

Samenvatting:

Een regressieve volwassen baby zijn kan worden beschouwd als (a) een persoonlijke identiteit of (b) een psychoseksuele stoornis. In dit artikel wordt gesteld dat volwassen baby zijn een *persoonlijke identiteit is* - psychologisch gezond als interne conflicten worden opgelost. Echter, standaard psychologische praktijk en teksten behandelen het zijn van AB als een psychoseksuele stoornis, een fetisjistische parafilie. Het verschil is van groot belang, vooral als een regressieve AB hulp zoekt.

Een casestudy uit een gerespecteerd leerboek over psychotherapie wordt gebruikt om de verschillen in deze twee opvattingen van volwassen baby's te illustreren. Het toont de schade aan die wordt veroorzaakt door het als volwassen baby behandelen als een psychoseksuele stoornis. Het artikel is ook bedoeld om (a) regressieve volwassen baby's te helpen bij het selecteren van een therapeut of counselor en (b) therapeuten die regressieve volwassen baby's begeleiden.

Dit artikel kan alleen worden gelezen, maar kan het best worden gelezen in combinatie met het boek 'Becoming Me - The Journey of Self-acceptance: A Guide for Adult Babies Traversing Life' (www.abdiscovery.com.au 2018).

Volwassen baby als persoonlijke identiteit

Er zijn sterke redenen om te overwegen dat een regressieve volwassen baby een persoonlijke identiteit is, net zoals lesbisch, homoseksueel, biseksueel, transgender of homo een persoonlijke identiteit is.

Regressieve volwassen baby is een term die is ontstaan door Rosalie en Michael Bent en beschrijft volwassen baby's die een babypersoonlijkheid hebben met gevoelens en behoeften die moeten worden herkend en vervuld zodat de AB gelukkig kan leven, zonder angst en verstoring.

De baby persona van een regressieve volwassen baby is een subpersoonlijkheid of alter ego. Het bestaat naast de volwassen persoonlijkheid als onderdeel van de identiteit van de persoon. De baby persona is geen autonome persoonlijkheid in de zin van dissociatieve identiteitsstoornis. De babypersoonlijkheid heeft gevoelens en behoeften die verschillen van de volwassen persoonlijkheid, hoewel die gevoelens en behoeften uiteindelijk die van de betrokken persoon zijn. Een regressieve volwassen baby zal hun babypersoonlijkheid vaak een eigen naam geven. Het is niet ongebruikelijk dat mannelijke regressieve volwassen baby's een vrouwelijke babypersoonlijkheid hebben.

Regressieve AB's kunnen worden onderscheiden van andere volwassen baby's of luiertiefhebbers (ABDL) voor wie luiers, babykleding of babyactiviteiten een optioneel extra zijn waar ze vrijelijk zonder kunnen leven als ze daarvoor kiezen, en / of degenen voor wie deze dingen een beperkte fetisj zijn uitsluitend voor seksuele opwindning en expressie. Dit artikel heeft alleen betrekking op regressieve volwassen baby's. De meeste volwassen baby's hebben echter een regressie-element en sommige een extreem hoog niveau.

Regressieve volwassen baby kan op twee belangrijke gronden worden beschouwd als een persoonlijke identiteit (geen stoornis) -

- (1) het is een aangeboren en permanent kenmerk van de psyche van de persoon EN,
- (2) bij afwezigheid van intern conflict en externe vooroordelen, is een psychologisch gezonde en duurzame uitdrukking van de psyche van de persoon.

Als een aangeboren onderdeel van de psyche, is een regressieve volwassen baby de bewuste keuze van de persoon niet. Het is vrijwel onmogelijk om er bewust voor kiezen *geen*

Adult Baby – Healthy Personal Identity or Psychosexual Disorder?

regressieve baby zijn als je één bent. Veel volwassen baby's kunnen hun eerste bewustzijn van luiers luiëren of willen worden getraceerd, terug naar hun vroegste jeugdherinneringen. Voor regressieve volwassen baby's is dit meestal ruim voor de puberteit en begon het duidelijk niet als een fetisj.

Om een persoonlijke identiteit te zijn in plaats van een stoornis, is het niet voldoende dat de eigenschap permanent is. Persoonlijkheidsstoornissen zijn ook vaak permanent - dat is een langdurige en zal waarschijnlijk niet veranderen. Om een persoonlijke identiteit te zijn, moet een eigenschap ook psychologisch gezond en duurzaam zijn. Met psychologisch gezond bedoel ik dat het een identiteit is die past bij het zijn van een verantwoordelijke, liefdevolle en creatieve volwassene die in staat is om positieve persoonlijke relaties te onderhouden, aan hun persoonlijke en sociale verplichtingen te voldoen, te werken, te spelen en persoonlijke creativiteit te uiten. Met duurzaam bedoel ik dat de persoon deze identiteit alleen en voor zichzelf ondersteunt en niet afhankelijk is om de identiteit op anderen te behouden - hoewel ze ervoor kunnen kiezen om zichzelf en hun identiteit met anderen te delen. Dit is belangrijk, omdat deze eigenschap anders een vorm van psychologische afhankelijkheid is.

Ik denk dat het hoogstwaarschijnlijk is dat regressieve volwassen baby's deze identiteit hebben ontwikkeld als gevolg van onvervulde behoeften en begraven emoties als gevolg van een onzekere hechting tussen de AB als een echte baby en hun moeder (primaire verzorger). Zoals de gehechtheidstheorie suggereert dat ongeveer een derde van de bevolking een onveilige gehechtheid heeft, is dit niet al te veel tijd. Ik weet niet waarom slechts een paar van de vele kinderen met onzekere gehechtheden de identiteit van een volwassen baby ontwikkelen. Dat neemt de stelling niet weg.

Hetzelfde geldt voor andere persoonlijkheidstypes, bijvoorbeeld mensen met een klinische gehechtheidsstoornis - ze hebben als kind waarschijnlijk allemaal onveilige gehechtheden, maar niet alle kinderen met een onveilige gehechtheid hebben een gehechtheidsstoornis. Een mogelijke verklaring is dat de exacte configuratie van het interne werkmodel waarmee een kind zijn hechtingspatroon internaliseert, een zeer individuele zaak is - gemedieerd door de percepties en onbewuste keuzes van elk individu. Vergeleken met sommige andere identiteiten of persoonlijkheidskenmerken die mogelijk het gevolg zijn van een onveilige gehechtheid, houdt de identiteit van de volwassen baby de symbolen van de kindertijd en zijn onvervulde behoeften, luiers, enzovoort, goed in het oog.

Dus hoe helpt het lokaliseren van de bron van de regressieve identiteit van een volwassen baby in een onzekere gehechtheid tussen een jong kind en hun moeder?

Ten eerste door te valideren dat de oorspronkelijke wond - dat is de onvervulde kinder- en kinderlijke behoefte aan comfort en veiligheid - reëel is. De regressieve volwassen baby is niet boos of toegeeflijk. De regressie naar het stadium waar de onveilige gehechtheid plaatsvond, is begrijpelijk.

Ten tweede erkent de Attachment Theory dat een onveilige attachment niet is opgelost. Door middel van verschillende mechanismen, waaronder therapie of een goed huwelijk, kan een persoon het interne werkmodel veranderen dat zijn huidige en toekomstige relaties vormgeeft, en op volwassen leeftijd kunnen ze van een onzekere naar een veilige gehechtheid overgaan. Kortom, genezing is mogelijk. Iemand die als kind een onzekere gehechtheid had, kan die lei niet 'afvegen', maar ze kunnen de wonden die zichzelf en hun leven hebben beschadigd, genezen (of er in ieder geval vrede mee sluiten).

Ten derde wijst de hechtingstheorie op de specifieke emoties en onvervulde behoeften die genezing vereisen. Er ontstaat een onzekere gehechtheid aan de kindertijd omdat de moeder niet op de juiste manier heeft gereageerd, op de angst en woede van het kind over dagelijkse scheidingen of door een onvervulde behoefte. Het kind leerde op zijn beurt zijn woede te onderdrukken - bang te zijn en zijn eigen negatieve emoties te ontkennen. Ze leerden om zichzelf of anderen niet te vertrouwen. Bij conflicterende regressieve volwassen baby's is die

Adult Baby – Healthy Personal Identity or Psychosexual Disorder?

angst en woede er echter nog steeds, begraven. Meestal wordt het tegen de volwassen baby zelf gekeerd - in de vorm van geseling van interne conflicten en zelfs saboterend gedrag.

Het is waar dat een regressieve volwassen baby zijn een identiteit is die kan worden geassocieerd met verstoring en angst in iemands leven. En dit is waarschijnlijk de manier waarop volwassen regressieve baby's zich presenteren aan therapeuten en counselors. Het is ook belangrijk om niet vast te stellen dat alleen al het zijn van een regressieve volwassen baby op zichzelf een stoornis of bron van aanzienlijk leed is. Een veelvoorkomend probleem bij therapeuten is om die aanname te doen, omdat ze alleen te maken hebben met volwassen baby's die een stoornis of angst hebben. Veel, veel regressieve volwassen baby's functioneren goed en veilig zonder een dergelijke stoornis of angst.

Het is belangrijk te erkennen dat deze verstoring en nood is niet inherent aan de identiteit, maar is een product van twee factoren -

- a. intern persoonlijk conflict en moeilijkheden in zelfacceptatie
- b. de afwijzing, angst en vooroordelen van anderen en alle bijbehorende schade of gevreesd ten nadele van

de intern conflict kan in zijn intensiteit woest zijn. Zie het hierboven geciteerde boek 'Becoming Me' voor een bespreking van de bronnen en oplossingen van interne conflicten voor regressieve volwassen baby's. Gedreven door dit interne conflict hebben veel volwassen baby's moeite gehad om zichzelf te accepteren en probeerden ze periodiek hun luiers en volwassen babykleding opzij te zetten. Door ten onrechte hun identiteit als een verslaving te zien, zoals alcoholisme, hebben ze geprobeerd oplossingen te vinden die gebaseerd zijn op onthouding. We weten dat dit altijd mislukt.

Net als bij andere LGBTQI-identiteiten is deze persoonlijke identiteit, als het interne conflict van de regressieve volwassen baby is opgelost, gezond en duurzaam. De gezonde identiteit van een volwassen baby omvat niet alleen de babypersoonlijkheid, maar ook een verzorgende innerlijke ouder en een sterk, verantwoordelijk en medelevend volwassen zelf. Deze laatste is de bewaarder van de zelfacceptatie van de persoon en zorgt ervoor dat de baby persona alleen veilig en op de juiste manier wordt gedeeld met andere partijen. Net als bij andere persoonlijke identiteiten wordt volledige zelfacceptatie geassocieerd met meer zelfvertrouwen, veiligheid, veerkracht en creativiteit.

Een regressieve volwassen baby is een niet-'vanille'-persoonlijke identiteit en past daarom in de categorie LGBTQI (Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, Queer, Intersex). Het is misschien een Queer-identiteit, omdat dit een verzamelpunt lijkt te zijn voor elke niet-vanille-identiteit en het kan worden gecombineerd met alle seksuele voorkeuren / identiteiten - heteroseksueel, lesbisch, homo of biseksueel. ABDL heeft echter echt een eigen categorie nodig.

Het is belangrijk en confronterend te erkennen dat dit niet de manier is waarop de meeste mensen en misschien ook veel therapeuten en counselors regressieve volwassen baby's zien.

De grootste angst voor veel volwassen baby's is dat deze identiteit wordt samengevoegd met pedofilie. Volwassen baby's hebben geen seksuele interesse in kinderen - ze willen (her) ervaren dat ze zelf baby's of kinderen zijn. De mogelijkheid om dit onderscheid te verklaren, mogelijk in een emotioneel geladen context, voor het individu of als een kwestie van openbaar debat, is echter ontmoedigend.

Gelukkig is de laatste jaren de publieke kennis over volwassen baby's gegroeid, zodat het risico dat het wordt samengevoegd met pedofilie wordt verkleind. Het is waarschijnlijk dat een deel van deze blootstelling wordt veroorzaakt door sensationele en schaamteloze interesse in wat wordt gezien als een 'kinky' seksuele praktijk, en kennis is niet synoniem met begrip of acceptatie.

Adult Baby – Healthy Personal Identity or Psychosexual Disorder?

Dit was precies de situatie waarmee ik werd geconfronteerd toen ik onlangs een van de boeken van mijn vrouw over psychotherapie op pikte toen ik over een ander onderwerp las. (Mijn vrouw is een ervaren psychotherapeut).

The Textbook Case Study

Het leerboek is het 'Oxford Textbook of Psychotherapy' (redacteuren Glen Gabbard, Judith Beck & Jeremy Holmes). Het is een reguliere tekst die is gepubliceerd door Oxford University Press. Op amazon.co.uk zegt de 'blurb' van de uitgever het volgende:

met de publicatie van dit boek komt psychotherapie eindelijk aan bij de mainstream van de geestelijke gezondheidszorg. Dit boek is een essentiële metgezel voor elke praktiserende psychiater, klinisch psycholoog, psychotherapeut, psychiatrisch verpleegkundige, psychotherapeut en psychotherapeut. ... De eerste in zijn soort, dit is een 'must have' volume voor alle psychiatrische stagiaires en praktiserende therapeuten, ongeacht hun achtergrond - psychiatrie, psychologie, sociaal werk of verpleging.

Het leerboek werd voor het eerst gepubliceerd in 2005 en lijkt van het bovenstaande nog steeds actueel te zijn. Het verwijst naar de editie 2000 (DSM-IV-TR) van de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, het standaard diagnosetool dat is gepubliceerd door de American Psychiatric Association (APA). Dit werd in 2013 vervangen door de DSM-5. De laatste behandelt echter nog steeds het zijn van een volwassen baby als parafilie.

Het leerboek brengt volwassen baby's niet samen met pedofilie. Maar het is nog maar een stap verder. Het categoriseert het zijn van een volwassen baby als parafilie. In de inleiding van hoofdstuk 17 over parafilieën legt het leerboek uit:

Parafilieën zijn psychoseksuele stoornissen waarbij het individu terugkerende, intense seksuele fantasieën ervaart of aandringt tot ongewoon of onaanvaardbaar seksueel gedrag. Om de kwaliteit als een psychiatrische stoornis volgens de diagnostische criteria van de DSM-IV-TR (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders,^{4e} EDN), het gedrag, seksuele driften of fantasieën moet omdat lijden of beperkingen klinisch significant in het sociale, beroepsmatige of andere belangrijke gebieden van functioneren '(American Psychiatric Association, 2000, p566). ... De meest gediagnosticeerde parafilieën die in DSM-IV-TR in alfabetische volgorde worden genoemd, zijn: exhibitionisme, fetisjisme, frotteurisme, pedofilie, seksueel masochisme, seksueel sadisme, transvestisme fetisjisme en voyeurisme. ...

Volwassen baby's worden samengevoegd onder dezelfde brede categorie als flitsers, gropers, pedofielen en piepende toms! Om eerlijk te zijn, zouden alle 'knikken' in dezelfde categorie vallen. Toch duidt het op een mentaliteit. Een generatie geleden zaten alle LGBTQI-identiteiten ook in deze categorie. (Ik geloof dat Rosalie Bent gedeeltelijk bezorgd was over en verontwaardigd was over het feit dat volwassen baby's werden bestempeld als een psychoseksuele stoornis, dat haar ertoe bracht haar mijlpaal boek te schrijven: 'Er is een baby in mijn bed: gelukkig leren leven met de volwassen baby in je Relatie' in 2012. God zij dank dat ze dat deed omdat het begon om volwassen baby's te begrijpen als een gezonde persoonlijke identiteit.)

Nogmaals, om eerlijk te zijn, omvat de inleiding van het hoofdstuk de volgende waarschuwing voor therapeuten:

menselijke seksualiteit is divers en gecompliceerd. Beoefenaars moeten altijd onthouden dat veel individuen met ongebruikelijke seksuele fantasieën, interesses of praktijken geen significante problemen of beperkingen ervaren, en moeten oppassen dat ze de diversiteit van menselijke seksualiteit niet pathologiseren.

Helaas laat de casestudy van een persoon die we zouden herkennen als een regressieve volwassen baby wel zien hoe deze identiteit wordt gepathologiseerd. Het illustreert ook hoe de

daaropvolgende behandeling op basis van dit pathologische begrip waarschijnlijk aanzienlijke schade heeft aangericht.

De casestudy wordt als volgt geïntroduceerd -

Case Voorbeeld: terugvalpreventie

Tom was een 32-jarige advocaat wiens huwelijk onlangs in gevaar was gebracht door zijn vrouw, Joan, nadat hij verschillende onverklaarbare wijzigingen aan zijn creditcards had gevonden voor een totaal van \$ 480. Ze confronteerde hem met de rekeningen. Eerst zei hij dat er een vergissing moet zijn gemaakt en dat iemand zijn creditcardnummer moet gebruiken. Maar zijn vrouw hield vol en uiteindelijk gaf Tom toe dat hij de website 'babe-in-arms.com' en ook een plaatselijke massagesalon de afgelopen zes maanden had bezocht en deze had gebruikt voor seksuele bevrediging. Het hielp niet dat Joan gedurende deze 6 maanden zorgde voor hun pasgeboren dochter, hun eerste kind. Beide tranen stroomden.

Op aandringen van zijn vrouw, maar met instemming van hem om het huwelijk te redden, begon Tom zowel individuele als groepstherapie. ... Tom gaf toe dat hij ernaar verlangde om als een baby te worden behandeld door zijn seksuele partners en in feite massagesalons had bezocht die aan dit verlangen voldeden. Hij vond het heel opwindend om zich voor te stellen dat hij door een vrouw werd schoongemaakt en luierde. Zijn ervaring in vivo was beperkt tot luiers: verbaal uitgescholden worden om ze te bevullen en zich bezighouden met niet-coïtaal knuffelen. Blijkbaar bracht de scène waarin zijn vrouw de luiers van zijn dochter verschoonde, seksuele fantasieën terug die al lang inactief waren. De erkenning van dit parafiele opwindend patroon was voor Tom zeer beschamend, maar hij gaf ook opluchting toe dat zijn geheim nu werd gedeeld met anderen die hij op internet had gevonden. De groep reageerde met steun, en naar hun beste vermogen begripvol.

Mijn eerste reactie, zoals ik zeker weet van de lezer, is diep medeleven met Tom, zijn vrouw en zijn dochttertje. Dit is een vreselijke situatie voor alle drie. De geboorte en verzorging van een kind is geen goed moment om de diepe en confronterende persoonlijke en huwelijksproblemen aan te pakken die samenhangen met 'buitengesloten' te worden als volwassen baby. Dit is met name het geval bij een partner die klaarblijkelijk geen voorkennis had van deze diepgewortelde en al lang bestaande identiteit.

Het is bijna zeker dat Tom een diepgewortelde regressieve volwassen baby is. Hij leidt een dubbelleven. Aan de ene kant vestigt hij zijn carrière bij een privaat advocatenkantoor - een notoir competitieve omgeving. Hij is waarschijnlijk bezorgd over de werknemer en de persoon die van hem verwacht wordt. Toch wordt hij van binnen gedreven door een diepe behoefte om te ervaren dat hij als baby wordt verzorgd en gevoed; een behoefte die hij duidelijk niet begrijpt en waar hij zich diep voor schaamt. Als hij voor therapie komt, is die behoefte een dwang. Het is zo geweldig dat hij bereid is zijn huwelijk en waarschijnlijk zijn carrière in gevaar te brengen. De casestudy noemt zijn fantasieën al lang slapend. Wat we weten, en het leerboek niet, is dat deze fantasieën en de behoeften die ze aandrijven waarschijnlijk van kinds af aan aanwezig zijn geweest en sindsdien blijven bestaan in zijn leven. Slapend?

Ik vermoed dat Tom, in een klimaat van oordeelsvorming en effectief 'beschaamd', zich niet vrijwillig heeft aangemeld voor de aanhoudende en voortdurende aanwezigheid van zijn fantasieën. Verder vermoed ik, gezien het risico dat zijn bezoeken aan de massagesalon worden ontdekt op zijn creditcardafschrift, dat Tom op het hoogtepunt was van een eetbui en spoelcyclus, met name het eetbuien gedeelte. *(Voor een bespreking van binge- en purge-cycli, zie 'Binge and Purge: the ABDL Frustration' op abdiscovery.com.au onder het tabblad ABDL-artikelen).* Hij zou verstrikt zijn geraakt in een ingewikkeld intern conflict met een maalstroom van zelfhaat, schaamte en wroeging. Hoogstwaarschijnlijk zou dat conflict een zelfsaboterende impuls omvatten om te worden gestraft voor zijn behoefte aan koestering en ernaar te hebben gehandeld, evenals een positieve roep om hulp en erkenning van die behoefte.

Adult Baby – Healthy Personal Identity or Psychosexual Disorder?

Tom's gedrag en leed voldoen aan de diagnostische criteria van de DSM-IV voor een parafilie omdat 'het gedrag, de seksuele driften of fantasieën klinisch significante leed of beperkingen moeten veroorzaken op sociaal, beroepsmatig of andere belangrijke gebieden van functioneren'. De therapeut zou er zeker van zijn geweest dat de zaak van Tom een fetisjistische parafilie was.

Op basis van het volgende behandelplan identificeerde de therapeut kennelijk drie redenen voor therapie -

- 1) Tom's dwangmatig gedrag - hij heeft geen controle over zijn impulsen en acties en gedraagt zich op het hoogtepunt van zijn dwang als een verslaafde die 'een oplossing' zoekt voor
- 2) Tom's ontrouw aan zijn vrouw bij het bezoeken van massagesalons, en de problemen voor zijn huwelijk hadden betrekking op zijn gedrag en zijn behoefte om te koesteren
- 3) de obstakels die Tom's verdriet vormt voor hem als de vader die zijn dochtertje nodig heeft, en dat hij voor haar wil zijn

Elk van deze zijn redenen die therapie verdienen en noodzakelijk maken.

Laten we dus eens kijken hoe de therapie vorderde. De casestudy ging verder -

De methoden die zowel in Tom's individuele als in groepstherapieën werden gebruikt, waren cognitief-gedragsmatig. Vooral behulpzaam was zijn herkenning van de afgunst die hij voelde bij de aandacht die zijn vrouw aan hun pasgeborene gaf. Hij verving gedachten van jaloezie tussen broers en zussen door de juiste gedachte dat dit zijn dochter was en dat ze volledig van hem afhankelijk was. Gedragsmatig bestreed hij deze afgunst door zijn vrouw te helpen voor hun dochter te zorgen. Wat Tom tot zijn verbazing ontdekte, was dat hoe meer hij voor zijn dochter zorgde, inclusief het verschonen van haar luiers, hoe meer hij liefde voor zijn dochter voelde en een dankbare liefde van zijn vrouw voor het delen van de kinderopvang.

Met behandeling en de dreiging van echtscheiding, stopte het gedrag van het gebruik van de website en het gaan naar de massagesalons onmiddellijk. Na 9 maanden behandeling waren zelfs de fantasieën van infantilisme in frequentie en intensiteit afgenomen. Zes maanden lang had hij niet gemasturbeerd bij de gedachte dat hij als een baby zou worden verzorgd. Tom beschouwde zijn probleem als een seksuele verslaving en woonde, naast therapie, groepsbijeenkomsten bij van Sex and Love Addicts Anonymous (SLAA). Hij voelde dat toen de therapie werd beëindigd, hij de 12-stappen groep kon blijven bijwonen voor de ondersteuning en het programma dat dit aan zijn 'nuchterheid' gaf.

Gebaseerd op het inzicht dat Tom een conflicterende regressieve volwassen baby is, kunnen we zien dat de therapie een mix van goede en negatieve elementen bevatte - helaas meestal de laatste.

De positieve en geschikte componenten van de therapie zijn onder meer: -

- a) Tom maakt zijn afgunst op zijn dochter bekend en wordt, samen met zijn vrouw, meer betrokken bij de zorg en verzorging van zijn dochter
- b) hij stopte met het bezoeken van massagesalons (wat zijn interne conflict over het volwassen zijn zou hebben aangewakkerd).

Daarentegen zijn de schadelijke kenmerken van de therapie fundamenteel. Ze omvatten - het

Adult Baby – Healthy Personal Identity or Psychosexual Disorder?

- i. identificeren van de problemen van Tom uitsluitend als een seksuele verslaving, dat is een exclusief negatieve eigenschap - een fetisjistische parafilie - waardoor een therapeutische verkenning van de bron of de mogelijkheid om een positieve persoonlijke identiteit te onthullen onder het interne conflict en dwangmatig gedrag dat uitgesloten
- ii. niet wordt aangepakt, wordt Tom's diepe behoefte aan verzorging en genezing van het gewonde innerlijke kind dat honger heeft naar dat verzorgende
- iii. falen om het wilde, schadelijke en disfunctionele interne conflict aan te pakken dat gepaard gaat met het zijn van een regressieve volwassen baby
- iv. die een langetermijnoplossing baseert, uitsluitend op het handhaven van onthouding op een manier die lijkt op een drugsverslaafde - in wezen is de oplossing gebaseerd op, en berust op een ontkenning van, elke voortdurende behoefte aan verzorging of een positieve persoonlijke identiteit als een volwassen baby.

Het niet begrijpen van Tom's behoefte aan verzorging is onbegrijpelijk en verwerpelijk. Hij handelt wanhopig op de meest voor de hand liggende manier op een diepgewortelde behoefte om verzorgd te worden en dit maakt geen deel uit van de therapeutische diagnose of behandeling! Tom werd gediagnosticeerd als seksueel fetisj, en negeerde het flagrante feit dat het hoogtepunt van deze 'fetisj' wordt beschreven als 'niet-coïtaal knuffelen' met een moeder substituu!

De casestudy illustreert de behoefte aan zorg met betrekking tot een kwaadaardige alliantie tussen een onwetende therapeut en de conflicterende regressieve volwassen straffende innerlijke ouder. Deze laatste tracht het gewonde Innerlijke Kind van de volwassen baby te straffen en te verbannen - opgesloten 'uit het zicht en uit het hart'. Een volwassen baby in crisis of nood zal wanhopig op zoek zijn naar hulp, waarschijnlijk diep beschaamd en berouwvol, met hun straffende innerlijke ouder in opkomst.

Het behandelprogramma weerspiegelt grotendeels de ergste fouten en hiaten in de therapeutische benadering. De casestudy gaat verder -

Tom erkende dat het belangrijk voor hem was om een terugvalpreventieprogramma (RPP) op te zetten voor de toekomst van na de therapie. ... Dit is de RPP die Tom en zijn therapeut ontwikkelden:

1. Identificeer risico toestanden voordat ze seksueel handelen: negatieve emoties, zoals genegeerd worden door mijn vrouw; bekritiseerd worden door partners of klanten op het werk; zich niet effectief of eenzaam voelen; verveeld zijn. Gevoel dat ik een beloning verdien en dat er voor mij gezorgd wordt.

(a) Wat ik in plaats daarvan kan doen: gebruik de... Daily Mood Log en Cognitive Distortions Checklist. Doe iets positiefs en leuks voor mezelf - huur een dvd, koop een cd, neem mijn vrouw mee uit eten; meer betrokken raken bij de zorg voor en het spelen met mijn dochter. Wees geen PIG (probleem van onmiddellijke bevrediging)!

2. Herken ogenschijnlijk onbelangrijke beslissingen (SUDS) die in situaties met een hoog risico gelden: meer geld meenemen dan ik nodig zou hebben; rijden door gebieden waar massagesalons zijn; het werk vroegtijdig verlaten voor 'niet-verantwoorde' tijd; thuis zijn in een privéruimte met de computer.

(a) Wat ik in plaats daarvan kan doen: nooit meer dan 15 dollar meenemen. Draag geen pinpas; slechts één creditcard bij zich heeft, welke vrouw de rekening voor elke maand betaalt. Plaats foto van vrouw en kind op prominente plaats op autodashboard. Werk alternatieve routes uit en breng ze in kaart, zodat u nooit door gebieden met een hoog risico hoeft te rijden. Bel je vrouw voor vertrek om een duurrecord op te stellen als je in de verleiding komt om door

Adult Baby – Healthy Personal Identity or Psychosexual Disorder?

risicovolle gebieden te rijden. Kijk naar terugvalpreventie-kaart (in portemonnee dragen). Verplaats de computer naar een kamer waar geen privacy wordt geboden en richt het scherm naar de toegangsdeur van de kamer.

3. Vermijd vervallen in gedachten of gedrag: denken aan ervaringen uit het verleden met massagesalon vrouwen of afbeeldingen en chats op internet. Masturberen. Rijden in de buurt van gebieden waar massagesalons zich bevinden. Het lezen van advertenties voor seksuele diensten in de krant.

(a) Wat kan ik in plaats daarvan doen: met de SLAA-sponsor praten, extra vergaderingen bijwonen. Bel de therapeut om te bespreken. Vervang een positieve activiteit zoals een regelmatig oefenprogramma.

4. Terugval: surf op internet voor seksuele sites. Ga naar de massagesalon.

(a) Wat ik kan doen: onthoud dat dit niet het einde van de wereld is. Ik kan nuchter zijn. Geef de hoop niet op !! Ga naar SLAA-bijeenkomsten en therapie sessies.

Deze behandelingsaanpak bevat aanzienlijke schadelijke elementen, waaronder: -

- i. Het is gebaseerd op het ontkennen van de onderliggende behoeften voor verzorging (het huren van een dvd of het kopen van een cd is geen vervanging voor verzorging).
- ii. Het is voornamelijk gebaseerd op onthouding - een pass / fail-model van nuchterheid in de trant van alcoholisme - en in het licht van de andere mislukkingen in de therapeutische benadering, zal dit zeker mislukken gezien de alomtegenwoordigheid van toegang tot internet enz.
- iii. Het gedrag beheer technieken - in termen van contant geld, creditcards en citeren van de computer - verdiepen Tom's wantrouwen tegenover zichzelf (verergeren een negatieve eigenschap die het resultaat was van de oorspronkelijke onzekere gehechtheid / jeugd wond). Door de vrouw van Tom overzicht te geven over zijn gedrag, creëert het ook een co-afhankelijkheid die op langere termijn een corrosief effect zal hebben op de echtelijke relatie.
- iv. Een schijnbaar verbod op masturbatie dat niet houdbaar is (om eerlijk te zijn, dit is misschien niet de bedoeling van de verkorte verwijzing in het behandelplan).

Gezien de tekortkomingen van de therapie, is Tom waarschijnlijk nog steeds een zeer conflicterende, regressieve volwassen baby. Dit komt omdat de therapie niets heeft gedaan om aan de onvervulde behoeften van zijn gewonde innerlijke kind te voldoen, of aan het woeste interne conflict dat daaruit voortvloeit. In het licht hiervan zijn er grote twijfels over de prognose. De casus concludeert: -

Twee jaar na de behandeling zet Tom de door hem ontwikkelde RPP verder in. Hij en zijn vrouw waren zes maanden in huwelijks therapie, wat hielp om de verwachtingen van elkaar van elkaar te verduidelijken op gebieden als huishoudelijke taken, seks en genegenheid, en vrijetijdsactiviteiten samen. Hij kreeg een 'terugval' binnen de eerste 3 maanden na beëindiging van de therapie, waarbij hij naar een massagesalon ging. Hij voelde zich onmiddellijk schuldig en berouwvol en vertrok zonder seksueel contact te hebben. Tom belde zijn SLAA-sponsor en meldde het incident. Ze waren het erover eens dat hij de frequentie van de vergaderingen tot drie keer per week zou verhogen. Tom had ook een consult met zijn therapeut. De therapeut hielp Tom om te herkennen hoe hij risicosituaties en SUDS had toegestaan terug te kruipen in zijn leven. Ze spraken af dat hij elke 6 maanden zou terugkomen voor een 'controle' consult.

Tom is relatief snel teruggevallen en is voornamelijk 'beschermd' tegen verdere terugval door schaamte en spijt. Veel volwassen baby's zullen herkennen dat Tom nog steeds verstrikt is

in de eetbui en zuivering cyclus en het 'woeste interne conflict'. Het is zeer onwaarschijnlijk dat Tom in staat zou zijn geweest om het onredelijke doel van onthouding te handhaven dat hem en zijn familie op wrede wijze tot mislukken heeft gebracht.

Verdere overweging

In het leerboek is het opmerkelijk dat de sectie onmiddellijk na de casus getiteld 'Gedragsmodificatie' is en behandelingsopties voor parafilieën in het algemeen bevat, waaronder aversie therapie met elektrische schokken of misselijkmakende ammoniakgeur. Dit wordt gevolgd door een sectie met de titel 'Biologische behandeling', inclusief medicijnen om de zin in seks te verminderen en psychotrope medicijnen. Dit benadrukt het potentieel zeer negatieve beeld van het zijn van een volwassen baby, wanneer een cliënt in crisis of nood die verband houdt met deze identiteit, zich presenteert aan een psychotherapeut.

Het is heilzaam om te onthouden dat dit een generatie eerder was, dit is precies het type programma dat zou zijn toegepast als iemand voor therapie zou komen omdat hij in crisis of in nood verkeerde vanwege een persoonlijke LGBTQI-identiteit. Dankzij de historische strijd en overwinningen van de homo- en lesbische gemeenschap begrijpen we nu persoonlijke identiteit. We weten dat het niet kan worden 'weggehaald' door psychologie, therapie of religieus geloof. Het kan worden ontkend - tegen hoge kosten voor het welzijn van een persoon - maar het kan niet worden gewenst. Als een persoon zich presenteert aan een therapeut in crisis of nood in verband met hun LGBTQI-persoonlijke identiteit, begrijpen we nu dat het therapeutische probleem de crisis of nood is en hoe deze op een positieve manier kan worden opgelost - niet om de onderliggende persoonlijke identiteit te ontkennen of te veranderen.

Als we eenmaal accepteren dat een regressieve volwassen baby een persoonlijke identiteit is, kan het behandelprogramma van Tom worden gezien als zeer vergelijkbaar met 'homoconversietherapie'. Dat wil zeggen, het is gebaseerd op het ontkennen van de niet-vanille persoonlijke identiteit, niet omdat het intrinsiek schadelijk of ongezond is, maar omdat het wordt beschouwd als onaanvaardbaar voor de samenleving als geheel. We begrijpen nu dat conversietherapie voor homo's professioneel onethisch is, grote schade aanricht en niet werkt.

Therapie voor een conflicterende regressieve volwassen baby moet gebaseerd zijn op het feit dat het een persoonlijke identiteit is - een gezonde identiteit als het interne conflict is opgelost - en geen fetisjistische parafilie. Dit geldt zelfs als de cliënt zich in een crisis of in nood bevindt.

We moeten de casus opnieuw bekijken om na te gaan hoe de therapie van Tom zou zijn verlopen als de therapeut had erkend dat Tom een persoonlijke identiteit had als een regressieve volwassen baby. De belangrijkste kenmerken van een positieve benadering zijn onder meer:

1. openstaan voor het vooruitzicht dat het leed van Tom niet te maken heeft met een intrinsiek tekort in zijn identiteit, maar met zijn interne conflict, het gedrag dat het veroorzaakt en de toekomstige afwijzing door anderen
2. die het interne conflict van Tom identificeren en aanpakken en zijn 'interne acteurs', te beginnen met zijn schaamte en wroeging en voor de hand liggende behoefte om te koesteren
3. , open te staan voor het vinden en aanpakken van het gewonde Innerlijke Kind achter de voor de hand liggende behoefte om te koesteren,
4. verkennen met Tom een model voor een gezonde, duurzame persoonlijke identiteit als een regressieve volwassen baby - erkennen dat hij zal aanvankelijk geen idee hebben

Adult Baby – Healthy Personal Identity or Psychosexual Disorder?

hoe dit eruit zou kunnen zien of aan zou voelen (zie 'Becoming Me', hierboven geciteerd, voor een beschrijving van een dergelijk model)

5. de problemen aanpakken voor het ouderschap van Tom van zijn dochter en zijn huwelijk, van een zelfacceptatie van een gezonde duurzame identiteit als een regressieve volwassen baby

Om effectieve therapie mogelijk te maken, moet er een alliantie zijn tussen de therapeut en de Innerlijke volwassene van de regressieve volwassene, de bewaarder van de zelfacceptatie van de persoonlijke identiteit van de AB en bredere persoonlijke en sociale verantwoordelijkheden, waaronder als vader en echtgenoot.

Er is een fundamenteel verschil in de effectiviteit van counseling op basis van de twee opvattingen over het volwassen zijn van een baby. De daadwerkelijke counseling op basis van de mening dat het een psychoseksuele stoornis is, liet Tom geloven dat zijn psyche onderhevig was aan een volledig negatieve eigenschap waarmee hij zou moeten leven en die hij de rest van zijn leven zou proberen te beheersen. In wezen liet het hem geloven dat hij onherroepelijk gebroken en pervers was. Hij is niet in staat om volledig op zichzelf te vertrouwen en moet afhankelijk zijn van zijn vrouw om zijn gedrag te volgen en te beheersen, waardoor hij een co-afhankelijkheid opzet die zijn huwelijk op de lange termijn zal schaden. Zijn echte behoefte aan verzorging die zijn dwangmatig 'eetbuien'-gedrag veroorzaakte, werd niet erkend, waardoor die pijn in hem opkwam en de deur sloot voor het vooruitzicht van genezing. Hij moet de rest van zijn leven een echte en belangrijke van zichzelf ontkennen. De uitkomst lijkt sterk op het gebruik van 'homoconversie therapie' om te proberen een persoon met een LGBTQI-identiteit ervan te overtuigen dat ze nooit zichzelf kunnen zijn.

Daarentegen zou counseling op basis van de mening dat het volwassen zijn van een baby een persoonlijke identiteit is, het interne conflict hebben geïdentificeerd dat Tom kwelde en zijn dwangmatig gedrag veroorzaakte. Het zou hebben ingezien dat zijn duidelijke behoefte aan verzorging reëel was en leidde tot een identificatie van het gewonde innerlijke kind. Dat zou de deur openen naar de genezing van de begraven emoties die verband houden met dat gewonde kind en de onzekere gehechtheid van zijn jeugd aan zijn moeder. Dit alles zou de deur hebben geopend voor Tom die zou accepteren dat hij een niet-vanille persoonlijke identiteit had, die psychologisch gezond en duurzaam kan zijn - dat hij niet onherroepelijk gebroken en pervers is.

Zelfs positieve counseling is geen wondermiddel. De prognose voor het huwelijk van Tom zou op zijn best onzeker zijn geweest. De schok en crisis voor de vrouw van Tom om deze diepgewortelde en al lang bestaande eigenschap van zijn karakter te ontdekken in een tijd dat ze voor een pas aangekomen, eerstgeboren kind zorgt, zou heel moeilijk te overwinnen zijn. Zelfs met de beste begeleiding zou Tom's vrouw moeten accepteren dat haar partner en de vader van haar kind een niet-vanille heteroseksuele persoonlijke identiteit hadden. Het kon haar niet kwalijk worden genomen als ze dat niet kon accepteren. Maar als ze kon, zou dat de deur openen naar genezing van de wonden in haar huwelijk veroorzaakt door Tom's interne conflict en dwangmatig gedrag.

Professionele hulp zoeken wanneer u dat nodig heeft, is een teken van volwassenheid en psychische gezondheid. De kosten van het niet zoeken naar professionele begeleiding als en wanneer je het nodig hebt, zijn om pijn en verwarring te verlengen. Dit artikel is een erkenning, zoals elke goede therapeut weet, dat het belangrijk is om het juiste soort begeleiding te vinden en dat de verkeerde therapie schadelijk kan zijn.

Als u een regressieve volwassen baby bent, is het belangrijk dat u ervoor zorgt dat elke hulpverlener of therapeut die u zoekt, AB kan accepteren en ermee kan werken als een positieve persoonlijke identiteit. Waarschijnlijk is de beste plaats om te beginnen een LGBTQI - vriendelijke therapeut die begrip heeft voor persoonlijke identiteiten.

Adult Baby – Healthy Personal Identity or Psychosexual Disorder?

Het is een goed vooruitzicht als de counselor een 'Rogeriaanse' benadering hanteert die is gebaseerd op het werk van de bekende Amerikaanse therapeut Carl Rogers (geb. 1902 d. 1987). Rogers ontwikkelde 'persoonsgerichte' therapie. In wezen persoonsgerichte therapie begint waar de cliënt 'bij' is, vertrouwt erop dat de cliënt een drive heeft naar gezondheid en genezing en kan worden geholpen door oprecht begrip en empathie om door zijn eigen oplossingen te navigeren. Een therapeut die persoonsgerichte therapie gebruikt, zal waarschijnlijk niet aan een regressieve volwassen baby cliënt een oordeel opleggen dat het een psychoseksuele stoornis is, zoals gedefinieerd in het standaard DSM-5 diagnostisch hulpmiddel.

Hoe we onszelf zien en hoe anderen ons zien als regressieve volwassen baby's, is van belang.

Dylan Lewis november 2018

www.abdiscovery.com.au