

OVER GRAAFMACHINES EN EEN ONPERFECT ONBEWUSTE.
EEN HYPNOTHERAPIECASUS BIJ KINDEREN MET BRUXISME *

Wilfried Van Craen

Tijdschrift van het Verbond der Vlaamse Tandartsen, 21, 1998.

Marti is elf en heeft last van bruxisme, zowel de meer dynamische vorm of tandenknarsen (nachtelijk) als de statische vorm, het tandklemmen (overdag). Hij werd naar mij verwezen door zijn tandarts die een abnormale tandslijtage opmerkte.

Marti zelf ervaarde zijn klacht als een 'automatische tic', die buiten zijn wil om gebeurde en waar hij geen controle over had.

Deze orale tic (waartoe bruxime kan gerekend worden) deed zich bij deze jongen dus zowel overdag voor als 's nachts. Op het eerste (het tandenknarsen) kon hij steeds vaker zichzelf betrappen (vooral in gespannen situaties –een moeilijke les, een spannende sportwedstrijd en vooral alle vormen van prestatiesituaties). Het tweede (tandenknarsen) merkte Marti omdat hij vaak 's ochtends wakker werd met pijnlijke kaken, voor zover dat hij bij het ontbijt geen boterhammen meer wou eten en volstond met yoghurt "omdat mijn kaken zo moe en pijnlijk zijn". Ook klaagde hij over hypersensitiviteit in de tanden, die de reden was van frequent tandartsbezoek, waarop de tandarts, bij gebrek aan andere pathologie, de hypothese formuleerde van bruxisme.

Dat het hier gaat om een situatie-specifieke respons werd al snel duidelijk als je merkt dat de aanmelding in juni gebeurde, bij de aanvang van de examenperiode. Marti is een perfectionistische student die veel arousal opbouwde in prestatiegerichte situaties. Toen ik de begeleidende vader vroeg hoe zijn zoon de studiestof verwerkte, antwoordde deze, zich niet bewust van het symbolische karakter van zijn uitspraak: "Hij bijt er zich echt in vast".

Van in het begin ben ik er opmerkzaam voor om als psychotherapeut niet mee te gaan in de druk die zo vaak door de omgeving (en, helaas, ook de tandarts) op kinderen met (orale) tics wordt gezet: "je moet daar mee ophouden". Voor deze kinderen is het dan ook zeer frustrerend om voortdurend te 'falen' in deze omgevingseis en leidt de daardoor ontstane frustratie tot nog meer arousal en dus ook verhoogd ticgedrag, dat vaak de (onbewuste) manier van spanningsontlading is.

In de plaats daarvan wordt het ticgedrag hier voorgesteld als een onwillekeurig gedrag dat leeftijdsgebonden is en dat "automatisch overgaat als je groter wordt". Net zoals je eerst kroop, dan liep, dan fietste enz. Belangrijk is de druk weg te nemen bij zo'n kind, zeker als het al perfectionistisch ingesteld is. Een positief verwachtingspatroon naar (zelf)controle toe, werd gesuggereerd door een vergelijking te maken met de perfecte motorische controle die Marti had als hij tennis speelde: in het begin sloeg hij de bal vaak of te zacht of te hard of in een verkeerde richting en nu had hij een enorme (motorische) controle

verworven en kon hij een bal met de juiste spiertonus de juiste aanzet geven en net die hoek maken met zijn arm en pols die de bal de precieze richting deed uitgaan. Als dat geen (geleerd!) meesterschap in zelfcontrole was !

In samenspraak met Marti en zijn ouders werd geopteerd om in een eerste behandelingsfase symptoomgericht te werken en in een tweede fase dieper in te gaan op de onderliggende stressoorzaken. In dit artikel beperken we ons tot een verslag van de eerste fase.

Deze begon met een registratieopdracht, enerzijds om Marti toe te laten zich bewuster te worden van het als onwillekeurig en automatisch beleefde ticgedrag, anderzijds om voor de therapie de uitlokkende of faciliterende stimuli te kunnen inventariseren.

Vervolgens werd gestart met de basisprocedure van de progressieve relaxatie van Jacobson d.m.v. biblio- en audiotherapie¹, wat aansloot bij de leergierige instelling van Marti, maar ook bij zijn wat (leeftijdsgebonden) eigenzinnige opstelling om 'alles zelf te willen doen'. Hij las dus over het nut van relaxatie en zelfhypnose en had uit eigen initiatief en met enthousiasme ook het hoofdstuk over mentale training bij (top)sport gelezen. Daarnaast leerde hij zichzelf de eerste fase(n) aan van de progressieve relaxatie met behulp van de audiocassetten. Het voordeel hiervan was niet alleen een sterke motivatiewinst, maar ook dat we binnen de sessie de tijd konden besteden aan specifieke, op bruxisme gerichte interventies en varianten, en weinig tijd dienden te investeren in duiding, verantwoording en démytificatie van relaxatie en hypnose en de uitleg en uitvoering van de basismethoden. Op basis van de thuis ingeoeffende basistechniek, leerde patiënt tijdens de tweede zitting een klachtspecifieke variëteit van de progressieve relaxatie: bij het ballen van armen en handen werden deze laatste vòòr het gezicht gehouden en bij het loslaten werd geïnstrueerd goed toe te kijken hoe de handen in de schoot vielen en vooral goed te voelen hoe de spanning wegebde en plaats maakte voor totale (spier)ontspanning. Vervolgens werd deze eerste stap (spannen en loslaten van handen en armen) herhaald en werd gesuggereerd vanaf nu net op dezelfde manier ook de spanning in de kaken los te laten. Vervolgens werd met elke spiergroep die werd opgespannen gevraagd om bij het loslaten tegelijkertijd ook de spanning in de kaken los te laten.

Als huiswerkopdracht werd voorgesteld dit te blijven inoefenen tot hij een gevoel van zelfcontrole begon te ontwikkelen, nl. het kunnen loslaten van de spanning in de kaken. Ook werd gevraagd om in de komende week overdag bewuster en nauwkeuriger de (spannings)situaties te detecteren waarin hij aan het klemmen of knarsen ging. Deze werden tijdens de volgende sessie gehiërarchiseerd en tijdens een hypnodesensitisatieprocedure (waarin ontspanning progressief gekoppeld werd aan situaties waarin bruxisme optrad) werd het toepassen van de relaxatierespons in vitro ingeoeffend. Vervolgens werd aan Marti de opdracht meegegeven om ook in de realiteit de

desensitatie-techniek (in vivo) toe te passen, beginnend met de minst moeilijke situatie.

In de derde sessie koppelde Marti het beeld van het loslaten van de (kaak)spanning aan een in hypnose door hemzelf gevonden metafoor. Hij heeft een zwak voor zware machines en stelde zich voor dat hij een graafmachine bediende. Vanuit de besturingscabine drukte hij op een rode knop en dan viel de machine zijn 'bek' open, ontspanden de grijpers zich (kaken) en rolde alle rommel eruit (verdwijnen van de spanning). In hypnose werd dan het indrukken van de knop, gevolgd door het loslaat ritueel, opnieuw gekoppeld aan een hiërarchie van stresssituaties, die de bruxismereflex ontlokten. Vervolgens werd ook de posthypnotische suggestie gegeven dat op het moment zelf, in die concrete situaties, het beeld van de rode knop automatisch zou opduiken en het zou volstaan die (mentaal) in te drukken om het tandenknarsen te couperen. Bovendien zou Marti, wanneer de sociale context dit toelaat, meteen (zachtjes) beginnen fluiten (iets wat hij al vaker een bestuurder van een graafmachine had zien doen – er waren wegenwerken in zijn straat aan de gang). Bedoeling hiervan was om een antagonistische (onverenigbare) respons uit te lokken (fluiten gaat niet met geklemde kaken), maar aan Marti werd verteld dat hij op die manier de spanning uit zijn lichaam uitblies en bovendien kwam het 'erg cool over', en dat vond Marti dan weer belangrijker.

Voor het nachtelijk bruxisme maakte ik gebruik van een leuk balletje dat ik uit de speelgoedkist van mijn dochtertje had 'geleend': een balletje opgevuld met lijnzaad, net groot genoeg om in de hand te houden en ideaal (en aangenaam) om met kracht in te knijpen. In hypnose gaf ik Marti de suggestie dat, telkens als hij 's nachts begon te knarsen, zijn onbewuste ervoor zou zorgen dat hij meteen de rechtervuist balde (waarin het balletje, dat hij mee naar bed nam). Vervolgens werd gesuggereerd (ratificatie en bekrachtiging) dat hij daardoor een stevig getrainde hand en onderarm zou ontwikkelen, met als gevolg een ijzeren greep bij het tennisspelen. Marti, een fervent tennisspeler, bleek achteraf erg gevoelig voor deze rationale, maar het leuke is dat hij na twee weken 'klagend' rapporteerde 's ochtends wakker te worden met een vermoeide, licht pijnlijke rechter onderarm.

Marti's bruxisme verdween na enkele weken. Dit was goed, maar ook slecht nieuws, want door het wegvallen van de (symptoom)last, viel blijkbaar bij Marti ook de motivatie weg om verder te werken aan de onderliggende oorzaken (niet dat dit steeds hoeft, verre van, maar bij deze jonge patiënt was het duidelijk dat het bruxisme het gevolg was van een ontbreken van coping vaardigheden in het omgaan met (prestatiegerichte) stresssituaties). Marti verscheen niet meer op de volgende afspraken en na telefonisch contact met de ouders bleek dat hij nog steeds symptoomvrij was, doch het 'te druk had' om de therapie er nog bij te nemen.

Maar, Boontje komt om zijn loontje, en Marti recidiveerde tweemaal: een eerste keer naar aanleiding van een belangrijke tenniswedstrijd en een tweede keer opnieuw in de examenperiode. Dit herval werd aangegrepen om de link met de

onderliggende oorzaken nogmaals te verduidelijken en dit keer was Marti bereid om via een hypnocognitieve benadering (Van Craen, 1990) te werken aan het ontwikkelen van een meer realistische benadering van prestaties, het leren omgaan met afwijzing en het ontwikkelen van een positief zelfwaardegevoel.

Als staartje nog een kort verslag van een aanverwante behandeling die enkele maanden nadien plaatsgreep.

Bij een 14-jarig meisje met louter nachtelijk bruxisme bleek dat ze vooral last had wanneer ze overdag frustrerende situaties had meegemaakt (ze werd op school nogal vaak gepest). Wat betreft de symptoomaanpak, werd de duiding gegeven dat ze deze situaties in haar droomfase verwerkte, en daarbij haar tanden knarste omdat ze haar woede of verontwaardiging tegenover haar agressor niet durfde te uiten.

Vervolgens gaf ik haar in hypnose de suggestie dat ze vanaf nu in haar dromen (uiteraard op deze manier niet in de realiteit !) anders ging reageren tegenover haar agressor: als de emoties van woede e.d.m. opkwamen zou ze ofwel een sterke vuist maken naar de agressor, ofwel haar tong uitsteken ofwel hem uitlachen. Daarbij zou haar onbewuste de juiste keuze(strategie) maken zonder dat zij zich daar om hoefde te bekommeren. Afhankelijk van de analyse van de situatie door haar onbewuste, zou het meest adequate reactietype uitgekozen worden. Wel belangrijk was dat ze één van die drie reacties ook effectief zou doen tijdens haar (droom) slaap.

Tot zover de suggestie.

Welk van de drie alternatieven ze ook zou kiezen, ze zou steeds een adequaat coupeergedrag vertonen naar het bruxisme toe : in het eerste geval (de vuist) door een symptoomsubstitutie, in het tweede en derde geval (tong uitsteken en uitlachen) door het oproepen van een antagonistische respons. Om je tong tussen je (klemmende) tanden te steken moet je de mond openen, wat een onverenigbare respons is met knarsen. Bovendien ga je er, ook al slaap je dan, wellicht wel voor zorgen dat je niet op je tong bijt (waardoor je zolang weer niet kan knarsen) en als je het toch doet, wordt je meteen even wakker en is het ook gedaan met knarsen. In de derde keuze bestond de antagonistische respons uit het lachen, motorisch ook niet verenigbaar met knarsen. Op een creatieve wijze en rekening houdend met haar (onbewuste) voorkeuren, verkregen we met deze 'meerkeuzetechniek' een goede symptoomcontrole (die nodig was omdat het hier ging om een meisje met orofaciale pijn). Bovendien leverden de suggesties tot het alternatieve (droom)gedrag een reconstructieve herbeleving van de traumatiserende situatie op, waarbij patiënte ditmaal zichzelf kon beleven als iemand die de situatie onbevreesd hanteert, in de tegenaanval gaat en niet met zich laat sollen, in plaats van hulpeloos slachtoffer te zijn. Dit had niet alleen een egoversterkend, maar ook traumaverwerkend effect.

Patiënte vond het leuk om , al was het in haar slaap en dus 'onbewust', toch een keuze te hebben in haar alternatief probleemoplossend gedrag en bleek elke ochtend nieuwsgierig te zijn of ze 's nachts, in haar dromen, de juiste keuze had gemaakt. Dit leidde ze af uit het al dan niet opstaan met kaak- en tandpijn, m.a.w. het al dan niet geslaagd couperen van het bruxisme. De eerste twee

zittingen rapporteerde ze nog een sporadische last, maar, voegde ze er aan toe, “mijn onbewuste is ook niet perfect”.
Had Marti dit maar gehoord.

Literatuur

VAN CRAEN W. Hypnose et thérapie cognitive. *Phoenix, Revue de nouvelle hypnose & d'hypnothérapie Ericksonienne*, 11/12, juni 1990, 53-56.

* Artikel verschenen in een tandheelkundig tijdschrift