aangeleerde vorm van hulpeloosheid. Men denkt ten onterechte onmachtig te zijn in het veranderen van zijn of haar situatie.

Interessant zijn met name de diverse attributiestijlen die Seligman onderscheidt. Attributiestijlen staan voor de verschillende manieren waarmee wij betekenis toekennen aan gebeurtenissen.

Zo staat een stabiele attributiestijl voor de verwachting dat niets zal veranderen in de toekomst. Alles blijft altijd hetzelfde, de huidige ellende gaat nooit meer over! Een labiele attributiestijl staat daarentegen voor de verwachting dat dingen weer gaan veranderen, dat de huidige ellende slechts tijdelijk van aard is. De stabiele attributiestijl of negatieve toekomstverwachting is een van de meest opvallende en essentiële patronen bij depressies.

Het zal u dan ook niet verwonderen dat depressieve cliënten vaak weinig motivatie hebben om zich ergens voor in te zetten. “Het heeft toch geen zin,” zo redeneert de depressieve cliënt. “Anderen kunnen misschien wel veranderen, maar mijn depressie is zo erg; ik heb het gewoon niet in me om te kunnen veranderen; ik ben altijd al zo zwak geweest.”

Depressieve mensen zoeken dan ook vaak geen hulp, vanwege hun attributiestijl en als ze dat wel doen, doen ze dat met heel weinig verwachtingen.

Meteen een grote mate van zelfwerkzaamheid verwachten, zoals sommige therapeuten van hun cliënten eisen, zal dan ook snel resulteren in een afhaken van de cliënt.

Alleen maar uitgebreid praten over alles wat er mis is (gegaan) bij een eerste consult of intake, zal een depressieve cliënt alleen maar nog depressiever maken. Dit

versterkt immers allen maar zijn of haar stabiele attributiestijl en geeft de cliënt niet de ervaring dat er hoop is op verandering.

Andere veel voorkomende patronen die we vaak bij depressieve mensen of depressieve cliënten tegenkomen, zijn:

- **worst case scenario's:** Bij problemen gaat de cliënt uit van het meest sombere, zwarts mogelijke scenario's, of te wel: dikke lagen van pessimisme houden de cliënt van zijn of haar doelen af.
- **Constante zelfkritiek.** De cliënt maakt zichzelf constant zelfverwijten. Soms in een zo sterke mate dat er sprake is van pure zelfhaat. Hierbij kunnen we aan Freud denken, die depressie vooral als een naar binnen gerichte agressie zag.
- **Onevenwichtigheden op het gebied van verantwoordelijkheid.** De cliënt heeft of een veel te sterk besef van verantwoordelijkheid (met de daarbij behorende schuldgevoelens en stress), of de cliënt neemt juist helemaal geen verantwoording op die gebieden waarop hij of zij wel controle heeft of invloed op kan uitoefenen (de positie van een hulpeloos slachtoffer).
- **Als copingstijl (stijl van omgaan met dagelijkse problemen) gebruikt de depressieve cliënt vaak het 'denken,' in plaats van meer actieve copingstijlen waarbij er gerichte actie wordt ondernomen.** Vaak ontaardt deze stijl in een eindeloos analyseren en piekeren, met daarmee samengaande slaapproblemen.
- **Een tijdsoriëntatie op het verleden, samen met een grote gerichtheid op – en opgaan in - negatieve gevoelens.**
- **Een gepreoccupeerd zijn met zichzelf.** Met andere woorden een sterke interne focus of innerlijk gerichte aandacht. Dit ziet men ook vaak bij zwaar getraumatiseerde mensen.  
Door de interne focus ziet de cliënt bepaalde externe signalen niet meer. Hij of zij ziet niet dat bijvoorbeeld iemand niet te vertrouwen is, of niet in staat is te geven wat hij of zij bij de ander zoekt.
- **Een zogenaamde "global thinking" cognitieve (denk)stijl.**  
Bij globaal denken ziet men het bos, maar niet de afzonderlijke bomen waaruit het bos bestaat. Men ziet het geheel, maar niet de delen waaruit het geheel is opgebouwd.  
De cliënt ziet alle problemen tegelijkertijd, zonder een lineair onderscheid te maken, of onderverdelingen te maken. Er worden geen prioriteiten gesteld. Hij of zij ziet niet wat het eerste gedaan moet worden, of wat het belangrijkste is. De persoon in kwestie raakt overweldigd en gedemotiveerd en gaat als zelfbescherming steeds meer dingen uitstellen.  
Globaal denken gaat samen met zwart-wit (dychotoon) denken: iets is helemaal goed of helemaal fout, zonder dat er iets tussenin ligt. Zwart-wit denken heeft op zijn beurt weer alles te maken met perfectionisme: "of ik ben altijd overal succesvol in of ik ben een mislukkeling." Het gaat samen met een one fit it all

benadering van het leven: een één en dezelfde aanpak op alle levensgebieden (“nooit, nergens en bij niemand je gevoelens tonen; altijd doorgaan”). Het leidt tot een lage frustratietolerantie, irritaties en een gebrek aan acceptatie van zichzelf en anderen.

Wat al deze patronen in overeenkomst hebben is onevenwichtigheid. De balans is zoek, ze zijn té sterk, té eenzijdig, of ze worden in de verkeerde context gebruik. Zo help een global thinking stijl in de context van de bioscoop om op te gaan in een film en er van te genieten, maar in de context van financiële investeringen kan het rampzalig zijn.

Voor succesvolle therapie is het dan ook essentieel dat deze patronen herkend worden en in een nieuw evenwicht worden gebracht.

Daarnaast ziet de hypnotherapeut nog een andere belangrijk verschijnsel bij depressies, namelijk ongewenste zelfhypnose!

### **Depressies en zelfhypnose**

Hypnotherapeuten of hypno-psychotherapeuten nemen waar dat de depressieve mens constant in een negatieve vorm van zelfhypnose is.

Om dit te verduidelijken, eerst in het kort iets over hypnose en hypnotische fenomenen.

#### *Hypnose*

Hypnose, ook wel trance of hypnotische trance genoemd, laat zich goed beschrijven als een zo opgaan in een innerlijk gerichte aandacht dat men zich losmaakt (dissocieert) van de externe omgeving en opgaat in een eigen innerlijke, subjectieve werkelijkheid.

Hypnotische trance is een natuurlijk voorkomend verschijnsel, dat ook bewust kan worden opgewekt en gericht kan worden gebruikt, zoals in de hypno-psychotherapie het geval is.

Doordat we tijdens hypnose langer dan gewoonlijk aandacht kunnen hebben voor een idee of ervaring, heeft het een versterkend effect op wat we ervaren en verhoogt het ons leervermogen.

#### *Hypnose en trancefenomenen*

Interessant zijn de diverse hypnotische fenomenen, ook wel trancefenomenen genoemd, die tijdens hypnose op te roepen zijn of zich spontaan kunnen voordoen.

Trancefenomenen worden door veel hypnotherapeuten (Steve en Carol Lankton; 1983) gezien als de bouwstenen van het menselijk leervermogen. Het gaat om de volgende fenomenen:

- Leefstijdsregressie: wanneer iemand zo opgaat in een jeugdherinnering dat hij of zij - in meerdere of mindere mate - weer begint waar te nemen, te voelen en zich te gedragen als het kind dat hij of zij destijds was.
- Tijdsprogressie: zich zo levendig verplaatsen in een toekomstige situatie, dat het lijkt alsof het nu al gebeurt.
- Tijdsvervorming: de subjectief ervaren tijd kruipt of vliegt voorbij.
- Sensorische vervorming: het lichaam (of delen daarvan) voelen anders dan gewoonlijk aan. Bijvoorbeeld lichter, groter, kleiner, zwaarder, lomer, meer ontspannen.
- Analgesie en Anesthesie: bepaalde lichaamsdelen kunnen tijdelijk in mindere of meerdere mate ongevoelig worden voor pijnprikkels.
- Amnesie: wanneer men snel uit een diepe hypnose terugkomt, zonder een overgang in te bouwen, kunnen bepaalde delen van de ervaring vergeten raken, totdat men weer in hypnose teruggaat.
- Positieve hallucinaties: het ervaren van levendige voorstellingen, beelden; of het zien van dingen die anderen niet zien, wanneer de ogen in diepe hypnose geopend worden.  
Negatieve hallucinaties: het omgekeerde van het bovenstaande. Men ziet iets niet wat de rest van de aanwezigen wel zien.
- Dissociatie: het verschijnsel waarbij delen van een geheel ontkoppeld worden en waarbij de ontkoppelde delen min of meer autonoom (los van invloed op elkaar) functioneren. Dit is de ruggengraat van hypnose.

Zo dissocieert men zich van de omgeving tijdens hypnose. Ervaart men regressie dan dissocieert men zich niet alleen van de omgeving, maar vooral ook van het heden.

Positieve hallucinaties zijn weer te zien als het vermogen om te dromen, dat gedissocieerd is van zijn gebruikelijke context, namelijk slapen, enz.

Van deze fenomenen wordt druk gebruik gemaakt in de hypno-psychotherapie/hypnotherapie. Zo gebruikt men bijvoorbeeld tijdsprogressie om de cliënt te laten verplaatsen naar een probleemvrije toekomst, regressie voor het verwerken van jeugdtrauma's of het herbeleven van positieve referentie ervaringen, dissociatie voor het scheppen van afstand bij verwarrende en moeilijke situaties, sensorische vervorming en analgesie bij pijnbeheersing.

### **Depressie als een vorm van zelfhypnose**

Hoe verhoud bovenstaande zich nu met depressies?

Hypnose is op zich een neutraal verschijnsel. Wat je op een positieve manier kan gebruiken, kun je echter ook op een negatieve manier gebruiken, zoals bij depressies.

Depressies zijn heel goed te zien als een ongewenste, negatieve vorm van zelfhypnose. De depressieve mens geeft immers blijk van een grote, hypnotisch, innerlijk gerichte aandacht.

Een aandacht die, in tegenstelling tot de therapeutisch aandacht bij hypnotherapie, sterk gericht is op negatieve gevoelens. Zoals op gevoelens van verlies en falen. Een aandachtsfocus die samengaat met een innerlijke stem (zelfspraak), die de hele dag de meest nare en vreselijke dingen zegt (zelsuggesties).

Iemand die depressief is, geeft ook blijk van dissociatie. Hij of zij dissocieert zich van de omgeving en van het heden. Meestal is er ook sprake van dissociatie van prettige herinneringen.

Vaak zijn alle andere trancefenomenen aanwezig, zoals:

- Regressie (levendige herinneringen en herbelevingen van momenten van afwijzing, vernedering en gemaakte fouten)
  
- Amnesie (voor succes en positieve feedback);
  
- Positieve hallucinaties (het zien van afwijzing waar die niet is);
  
- Negatieve hallucinaties (het niet zien of horen van positieve feedback);
  
- Sensore vervorming (vage lichamelijke klachten/gevoelens);
  
- Tijdsvervorming (een depressieve ochtend lijkt eindeloos te duren);
  
- Tijdsprogressie (de huidige ellende wordt in de toekomst geprojecteerd als een eeuwig doorgaande toestand).

Bij deze negatieve vorm van zelfhypnose, ook wel symptomatische trance genoemd, zien we dus fixatie op negativiteit en verstarring. Therapeutische trance of hypnose kenmerkt zich daarentegen door beweging, variatie, creativiteit en het vermogen om dingen vanuit verschillende perspectieven te zien.

In de hypnotherapie, zal de hypnotherapeut het dan ook als eerste taak zien om deze symptomatische trance te onderbreken en te vervangen met een therapeutische trance.

Hiermee zijn we dan aangeland bij de praktijk van de hypnotherapie.

Laat ik hierbij eerst ingaan op het (oude) vooroordeel dat hypnose een contra-indicatie zou zijn bij de behandeling van depressies.

### **Hypnotherapie (hypno-psychotherapie) en depressies**

Hypnotherapie en contra-indicaties

Toen ik halverwege de tachtiger jaren me in de hypnotherapie begon te scholen, stelden mijn docenten zich tot mijn verwondering uiterst terughoudend op over de mogelijkheden van de toepassing van hypnotherapie bij depressies. “Pas op, gevaarlijk!” zeiden ze. Daarnaast zouden depressieve cliënten bovendien moeilijk of niet te induceren (hypnotiseren) zijn.

Destijds was er ook in de vakliteratuur bijna niets te vinden over hypnose of hypnotherapie bij de behandeling van depressies.

Opvallend was dat de weinige auteurs die het hier wel over hadden, bijna allemaal negatief in hun oordeel waren. Slechts een uitzondering vormde Milton Erickson. Een Amerikaanse psychiater die momenteel gezien wordt als dé belangrijkste grondlegger van de moderne hypnotherapie.

De meeste auteurs stelden echter dat hypnotherapie niet zou werken, of alleen tijdelijk bij hele lichte reactieve depressies (depressies naar aanleiding van duidelijke aanwijsbare stressvolle gebeurtenissen). Erger nog, volgens sommige auteurs zou hypnose een afbraak van de afweermechanismen\_\*\*\*in de hand werken, wat onherroepelijk zou leiden tot psychoses en suïcidale gedachten. Tot mijn genoegen toonde (de Ericksoniaan) Michael Yapko in 1992 echter overtuigend aan dat deze misvattingen - die nooit met enig concrete informatie onderbouwd werden - het gevolg waren van niet bewezen, vage theorieën uit de psychoanalyse.

Terecht stelt Yapko dat hypnose op zich nooit het probleem is. Hypnose is niet goed of slecht. Hypnose werkt! Hoe het werkt is een kwestie van hoe het wordt gebruikt. Yapko benadrukt dat hypnose altijd afhankelijk is van de context waarin het wordt toegepast: wie doet wat met wie, waar, waarom, met welk doel en op welke manier?

Alles wat therapeutisch kracht bezit, kan zowel positief als negatief worden gebruikt. Een hypnotherapeutische benadering die vanuit vage psychoanalytische theorieën wordt toegepast, help de depressieve cliënt niet, omdat deze zich niet bezig houdt met de essentie van depressie (zie het kopje ‘kenmerkende patronen van depressie’).

Een benadering die uitsluitend wordt gebruikt om gevoelens van kwaadheid of verlies te versterken, of om pijnlijke trauma’s her te beleven, leidt hoogstwaarschijnlijk tot negatieve resultaten. Zeker wanneer er niet eerst een positieve toekomstverwachting bij de cliënt is gevestigd. Dergelijke benaderingen kunnen dan ook als onwenselijk worden beschouwd.

Yapko definieert hypnose als een beïnvloedende vorm van communicatie, waarbij de cliënt gestimuleerd wordt tot het leggen van nieuwe associatieve verbanden.

Aangezien dit voor alle vormen van psychotherapie geldt, zijn er dan ook geen contra-indicaties voor het gebruik van hypnose, behalve wanneer de therapeut schadelijke, negatieve associatieve verbanden van de cliënt verder gaat versterken. De vraag is dan ook niet of men hypnose bij depressies kan gebruiken, maar hoe men hypnose het beste daarbij kan gebruiken.

**Aandachtspunten voor de toepassing van hypnotherapie bij depressies**

Als eerste is het van essentieel belang dat de negatieve toekomstverwachting van de cliënt wordt doorbroken. Het vertrouwen dat dingen kunnen en gaan veranderen moet als eerste hersteld worden.

Daarnaast is het van belang om uit te gaan van de meest opvallende patronen van de cliënt. Patronen die op onevenwichtigheden duiden!

Gebruikt een cliënt te veel andermans maatstaven om te bepalen of hij of zij iets goed heeft gedaan, dan is het doel de cliënt te leren om zijn/ haar eigen maatstaven meer te gaan gebruiken.

Gaat iemand té sterk op in zijn/haar eigen gevoelens, dan zijn technieken om afstand te nemen en overzicht te hebben op zijn plaats.

Voelt de cliënt zich voor iedereen en alles verantwoordelijk, met de daarbij samengaan stress en schuldgevoelens, dan moet de cliënt leren waar de grenzen liggen van zijn of haar verantwoordelijkheid.

Denkt een cliënt aan alle problemen tegelijkertijd, dan is het leren van prioriteiten stellen, hoofdzaken van bijzaken onderscheiden, en de dingen meer stap voor stap te benaderen van belang.

Werken met het verleden dient in het begin, zeker wanneer er nog sprake is van een min of meer negatieve toekomstverwachting, vermeden te worden.

Zijn er op een gegeven moment al resultaten, is er al meer stabiliteit en sprake van een gevestigde positieve toekomstverwachting bij de cliënt, dan kan het extra versterkend werken om met belangrijke jeugdervaringen te werken. Ervaringen die aanleiding gaven tot belemmerende overtuigingen over de eigen identiteit, mogelijkheden en de wereld. Mits dit ingebed blijft binnen een positieve toekomstverwachting.

**Het therapeutisch potentieel van hypnotherapie bij depressies**

Als we naar de voordelen van hypnotherapie kijken bij depressies, valt als eerste op dat bij zowel hypnose als depressies de subjectieve beleving van de mens centraal staat.

Hypnose wordt immers beschreven als een opgaan in een 'eigen subjectieve werkelijkheid' en bij depressies houden we onze eigen subjectieve voorstellingen van falen, uitzichtloosheid en waardeloosheid voor een absolute, onveranderlijke waarheid en werkelijkheid. Niet voor niets wordt depressie gezien als dé stoornis van de subjectiviteit. Hypnose en depressie vormen dus een mooie match! De therapeutische sleutel past perfect in het subjectieve slot.

Niet alleen kan men in hypnose gericht contact maken met zijn of haar subjectief ervaren werkelijkheid, men kan in hypnose ook veel beter dan gewoonlijk - door de gerichte aandacht ervan - bepaalde aspecten van de subjectieve ervaring versterken

of juist verzwakken.

Hypnose nodigt ons uit om onze subjectiviteit op een andere, nieuwe manier te gaan ervaren. Onze dagelijkse gewoontepatronen met zijn gerichtheid op de buitenwereld, aannames en verwachtingen worden tijdens hypnose even onderbroken.

Een vorm van ‘anders doen’ die leidt tot één van de meest unieke vermogens van hypnose, namelijk het vermogen om toegang te krijgen tot - en het mobiliseren van - behulpzame bronnen en krachten in onszelf.

Hulpbronnen die we in het dagelijks leven vaak over het hoofd zien en daardoor verzuimen te gebruiken of te ontwikkelen.

Hypnotherapie helpt om van deze vermogens bewust te worden en om ze toegankelijker te maken. Hypnotherapie is daarbij toepasbaar op alle gebieden van het menselijk bestaan en functioneren. Gebieden zoals gedrag, lichamelijke gewaarwordingen, denken en zelfspraak, gevoelens en emoties, symboliek en dromen.

De ervaring leert dat hypnotherapie niet alleen leidt tot symptoomvermindering en verkorting van de therapieduur bij depressies, maar tevens het algemeen functioneren en de flexibiliteit van de cliënt vergroot.

Een grotere flexibiliteit in het omgaan met de onvermijdelijke problemen van het dagelijkse leven, vergroot de mogelijkheden voor een creatiever en succesvoller leven. De beste preventie tegen een mogelijke latere terugval in depressie! Zijn er echter ook harde wetenschappelijke bewijzen voor de effectiviteit van hypnotherapie bij depressies?

### **Wetenschappelijk onderzoek en hypnotherapie**

De Amerikaanse hoogleraar psychologie Kirsch, die hypnotherapie als psychotherapie in miniatuur ziet, doorbraak in 1990 als eerste de mythe dat alle vormen van psychotherapie ongeveer even goed werken.

Uit meta-analyse★★★★ onderzoek kwam aanvankelijk naar voren dat cognitieve therapie als ook hypnotherapie meestal superieur zijn aan andere benaderingen en dat hypnotherapie vaak het meest effectief is. Echter in verdere onderzoeken werd hypnotherapie niet meer meegenomen. Reden hiervoor was dat onder meer de American Psychological Association (APA) stelde dat hypnotherapie niet als een specifieke vorm van therapie bestaat.

Dit vanwege een gebrek.

Hypnose wordt door de APA gezien dan ook gezien als een losstaand hulpmiddel, dat in principe op veel verschillende wijzen is toe te passen. Schijnbaar heeft de APA zich hierbij meer door de verschillen dan door de overeenkomsten binnen de hypnotherapie laten leiden.

In Europa erkent de Europese Associatie van Psychotherapie hypnotherapie echter wel als een specifieke vorm van psychotherapie.

Verdere onderzoeken in de VS, waarbij bestaande, erkende behandelingen en therapieën aangevuld werden met hypnose, wezen uit dat de resultaten significant gunstiger waren dan wanneer dezelfde behandelingen zonder hypnose werden

toegepast (Kirsch and Sapirstein 1995/Lynn, Kirsch, Barabasz, Cardena and Patterson 2000).

Specifiek empirisch onderzoek naar depressie waarbij hypnose of hypnotherapie werd toegepast, heeft echter voor zover mij bekend is nog niet plaatsgevonden. Hoewel specifiek wetenschappelijk onderzoek hiernaar zeker wenselijk is, heeft het echter ook zijn beperkingen.

Er zijn diverse kanttekeningen bij het gangbare wetenschappelijk onderzoek naar de effectiviteit van psychotherapie in het algemeen, en hypnotherapie in het bijzonder, te plaatsen:

- Bij ‘gecontroleerd’ wetenschappelijk onderzoek worden de proefpersonen geselecteerd op één enkele diagnostische categorie, bijvoorbeeld een sociale fobie.  
In de werkelijkheid van de dagelijkse praktijk komen de ‘ongecontroleerde’ cliënten echter meestal met een veelheid aan verschillend te diagnosticeren klachten bij hun therapeut.  
Iemand met een depressieve stoornis, heeft bijvoorbeeld ook een ontwijkende of afhankelijke persoonlijkheidsstoornis, samen met verslavingsproblematiek en relatieproblemen.
  
- Bij onderzoek wordt een standaard techniek toegepast, die bij alle proefpersonen steeds op dezelfde wijze wordt uitgevoerd. De effectiviteit van hypnotherapie daarentegen, valt of staat bij het benutten van de spontane reacties van de cliënten en bij het flexibel kunnen overgaan van de ene techniek naar de andere.
  
- De therapeutische relatie wordt in het onderzoek niet meegenomen, men kijkt alleen naar het effect van de desbetreffende techniek. Dit is wellicht een van de grootste missers.  
Het ligt immers voor de hand dat wederzijdse verwachtingen en gedeelde overtuigingen van cliënt en therapeut het therapeutische proces altijd in sterke mate zullen beïnvloeden en bepalen.  
Andere onderzoeken op het gebied van de dagelijkse praktijk van de psychotherapie, tonen aan dat een goede therapeutische relatie op zijn minst een essentiële voorwaarde (volgens sommigen zelfs dé doorslaggevende factor) voor succes is, bij ongeacht welke vorm van psychotherapie dan ook.
  
- Psychotherapie zal altijd, naast een toegepaste wetenschap, een vorm van kunst blijven. Er zijn geen vervangingen voor zaken als therapeutisch oordeel, therapeutische inschatting, therapeutische spontaniteit, ervaring en intuïtie. Dit verklaart mede waarom er zoveel grote verschillen blijken te bestaan in het succespercentage tussen de diverse individuele cognitieve therapeuten, terwijl de cognitieve therapie een van de meest empirische (wetenschappelijk) evidence based therapieën is.

Misschien zou het dan ook wel zinvoller zijn om therapeuten in plaats van technieken wetenschappelijk te gaan onderzoeken, zoals Yapko voorstelt. Wellicht zou het ook een goed idee zijn, wanneer individuele therapeuten de eigen successcore bij de diverse problemen en stoornissen van hun cliënten - samen met het aantal benodigde consulten – bij gaan houden. Bij nieuwe cliënten kan deze informatie dan standaard meegegeven worden.

Hoewel er dus (nog) geen harde, wetenschappelijke onderzoeksgegevens zijn over de effectiviteit van de toepassing van hypnotherapie bij de depressies, maken wel vele verslagen melding van vermindering van depressie als bijeffect van hypnotherapie bij andere (hoofd)klachten, zoals angst en pijn.

Een verstoorde stemming bij een depressie staat niet op zich zelf. Depressies bestaan uit diverse samengestelde, te onderscheiden patronen (en symptomen) die zich voordoen op alle menselijke gebieden:

- Denken (zwart-wit denken, piekeren, pessimisme, negatieve zelfevaluatie).
  
- Gevoel (gevoelens van verdriet, verlies of schuld).
  
- Gedrag (perfectionisme, vermindering van uitdagingen, ‘opgeef’ gedrag).
  
- Relaties (hyperkritisch zijn naar de ander of juist zelfopoffering, sociale vermindering en isolatie).
  
- Fysiologie (slaapproblemen, vermoeidheid, eetlustverstoringen).
  
- Symboliek (destructieve fantasieën en beelden, nachtmerries).

Veel van deze patronen werden afzonderlijk succesvol behandeld met hypnose of hypnotherapie (Kirsch, 1966; Lynn et al., 2000; Schoenberger, 2000). Daarnaast getuigen steeds meer verslagen in de vakliteratuur van de waarde van de toepassing van hypnotherapie bij depressies.

Concluderend kunnen we dan ook voorlopig stellen, dat er vele overtuigende aanwijzingen zijn dat hypnotherapie een waardevol en effectief alternatief - of aanvulling - kan zijn voor de reguliere behandeling van depressies.

### **Relevante literatuur**

- Beck, A.T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: Penguin books.
  
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of*

depression. New York: Guilford.

- Benson, B. & Gafner, G. (2003). Hypnotic techniques: for standard psychotherapy and formal hypnosis. New York: Norton.
- Burton, J. & Bodenhamer B.G. (2000). Hypnotic language: its structure and use. Bancyfelin, Carmarthen: Crown House Publishing.
- Cladder, J.M. (1994). Korte psychotherapie met hypnose en NLP. Lisse: Swets en Zeitlinger.
- Corey, G. (1996). Theory and practice of counseling and psychotherapy. Pacific Grove, Ca: Brooks/Cole publishing Company.
- Duncan, L. B. & Miller, S. D. (2000). The Heroic client: doing client-directed, outcome-informed therapy. San Francisco: Jossey-Bass Inc.
- Hall, L.M., Bodenhamer, B.G., Bolstad, R & Hamblett, M (2003). The structure of personality: modeling “personality” using NLP and Neuro-Semantics. Bancyfelin, Carmarthen: Crown House Publishing.
- Kirsch, I. (1990). Changing expectations: a key to effective psychotherapy. Belmont: Brooks/Cole Brooks/Cole.
- Lankton S.R. & Lankton C.H. (1983). The answer within: a clinical framework of Ericksonian hypnotherapy. New York: Brunner/Mazel.
- Seligman, M. (1990). Learned optimism. New York: Alfred A. Knopf.
- Yapko M.D. (2001). Treating depression with hypnosis: integrating cognitive-behavioral and strategic approaches. Philadelphia: Brunner-Routledge.
- Yapko M.D. (1992). Hypnosis and the treatment of depressions: strategies for change. New York: Brunner/Mazel.
- Yapko M.D. (1997). Breaking the patterns of depression. New York: Doubleday.
- Yapko M.D. (1988). When living hurts: directives for treating depression. New York: Brunner/Mazel.
- Yapko M.D. (1990). Trancework: an introduction to the practice of clinical

hypnosis. New York: Brunner/Mazel.

- ★ De termen hypnotherapie en hypno-psychotherapie worden in dit artikel afwisselend gebruikt, er is geen wezenlijk verschil tussen beiden.
- ★★ Wanneer ik het in dit artikel spreek over depressies, gaat het hier alleen over de zogenaamde unipolaire depressieve stoornissen. De Bipolaire stoornissen laat ik buiten beschouwing. Bij bipolaire stoornissen (manische depressies), wisselen perioden van neerslachtigheid zich af met perioden waarin sprake is van een abnormaal verhoogde, expansieve stemming, vaak samengaan met groothedsideeën en wanen.
- ★★★ Afweermechanismen: een begrip uit de psychoanalyse/ psychodynamische psychotherapie. Deze mechanismen zoals verdringing, projectie, verplaatsing zouden er voor zorgen dat we (ons ego) niet overspoeld raken door onacceptabele, onbewuste impulsen.
- ★★★★ Een wetenschappelijke analyse uit tientallen, soms honderden afzonderlijke onderzoeken die samengevoegd worden.

PAGE PROTECTED BY **COPYSCAPE** DO NOT COPY