

# INHOUD

- 3 Redactioneel  
WIM JAN TRÜGG
7. The effects of pre- and perinatal trauma  
AL PESSO
- 28 Over prenatale psychotherapie en PESSO-psychotherapie  
*Bewerking van een interview met Rien Verdult en Gaby Stroecken*  
MARIJKE START
- 61 Woorden zijn niet genoeg  
*Aantekeningen bij PESSO Boyden System en andere psychomotore therapieën om veerkracht na trauma te herstellen*  
IMAN BAARDMAN
- 70 Kort en goed genoeg  
*Een kortdurende en focale vorm van PESSO-psychotherapie*  
MARIËTTA VAN ATTEKUM  
GERRIT DE BRUINE
- 83 Van leven in mijn hoofd naar leven vanuit mijn hart  
MONIQUE BAKKER
- 92 De oefening 'Plaats in de ruimte en een positieve figuur'  
*Naar een idee van Frank Mans*  
ASTRID BOUWHUIS
- 94 Affect Regulation And Trauma: A Sensorimotor Approach  
*Verslag van de workshop op 27 november 2010*  
DORRY DE VRIES
104. 'Het lichaam centraal' met Lowijs Perquin  
*Verslag van de workshop op 22 april 2011*  
MARGRET KAANDORP
109. Emotionele veerkracht in psychotherapie. Willyvan Haver.  
*Boekbespreking:*  
LOUIS SOMMELING



## *Redactioneel*

*That he not busy being bom  
is busy being dying*

Bob Dylan (It's alright, Ma  
I'm only bleeding)

WIM JAN TRÜGG

De ideologie van de Pesso-psychotherapie is eerder geboortelijk dan sterfelijk te noemen. Het uitgangspunt van de possibility sphere drukt dit uit. Het concept van de ideale ouder ademt het mogelijke met als summum de geboorte-structure, de nieuwe verwelkoming in de wereld.

De metafoor van de baarmoeder is leidend in de opvatting over de vroegkinderlijke ontwikkeling. De basisbehoeftes zijn ooit lichamelijk gestart. De baarmoederwand mondt uit in de armen die je vasthouden. Verruimd tot gezien worden in het blikveld van liefhebbende ogen om uiteindelijk plaats te nemen in het hart en hoofd. Van letterlijk naar mentaal.

Deze positivistische inslag in de zeventiger en tachtiger jaren was onder andere te bemerken in de noodzaak een structure te eindigen met een gelukzalige zucht ten teken van inname van het goede. Artikelen over neergang, aftakeling en dood zijn amper te vinden. De verwoording van uitgangspunten en begrippen was veel spiritueler van aard. Albert Pesso, in zijn prachtige artikel 'The effects of pre- and perinatal trauma' uit 1990, zegt dat we voordat we zijn geboren een plaats hebben in de armen van God. In deze hemelse plaats zijn we ondergedompeld in gelukzaligheid en eenheid, die totale veiligheid en bevrediging bieden. De uterus geeft aan de foetus het aardse equivalent van deze goddelijke plaats. De kwaliteit van de possibility sphere is uterien te noemen. Het biedt een voedende, accepterende en ondersteunende arena, werkplaats, om ongebornen delen van het zelf geboren te laten worden.

Hoe anders is het taalgebruik in het lezenswaardige interview/artikel van Marijke Start waarin zij voortborduurde op de problematiek van het

peri- en prenatale trauma. Zij gaat na in hoeverre voortschrijdend wetenschappelijk inzicht in onze vroegste ervaringen tijdens zwangerschap en geboorte het Pesso-structurewerk kan verrijken door Pesso-psychotherapie te vergelijken met de babypsychotherapie zoals voorgestaan door Rien Verdult en Gaby Stroecken. Kennis van vroege fysiologische patronen van shock tijdens de prenatale kritische fases, de conceptie, de 'hatching', de innesteling, het 'discovery moment' en het 'umbilical affect' draagt daaraan bij. Evenals kennis van de spiertonus, houding en bewegingen die mogelijk verwijzen naar trauma's uit het prenatale leven. Tot slot kennis van de structurele stadia van een geboorte, de indaling, de spildraai en uitdrijving. Het hedendaagse neurobiologisch paradigma is in aardse termen gesteld. Spiritualiteit en een begrip als the soul lijkt eerder ingeschreven in the old map van het Pesso-gedachtegoed.

Het aardse impliceert beperking, begrenzing, afbakening en onmogelijkheid. In de recensie van het nieuwe boek van Willy van Haver 'Emotionele veerkracht in psychotherapie' beschrijft Louis Sommeling de opgedane wijsheid ten aanzien van vele aspecten van de Pesso-psychotherapie gedurende een levenslange therapeutische carrière. Wie het stromend water volgt komt hoe dan ook uit bij de zee. Je hoeft niet altijd aan jezelf te werken. Leven is ook suffen. Mensen kunnen een goed leven hebben zonder dat alles precies op zijn plek valt. Niet alles is reparabel en vraagt eerder om acceptatie. Een therapie hoeft niet ideaal te zijn, goed genoeg is ook mooi. Mariëtta van Attekum en Gerrit de Bruine bespreken gecondenseerd, focaal zo u wilt, hun ervaringen met een tijdgelimiteerde -zes maanden- en focale variant van de Pesso-psychotherapie. Groepssessies worden afgewisseld met individuele sessies. Transfer van therapie naar realiteit wordt scherp bewaakt. De verbale kadering en mentalisering van het therapeutisch proces worden benadrukt. Er is ruim aandacht voor de stille overdracht, een minder uitgewerkt thema in de Pesso-psychotherapie, naar het therapeutenkoppel. Door een voorafgaand besproken dynamisch focus te kiezen wordt bevorderd dat de cliënt de kapitein op het schip is, maar niet op een eindeloze zee, zonder oriëntatie en kaart. Oceanische regressie wordt tegengegaan.

Ook Lowijs Perquin maakt in de workshop 'Het lichaam centraal' de transfer van therapie naar realiteit helder, wanneer hij de essentie van de ervaring met ideale ouders in één zin laat uitdrukken volgens een S(pecifiek)M(eetbaar)A(chievable)R(elevant)T(ijdgebonden) plan. Het verslag is van Margret Kaandorp.

De tegenstelling dan wel het accentverschil in het paar spiritueel-aards is in de loop van de tijd verschoven naar de tegenstelling dan wel het accentverschil in het paar woordelijk-lichamelijk, cognitief-experientiële. De intrede van de getuigefiguur heeft in de formule van energy, action, interaction and meaning de verbale betekenisverlening geaccentueerd. Iman Baardman stelt echter dat woorden niet genoeg zijn om veerkracht na trauma te herstellen. Bij trauma wordt iemands fysieke integriteit dermate geschonden dat zij/hij zichzelf niet meer op eigen kracht kan hernemen. Wie alle regie kwijt is, stuurloos en weerloos, die moet je in je armen houden en zijn of haar lichaam tot kalmte brengen. Niet de inhoud van wat er aan de hand was op de voorgrond plaatsen. Het gaat in de eerste plaats om herstel van het lichaam als veilige woning. Lichamelijke technieken zijn de ingang om onbeheersbare motorische onrust, verstarring, onnipotente haat, onbegrensde openheid, extreme angst, impulsiviteit, bovenmatige alertheid en depersonalisatie weer onder eigen beheer te plaatsen. In de nieuwe stijl Pessowerk wordt afstand genomen van het uitnodigen van de cliënt om zijn of haar geschiedenis neer te zetten via onder andere de negatieve aspecten van significante figuren en situaties. Dit zou retraumatiserend werken. Negatieve accommodatie, van belang bij het leren reguleren van intense woede, raakt op de achtergrond. De vraag wordt gesteld of de nieuwe stijl opgaat in geval van geweldstrauma.

Ook Monique Bakker noemt in de beschrijving van haar eigen Pessotherapie ervaringen, praten alleen is niet genoeg, het buiten zichzelf neerzetten van negatieve stemmen een bevrijdende ervaring. Er ontstaat meer ruimte om na te denken. De pilot kan weer aan kracht winnen.

Dorry de Vries gaat in op de overeenkomsten en verschillen tussen de Pessomethode en de Sensorimotor Approach van Pat Ogden. De affectregulatie bij trauma richt zich bij de laatste meer expliciet op hoe de ervaringen zijn georganiseerd. De wijze waarop we bepaalde ervaringen in het heden hanteren heeft meer te maken met de wijze waarop we in onze jeugd geleerd hebben onze ervaringen te organiseren dan met de gebeurtenissen op zich. Dit gebeurt vooral door lichamelijke gewaarwordingen op te sporen en te benoemen waarbij hypo- en hyperarousal worden teruggebracht tot een niveau waar geen dissociatie meer optreedt. In een later stadium is de cliënt in staat betekenis te verlenen.

Een conclusie zou kunnen zijn dat niet alleen aandacht moet worden besteed aan de hedendaagse pilot, voor het gemak gepositioneerd in de

## REDACTIONEEL

prefrontale cortex, maar ook aan het pilootje van toen. Wanneer deze ontregeld is treedt de therapeut op als auxiliary cortex. Vroeger heette dat bondgenoot van de positieve stem. Zelfsturing en zelforganisatie zijn reeds werkzaam bij de eerste celdelingen in de baarmoeder. Gestoorde ontwikkelingsprogrammering kan door psychotherapeutische ervaring worden bijgestuurd. Het plastische brein. Frank Mans heeft een nieuwe oefening ontworpen, plaats en de positieve figuur.

De aangrijpingspunten voor structures enerzijds vanuit een meer mentaliserend, cognitief perspectief en anderzijds vanuit een meer lichaamsgerichte oriëntatie sluiten elkaar geenszins uit. Meer bepalend lijkt de inschatting van de ontwikkelingsfase van het ontstaan van de problematiek, de mate en wijze van hechting, de mate van kunnen symboliseren. Hier dient zich het belang van een goede indicatie aan. Al naar gelang daarvan kunnen verschillende technieken worden ingezet.

In dit nummer, waarin veel historie is te ontdekken, komen ook wat vergeten technieken aan de orde. Bij de problematiek van de premature geboorte of van adoptie kan het oor, een van de zintuigen die in de baarmoeder het eerst worden ontwikkeld, letterlijk op het hart van de ideale moeder worden gelegd. In het verlangen naar huis kan het daar de rest van zichzelf weer vinden. Leg uw oor te luisteren bij al wat dit nummer ondanks een langdurige zwangerschap biedt en u zult met me eens zijn: het Tijdschrift voor Pesso-psychotherapie moet door. Laten er mensen opstaan om er blijvend voor te zorgen dat de geboortelijkheid van het Tijdschrift wordt gewaarborgd.

# *The effects of pre- and perinatal trauma*

AL PESSO  
June 1990

*Al, together with his wife Diane Pessa, are the creators of Pessa System/Psychomotor. Al is a master therapist/teacher who was influential in Ron Kurtz's development of Hakomi. This article provides an introduction into his work as well as information about pre- and perinatal issues. Information about Pessa books, articles, and trainings are available through writing him at Strolling Woods on Webster Lake, Lake Shore Drive, Franklin, NH 03235, or calling (603) 934-5548/9809.*

In this talk I shall address the topic of the effects of pre and perinatal trauma on adult life and how it is recognized and attended to according to the theories and techniques of Pessa System/Psychomotor. I will give you a brief history and description of Pessa System/Psychomotor Therapy. Following that I shall explain how we look at the effects of pre- and perinatal trauma and finally I shall describe how we treat adults who have that history. I will include one case.

But first, I would like to describe a way of looking at the issue of having a place in the world and the transition from conception to conscious living, using metaphors and images that include those based on religious and mythological literature. I find these metaphors and ideas helpful in that they evoke ways to understand and treat the problems of early loss.

## I

We do not only live in our bodies, we also live in our minds. Thus, we must find a place in two universes, the physical world and the world of the mind. To have a place in the physical world, we must first be permitted to remain inside something larger than ourselves that willingly gives us the space and conditions needed for life. We are given the right to exist by something other than ourselves; we do not attain a place in the

world simply by our own command and efforts.

To have a place in the world of the mind, we must first exist as an image in the mind of another. That is, we must first be given a place in the mind of another, then we can have a place for our own image in our own mind. The quality of our own image in our own mind, is based on two factors:

- 1) It is based on the quality of the images of us that exist in the minds of those who give us our physical place in the world, and
- 2) It is based on how we are physically treated by those people.

So, to be able to have a satisfying and contented life, we must first be given a place in the life and mind of that all-important other. From the loving treatment at the hands of that other and from the loved image in the mind of that other, we can create a place for the loved image of our own self in our own mind. Only then can we live in both the physical and psychological worlds in a satisfying way.

Before we are born, before we exist on the physical plane, when we are pre-existent and not yet alive, we can be described as having a place in the arms of God, the creator. In that heavenly place we are immersed and embedded in bliss and one-ness that provides us with total pleasure and security. There, we cannot die, for we are not yet alive; we cannot be hurt, for we are surrounded by safety and power; we cannot be lost, for we are not separate beings. There we have the ultimate experience of place

To be drawn willingly away from that heavenly fusion, to be born into the world of flesh and reality, we must be led with sweetness and good tasting things, like those found in the creator's presence: unending love, warmth, security and blissful feelings. Why else should a child-soul be willing to come to earth and be alive, if life will not be as attractive as being in heaven?

The uterus presents the fetus with the earthly equivalent of that godly place and is thus perfect as the heaven-earth bridging vessel. Embedded in the warmth and closeness of a fleshly, child-longing, mother, the soul of the fetus hardly notices the transition from union with the creator in heaven to symbiosis with the mother.

If the experience in the uterus is negative or damaging and further,



## THE EFFECTS OF PRE- AND PERINATAL TRAUMA

if the arms, hearts and minds of the parents are rejecting, infants long to go home again -- to where things were right and good tasting. In their emotional center, they know when they are not in the right place. They know what it is they deserve --they expect the comfort that they remembered before in heaven to be fulfilled and they seek ways to find it. Or to say it in another, less spiritual way, they expect the promise of earthly satisfaction of basic needs that is implied and embedded in their genes to be fulfilled, and they seek ways to find it.

After the child is born, the arms, hearts and fond gazes of the parents have to sustain the effect of the sweet, loving embrace of the uterus. Parents must let their children know that the spirit of the creator also lives in their hearts, their arms and their gazes - for what else have young souls known but that? If it is not found and experienced on the living plane, they will miss it and long to return to the heaven they knew before life.

Such rejected infants grow up to be children and then adults looking to the sky, to faraway places, the void or even to death as the place where such peace can be found again. As therapists we must find the symbols and images of what it is that has been turned to, and help them create a believable emotionally meaningful dialogue and connection with those symbols. For there, in the symbols, they project the hope of final homecoming, peace and connectedness, where they will find a livable place. When those symbols are brought to life in the therapy, the client can finally make intimate contact with them and through them to others and finally experience that he/she has a right to a place in the living world.

## II

Now I shall tell you about the work of Pesso System/Psychomotor. This method of psychotherapy, PS/P for short, was founded by my wife, Diane Boyden Pesso, and myself in 1961. Since that time we have developed it into its present complex form which is applied by many therapists in private practice and in many clinical centers throughout the U.S. and Europe.

## THE EFFECTS OF PRE- AND PERINATAL TRAUMA

PS/P is based on the understanding that all life-affecting events including conception and pregnancy during wars or during other traumatic social and environmental disasters, not only leave records in the mind, but make an imprint on the very fabric of nerves and tissue. The memory and impact of those events affect how people think and move as adults and also how they experience themselves in the world. Negative histories critically distort individuals' image of the world as well as severely diminish their own sense of identity and value.

Using PS/P processes, we have learned how to access the information contained in the physiological imprints left by traumas, enabling clients to emotionally reconnect with the psychic states of their early, wounding histories. There are techniques which help clients bring to experiential consciousness those unintegrated, emotional reactions stored in the body as symptoms of pain, tension, stress, etc. Those previously unintegrated, unconscious reactions are processed during the symbolic reconstruction of those events in the therapy sessions in the group. Then, through the creation of symbolic, healing, antidote-providing (*gegengift geben*) counter-events, we can offset and neutralize the negative effect of those damaging situations. This healing experience leaves clients with a more satisfying and benign picture of the world, and a higher sense of self-esteem, as well as a body relatively free of pain and tension.

The work occurs in groups of between 6 to 12 participants. During each session one or more group members are individually given the time to do a piece of therapeutic work, called a 'structure', which can last between 40 and 60 minutes. During the structure other group members are called upon to role-play harmful aspects of significant, real figures or healing, ideal symbolic figures. The structure takes place in the safe, accepting, psychological atmosphere, initiated by the therapist and supported by the group members, called the 'possibility sphere'.

Although the work of PS/P is not only focused on pre- or perinatal topics, the quality of the possibility sphere is purposefully and distinctly uterine, in that it provides an accepting, nourishing, life-supporting arena in which to work. The possibility sphere, unlike the literal space of the uterus, is also a psychological space which is conducive to the birthing of the unborn parts of the self into reality and consciousness. In this way it is somewhat akin to the notion of the 'holding environment' of the Winnicott school. The possibility sphere offers a safe, literal as well as metaphoric space where clients can:

## THE EFFECTS OF PRE- AND PERINATAL TRAUMA

- 1) become conscious of how they actually experience their lives at the present moment;
- 2) explore and integrate the painful, submerged parts of their personalities;
- 3) experience the symbolic satisfaction of previously unmet basic needs.

Like the uterus, the possibility sphere says 'yes' to life. Although it is empty and non-demanding, it nonetheless contains the promise of the provision of those necessary elements, caring, time, space, energy, satisfying loving contact, consciousness and understanding that will satisfy basic developmental needs.

Those healing elements are furnished by the therapist in his/her function as leader and by the role-playing group members, so that whatever may be needed for this particular psychological birthing will be provided - just as the literal uterus and reproductive system of the mother provides the conditions and nurturing elements necessary for the literal development of the fetus.

The role-playing group members -- verbally and non-verbally -- symbolically supply the necessary and longed for interactions that satisfy all expressions of affect as well as gratifying the unmet needs of the past using the technique of negative and positive accommodation. The role-playing accommodators do not improvise or invent their roles but specifically adapt their behavior, under the direction of the client and the therapist, so that they respond precisely as the situation requires, based on the notion of 'shape/countershape.'

For example, if the shape of the emotion being expressed is anger at the frustration of needs, then the countershape provided by the negative accommodators is their reaction as if struck or painfully affected by the anger. If the shape of the need being expressed is a longing for nurture, contact or support, then the countershape by the positive accommodators is the loving, bodily contact, words and behaviors that would satisfy those needs.

'Negative accommodators' are enrolled to represent fragments of the damaging or frustrating original figures and 'positive accommodators' are enrolled to represent the wished for, and symbolically provided, 'ideal figures' who, had they been there in the past, would have responded

more appropriately and satisfyingly to the needs of their child. These ideal figures are not made up of parts of the original historic figures, but are therapeutic healing, archetypal inventions, based on the human capacity to offer love, respect and care, created to symbolically satisfy unmet childhood needs.

Structures do not always begin with the direct exploration of an historical event but frequently start with the process in first attending to the client's 'center of their truth'. By center of truth, I mean that interior collecting point of attention and awareness where the client has access to affective body states (via emotional/physical signs), and to mental states (via thoughts, values, ideas, injunctions, and resistances) associated with those feeling states. By consciously attending to what is felt in their body and what is going on in their mind, clients become more fully conscious of what they really feel, and of what they really think about things at the present moment.

Thus, the act of getting to the center of truth tends to awaken that part of the personality that can oversee the information coming from the body and mind and is able to make choices, assess reality and carry out decisions from that position. The client is then more in control of the therapeutic work.

The next step in the structure is the creation of the 'true scene'. True scene is the name for the symbolic, role-played event created in a PS/P session that visually illustrates the information discovered at the center of truth by externalizing and interpersonalizing it.

The true scene is created by having the emotion and meaning in the client's body expression be seen and commented on by a 'witness figure'. Meanwhile the thoughts, values, and injunctions coming into the client's mind spoken aloud by 'fragment figures'. For instance, if the client discovers feelings in the body that lead toward crying, a witness figure might be enrolled to say, 'I see how sad you are'. And following the client's spoken aloud thought that crying is for weaklings and girls and not to be done by boys, a fragment figure might be enrolled to say, 'Crying is for weaklings and girls and not to be done by boys.'

The true scene transposes interior truths into an interpersonal, interactive form and is thus a reminder that all interior states are generated and affected by interactions. With their consciousness made more visible, clients are more likely to comprehend the origin of their feelings and

thoughts and are therefore better able to control and master emotional and mental states.

'Witness figure' is the name used for the role-played, symbolic figure (a fore-runner of an ideal, need-satisfying, validating figure such as an ideal mother or father) who sees, validates, accepts and gives names to the client's emotions and feeling states as they are revealed by their movements, facial expressions, posture, gestures and words. In so doing, the witness figure helps clients consciously experience and accept repressed parts their own emotional truths.

'Fragment figures' are the names used for the role-played symbolic figures (a forerunner of the negative aspects of real life figures) who represent and announce the client's learned codes of behavior, values, injunctions and resistances.

The true scene places the client at that painful juncture where the experience and consciousness about emotions and impulses are met by opposing thoughts and attitudes. There, the client is made more fully conscious of the conflicting options available to navigate through life.

Seeing this illuminated model of their consciousness, clients readily associate to memories of similarly charged past events which have supplied the content and foundation for their present day reality problems. Then the structure can turn to those incidents.

From years of doing historical structure work we have come to understand the basic needs of human beings and are able to recognize and predict the debilitating effects arising from not having important developmental needs met at the appropriate time. The most fundamental of those earliest needs are: place, nurture, protection, support and limits. As I said at the beginning of my talk, early traumas, especially those around the birthing process, profoundly disturb people's sense of having a natural right to the very first basic need, that of a place in the world. This feeling that one lacks a place can be detected from the way such clients move as well as in the words and metaphors that they frequently use.

### III

I will now list some of the pre-natal and perinatal circumstances that I and other therapists believe can disturb the child's natural feeling of hav-

ing a rightful place in the world. These circumstances also produce other toxic consequences that affect how the infant feels about itself and how it will form its picture of the world, but the primary focus of this talk will be on the issue of place.

- A. Conception and pregnancy during great social disasters such as wars, political persecutions, earthquakes, etc.

Hearing the sounds of war and calamity not only affects the child's sense of place but profoundly limits its future capacity to screen out and defend against similar future overstimulating, fearful and anxiety producing events. The mother can offer no shield against intruding sounds and intruding dangers and the child's own ego will have difficulty doing this for itself later. The loss is felt in the basic need for protection.

- B. Incomplete embedding of the fertilized egg.

This can be brought about because of emotional problems in the mother, over-sedation during pregnancy, or the effect on the mother because the child is conceived by rape or incest. Here a kind of deficit is suffered which I may best be able to describe metaphorically. When the child is first conceived and its early cells make the journey which ends in their being embedded in the wall of uterus, the placenta (literally a place center) is established. As the tiny organism attaches to the wall of the uterus, it is as if the child is being literally rooted into the very being and fabric of the mother. If the firmness of the embeddedness is seriously disturbed --due to organic or psychological circumstances -- it can result in a miscarriage, or natural abortion. However, if the dislodging is not so critical and the fetus is carried to term, it still may seriously impair the infant's normal physical and psychological experience of tranquil trust and security. People who have had such uterine history long for intimate contact and endlessly wish to be enclosed within an accepting space that would reconstruct or duplicate the uterus of a loving mother. Paradoxically, such adults may shrink from contact, fearful that it might be toxic or that they will be overwhelmed by their desperate, infantile wish to fuse and merge with the person they wish to touch. This kind of history contributes to the dread that such adults inexplicably feel that they may momentarily be torn loose from their physical and psychological moorings and roots. It creates anxious individuals who daily fear that they may be at any moment cast loose and set adrift into the

void, or the emptiness of death.

- C. Frightening and threatening auditory or physical experiences while in the womb that directly communicate the hostile atmosphere in the home of the parents to be.

The fetus certainly reacts to the noise of arguments, the screams of the mother, combined with the sound of her pounding heart and distressed breathing, directly telling of her fear and/or fury. The fetus can be literally injured by the slaps or punches of angry or hate-filled fathers and mothers-to-be, etc. One can easily speculate on the extent of damage this inflicts on a child's psyche and image of itself and the world it will enter. Moreover, a child may tend to withdraw from its body and shrink back to a pre-living and non-experiencing state.

- D. Hormonal or physiological transmission of the mother's unwillingness or unhappiness about carrying the child.

The child feels the 'no' to its existence on a chemical level. This toxic experience while in the womb of the mother creates children who feel ungrounded, out of touch with the real world, separated and isolated from others as well as themselves. They tend to feel unconnected to meaning, the meaning of the world as well as their own, and often tend to depersonalize and dissociate. It is as if they do not even have a place in their own psyches for their own experience. Or, that their early experience is so overwhelming that they dissociate from it as there is insufficient place in their egos to contain the full impact of that on their immature nervous systems. This is similar to the circumstances described in B.

- E. Fetal development in a uterus of a small mother's insufficient body cavity.

The child in the latter part of pregnancy literally experiences too little place to exist. The world is encountered as a suffocating place denying space for the becoming of the self. There is literally not enough space for life.

- F. Premature birth.

The immature fetus enters a world for which it is not yet completely prepared. Something is missing and the child and future adult often yearn to go to some 'longed for home' where it can find the rest of

itself. It has not had sufficient experience of the safety of place to create a firm enough memory of it.

- G. Being born to a mother who has recently suffered the loss of a child and while pregnant is still mourning the dead one.

Such children sometimes feel that they have stolen the right for existence from the one who has been before them and is no longer to be seen. The mother's grief has practically seeped into them through the amniotic fluid. They carry a sadness and a shame about their existence that they cannot shake. In a recent therapy session a client wanted to shrink away from existence and be either in some loving womb, or in the earth --literally the grave of the often visited dead brother who the client felt was still more deeply loved than she ever was.

- H. Abandonment after birth.

When the mother dies or is critically ill and hospitalized immediately after birth there may not be sufficient care arranged for the infant. In that event the continuity of place is disturbed and the child longs to return to some earlier remembered place.

- I. Lengthy hospitalization for a life-threatening illness shortly after birth.

The pain and trauma of a near-death experience teaches infants to separate from their bodies and keeps them from trusting anything outside themselves. When life is almost gone from them, when they are struggling to remain alive, they find no familiar face to turn to, only strange nurses and frequently no one at all. They turn to something within themselves or to something transcending themselves that can sustain them. Their transition from being in the arms of God to being in the arms of their parents has been disturbed and they have landed somewhere in between. They long to feel intimacy, trust and lovingness with people, but seem never to fully be able to accomplish this step. Coming so close to death, and by implication, God, they become that much less connected to, and invested in, earth and living. They tend to lose interest in the real world and as they grow older they might seem far away, often expressing the longing for other places -- seeking something more legitimately real than the places they find on earth. They become dreamers of other planes of existence, fascinated with esoteric, other-worldly topics. Alienated



from every day experience, not cathected to ordinary living people but to faraway other things and other places, they never feeling at home in their bodies, nor in the houses and cities of their upbringing. Those who do not discover or invent sufficient external symbols of God in their struggle for survival may simply succumb to the temptation, and perhaps necessity, of a direct return to God and may simply give up and die.

J. A child is given up to adoption immediately after birth.

Here there is not a break in attention, but there is a subtle shift in the surroundings, which the child can sense. Consider that the child has spent nine months within a body listening to the same voice, heartbeat and breath of a particular mother. In an ordinary birth that child is held in the arms of the selfsame mother. When a child is taken immediately after birth and given up to adoption to another woman, it certainly notes that the voice, the heartbeat and the breathing are different. It must be a shock to the child, just as being transplanted is shock to a young tree. The transplanted tree and child survive, but an effect is certainly registered that will show up in the future.

#### IV

When these kinds of events are presented in structures, we first help clients to connect consciously to the experiences that are remembered and locked in their body symptoms. In the structures, they can finally feel the dread, the pain, the terror of their damaging fetal and post-uterine experiences. With the help of containing figures who hold them and keep them from literally and psychologically falling apart during those emotional and body-wrenching experiences, the client can finally integrate what was un-integratable. In the structure setting, with the physical and emotional safety provided by the possibility sphere, much healing can occur.

Then we provide as an antidote a symbolic experience specifically designed to neutralize and offset the damaging consequences. If the child springs from an unwanted pregnancy occurring during a war, the ideal parents are arranged so that they would have had the child in peacetime when they were perfectly prepared to receive and care for this new soul.

## THE EFFECTS OF PRE- AND PERINATAL TRAUMA

If the embeddedness of the fetus was incomplete, the client can organize the symbolic experience of re-embedding in a child-longing ideal mother, etc.

The typical healing procedure creates a physical and psychological counter-event in which the reversal of the toxic history can be symbolically experienced. Clients may feel or learn that there were many miscarriages before they came along and that they barely made it into the world. They then might construct the fetal experience with a young ideal mother, who never miscarried and who has a perfect lodging place for them to be rooted in her body. Such a client may be held in a fetal position in the arms and laps of group members enrolled as extensions of the ideal mother's uterus. and feel as if they are now provided with all the softness and tenderness that they imagine should have been available there. Attention is paid so that the antidoting is done with all the appropriate figures, words, body surfaces and cushions when necessary, that will produce the feeling needed to build a new, believable, symbolic experience that will be laid down as a new healing memory with the same value and force as a real literal event.

Thus with all the above mentioned conditions, the antidote is similarly constructed.

## V

I will now describe a structure from a recent professional workshop with psychotherapists. There was some question as to who would have the next structure when one of the women in the group raised her hand to say that she wished a turn. I looked about and saw that no one else had raised their hand and I said to her that it was her turn then. She turned red, looked a bit anxious and smiled with a look of surprise and dismay, saying, 'I didn't expect to have a turn or that I would be the one to have a turn. I was sure some one else would get it.'

Moving directly toward creating the true scene, I said to her, 'If there was a witness here now, he or she would say, 'I see how shocked, surprised and unsettled you are that you were the one to get the turn.'"

'Yes', she said. 'Things aren't supposed to come so easy.'

'That would be the voice of your truth saying that' I said. 'It would say,

“Things don’t come so easy.”

‘Yes.’ she said in agreement. ‘You have to work for what you get in this world.’

At my suggestion she enrolled both the witness and the voice of her truth and the scene was created. The witness saw how surprised she was, and she flushed again remembering that feeling.

She said, ‘I really didn’t expect that I would get it.’

‘That implied a voice of negative prediction,’ I reminded her, ‘that would say, ‘you won’t get what you want.’”

‘That’s true,’ she said. ‘My sister always got there first. My mother preferred her and she was always the favorite.’

She said she was an adopted child and her eyes filled with tears when she said that she taken from her biological mother on the day she was born and given to her adoptive mother.

I asked her if she wanted to enroll her adoptive mother in the structure. and she asked one of the group members to do so and placed further her away in the room.

‘My mother never really wanted me or liked me,’ she said.

The adoptive mother was instructed to say that.

Hearing that. she looked forlorn and slumped as she sat on the corduroy covered foam couch. I suggested that the witness could see how forlorn or dejected she felt when she remembered that her mother never really wanted or liked you. She agreed.

‘How does that feel in your body to hear that?’ I asked.

‘It hurts in my chest,’ she said.

I instructed her to contract the muscles around the feeling and see what movement, sounds or emotions arose from there. She made a sound that gave me the impression of a wounded animal, or a very small injured child calling weakly and hopelessly for help.

‘How does it sound to you, hearing that?’ I asked.

‘I heard it, but it didn’t seem like it was coming from me,’ she said. ‘It didn’t feel like it came from my body.’

## THE EFFECTS OF PRE- AND PERINATAL TRAUMA

I suggested to her that the feeling was split away from her or she was split from her feelings and that this might be the time to enroll a voice of dissociation, which would say, 'Don't feel what is happening to you.'

'Yes,' she said, 'I often dissociate. It is an old habit and problem of mine.'

I suggested to her that it was normal for people to dissociate when encountering too powerful or uncomfortable feelings.

Then she looked at the negative mother and said she was angry, at her for rejecting her and favoring her sister. She spoke forcefully and made gestures emphasizing her aggressive feelings. I asked her if she wanted here negative mother to act as if the anger had struck her. She said yes and the accommodator did so. She was pleased to see the effect of her anger on her and then directed the accommodator to fall as she aimed her blows in her direction. The accommodator fell to the ground.

Seeing that, the client suddenly began to cry. 'I feel so alone she said. Now I have nobody.'

The witness said that she could see how sad she was now that she had nobody. She wrapped her arms around her body and tightly gripped her own shoulder and leg, her fingers digging into her flesh.

I asked her if she wanted to have someone other than herself that she could hold onto like that, as it appeared she was doing so in the absence of having someone to hang onto.

She chose a group member to enroll as a figure she could hold onto. In my mind I was associating that clutching, finger penetrating, gesture with my understanding of the child wish to be embedded in the flesh of another and was doing it to herself in the absence of having someone to do it with, but at the moment I did not say that to her.

She held on to that figure and began to smile and look happy. The witness duly noted that. Then she began to have motion in her pelvis and I asked her to find a way to move that part of her body in some way that would produce a satisfying interaction with the role figure. She maneuvered her body and the accommodator's body in an interesting fashion. For a moment it even looked like she was about to separate the legs of the accommodator as if to climb into her. Then she began to rock together with the role player and a look of pleasure and delight came over her face.

‘It is as if we are on a boat together and sailing. It feels wonderful.’ She continued rocking for some time with a look on her face that was near ecstatic. I saw a combination of infantile feelings and sensual feelings showing on her body. But mostly I imagined that the water metaphor had to do with the wish to be rocked and safely intimate with a female figure.

All at once she stopped and said, ‘It can’t last. Nothing good lasts.’ She separated from that figure and lay crumpled on the couch. ‘The voice of negative prediction was instructed to say. ‘Nothing good lasts.’

She agreed with that statement and her body got more and more shrunken. She said, ‘I feel like I want to shrink until I disappear.’ I said let yourself follow that feeling and give movement to it. She wound up in a little ball.

Once again she said, ‘I feel a tension in my throat.’

‘Tighten the muscles around that tension and see what comes of It,’ I said. ‘Make the sounds that would seem to come from there.’ Once more she made those helpless sounds, this time they escalated until she began to cry with bitter desperation.

‘Do you want a contact figure to hold you while you cry?’ I asked, softly. This is an intervention I often make when there is deep grief that seems unbounded and without sufficient physical support to handle it.

She said, ‘No, I have to be alone. I have to take care of myself.’

This attitude was underlined by the voice of her truth.

She stretched out on the couch. She was limp and looked helplessly upwards as if to an absent god. Once again her pelvic movements began and she reached up helplessly.

I said, ‘What do you need that would bring some satisfying interaction?’ She said, ‘There is nothing and no one that I can turn to.’

When people make that kind of statement I assume that somewhere they have projected satisfaction and I asked her if she had such thoughts. After some time, she said that in the afterlife she knew she would be happy, but not in this one.

I said, ‘Create a place in the room where that afterlife condition would

## THE EFFECTS OF PRE- AND PERINATAL TRAUMA

be and then place someone there to be the voice or the spokes-person of that place.' She chose another woman in the group to enroll as that figure.

She said that there she knew would find peace. The accommodator was instructed to say, 'Here you can find peace.'

On hearing that she began to cry, saying, 'There I wouldn't have to do anything to get things, I would just have to be myself.' The role player said back to her, 'Here you wouldn't have to do anything to get things, you would just have to be yourself.'

I asked her if she wanted to be in contact with that figure. She said yes, but looked puzzled. She said, 'Does this mean that I am suicidal or that I want to be dead?'

I reassured her saying that she could be in contact with that figure, knowing that she had projected peace and relief there, and that it would be a symbolic process and not an expression of a wish for literal death.

She asked the role player to sit on the couch and then moved her and herself until she found a way to climb into her lap pulling the arms of the accommodator around her.

Being held in that position brought up a great well of sadness, longing and relief and she began to cry deeply in a way that was very moving to the group as several members began to weep.

While sobbing, she began to clutch desperately at the figure and at an appropriate moment I suggested that perhaps the wish that had shown up before was again being expressed and that she should try to squeeze that figure as tightly as she wished. She said she was afraid to do that thinking it would hurt the role-player. It was not that she wished to hurt her but she felt the wish to clutch was so great she was certain it would be too much to bear.

The voice of her truth could then say, 'Your need to clutch someone so tightly is too much for anyone to bear.'

She cried desperately at that and buried her head in the shoulder of the accommodator.

I asked her if she wanted that figure to say that she could bear how much she was clutching her. On hearing that she dared to hold her

tighter and her crying this time included the relief that bespoke the possibility of having the new license.

Here, I thought it useful to point out to her that this was no longer merely a figure from the next life but was functioning more in the style of an ideal mother. I suggested that we change the enrollment of that figure into an ideal mother category, for that was what was wished for in the first place but she had not expected to be experienced until the next life.

She agreed and then began to feel the beginning of pleasure and relief that had surfaced with the earlier figure of contact, but this time she was not holding her as if to ride on the waves but clearly as a little child holds onto a mother.

After some time she said, 'This won't last either.'

Here was the latest expression of the pattern established early in her history was that all good things came swiftly to an end. The voice of negative prediction said, 'This won't last either.', and she agreed with it.

Now I thought would be the appropriate time to provide an antidote, I felt sure that her life had been one long continuous series of losses after another. The root of which was the first loss of being too early plucked from her biological mother.

Therefore I suggested that she construct this figure as an ideal biological mother who would not have given her up for adoption as her original mother had, but would have raised her herself.

The remembrance of the pleasure of a few moments before, coupled with the possibility that it could last with this ideal mother who would never have given her up, lit up her face. Clearly, this new thought presented hope and she began to return to the peace and satisfaction she had felt when she first contacted that figure as someone representing the next world.

To cement the connection between the two images, I asked her if she would like to hear her ideal mother say, 'I would make you feel as wonderful as you expected to feel in the next world.' She agreed and thus linked the two experiences.

Now she settled into the embrace of the mother, her breathing becoming deeper and slower and her body visibly relaxed.

## THE EFFECTS OF PRE- AND PERINATAL TRAUMA

She said, 'I could stay here forever.'

I asked her if she wanted to hear from her ideal mother that she could stay there forever, meaning that on the feeling level that she need never leave this state of bliss with the mother.

The ideal mother said, 'You can stay here forever.'

I asked her to make an image of herself at that age, with all the blissful feelings that she was having included in it. And then to make another image of the ideal mother providing those feelings around her. That way, she could internalize that composite image within herself so that when the structure was over it was not as if the ideal mother was leaving. Her adult mind could note that the structure had come to an end.

She stayed some time in the arms of the ideal mother, consciously establishing and recording the feeling of acceptance and bliss. She wanted one more things, she said. She wanted to hear the ideal mother say that she didn't have to do anything special to have attention or have her needs met but that she would be there for her just as she was. The ideal mother said that and she smiled with her eyes closed nodded her head as if saying yes as she included that feeling in the image she created.

After some moments she opened her eyes, having the look that people have when they are at the end of the structure. I asked her if she had the images firmly in place. She said yes, and I asked her if she was ready to de-role the figures. She said she was. She first de-rolled all the negative figures and ended with the derolling of the ideal mother.

The accommodators returned to their places and thus the structure came to an end.

Afterward the client spoke to me and told me how much she appreciated the work. Although it was only one structure, it did give her new perspective and the healing reconditioning nature of the antidote gave her some of the means as well as the hope that she could effect positive changes.

And now I have come to the end of my talk. I have given you an outline of basic PS/P theories and techniques, described how we apply those processes to the issues of pre and perinatal trauma. Finally, I have given you a description of its application in a recent structure.



## THE EFFECTS OF PRE- AND PERINATAL TRAUMA

I will finish with a plea for the rights of the child. Children deserve to find on earth the warmth and meaning they found before birth figuratively or literally immersed in and surrounded by their creator. They deserve to experience all of their developmental needs; more importantly, they deserve to enjoy the gratification of those needs, for why else were they born with them? They deserve to have a place on earth where they can grow and become the adults that it is possible for them to become. It is an important task to help those who have been denied those rights. It is an important task to teach would be parents how to be respectful of the souls that they have brought to life. Damaged children can be handled and given hope with this kind of work. Symbolic reconstruction can heal deep emotional and psychological wounds.

To all involved in this life giving work, I wish you success.

Thank you.

© *Copyright Albert Pesso and Diane Boyden Pesso 1997 all rights reserved*

# *Over prenatale psychotherapie en Pesso-psychotherapie*

*Bewerking van een interview met Rien Verdult en Gaby Stroecken<sup>1</sup>*

MARIJKE START

*Afgelopen decennia heeft er een paradigmaverschuiving (1)<sup>2</sup> plaatsgevonden in het denken over het ongeboren kind. Het prenatale kind blijkt sensitiever, actiever en communicatiever dan ooit tevoren werd gedacht (Chamberlain, 1998, 2009). Foetussen en borelingen hebben wel degelijk mogelijkheden tot leren en geheugen en hebben daarmee een belevingswereld. 'Unborn baby's have a mind' zegt Chamberlain. Onze kindertijd en zijn ontwikkeling omvat ook het prenatale leven en de geboorte (Stroecken en Verdult, 2010).*

*Tijdens de ontwikkeling van het embryo en de foetus in de baarmoeder, tijdens de geboorte en de eerste negen maanden na de geboorte zijn er een aantal kritische momenten die stress- en trauma-gevoelig zijn. Is er sprake van stress, trauma of shock, dan beïnvloeden deze de vroege programmering van neuronale netwerken in het nog niet volgroeide brein en laten hun sporen achter in het lichaamsgeheugen. Zonder vroege signalering en behandeling kunnen problemen ontstaan in de hechting tussen moeder*

---

<sup>1</sup> **Gaby Stroecken** was onderwijzeres en maatschappelijk werkster. Ze studeerde crimino-logie en psychologie en is werkzaam als psychotherapeute.

**Rien Verdult** is ontwikkelingspsycholoog en psychotherapeut. Hij specialiseerde zich in de pre- en perinatale psychologie.

<sup>2</sup> Zie eindnoot.

*Marijke Start* is bewegingswetenschapper/psychomotore therapeut en Pesso-psychotherapeut. Tot haar pensionering was zij werkzaam bij Lentis, Groningen, ambulante Volwassenzorg. Zij is nu werkzaam in eigen praktijk.

E-mailadres: [mjstart@home.nl](mailto:mjstart@home.nl)

## OVER PRENATALE PSYCHOTHERAPIE EN PESSO-PSYCHOTHERAPIE

*en kind, welke tot ver in de volwassenheid meegenomen worden en kunnen leiden tot psychopathologie.*

*Ook Pessa noemt een tiental omstandigheden die grote gevolgen kunnen hebben voor het ongeboren en jonge kind. Hoewel hij in de laatste jaren toenemend aandacht besteedt aan thema's als het bewustzijn, het geheugen en de emoties (Perquin, 2001), heeft hij deze inhoudelijk niet verder uitgewerkt en onderbouwd in relatie tot de pre- en perinatale fase van ons leven.*

*Praktijkervaringen met - en theoretische uitgangspunten van de baby psychotherapie, overeenkomsten, raakvlakken en verschillen met de Pessa-psychotherapie komen aan de orde in dit tot artikel bewerkte interview met Gaby Stroecken en Rien Verdult, beiden (baby)psychotherapeut in België. Hun therapeutische werk, met zowel baby's als met volwassenen, is sterk beïnvloed door het werk van Emerson, Terry<sup>3</sup> en vele andere pioniers op het gebied van de pre- en perinatale psychologie, hechtingstheorieën (Bowlby, 1969; Schore, 1994, 2001, 2009), traumatheorieën (Scarf, 2005; Ogden, 2006; Levine, 2006), de laatste ontwikkelingen en theorievorming in de neurowetenschappen (Huiszink, 2005; Van den Berg, 2008; Schore, 2003) en infantresearch (Rutter, 2002; Fonagy & Gergely e.a., 2002).*

*De centrale vraag is: kunnen kennis over en inzicht in onze vroegste ervaringen tijdens zwangerschap en geboorte, ons Pessa-structurewerk verrijken?*

### Inleiding

*Before I formed you in the womb, I knew you  
Before you came to birth I consecrated you.'*

*(Old Testament Jeremia cp.1 verse 5.*

*Bron: Benig Manger,  
Jungiaans psychoanalytisch psychotherapeut, 2009)*

Freuds theorie over infantiele amnesie is zeer invloedrijk geweest in zijn tijd en heeft deze invloed lang gehouden. Zijn theorie is gebaseerd op de alledaagse observatie dat mensen zich weinig of niets kunnen herinneren van vóór hun tweede of derde levensjaar. Dit impliceert ook dat als er trauma's zouden zijn opgetreden in deze periode van het leven, deze niet herinnerd worden en dus ook geen invloed kunnen hebben (Chamber-

---

<sup>3</sup> William Emerson is prenataal psycholoog, psychotherapeut, onderzoeker, opleider, auteur en pionier op het gebied van de pre- en perinatale psychologie. Karlton Terry is pre- en prenataal pedagoog.

lain, 2009).

Het zijn vooral psychotherapeuten (veelal psychoanalytici) die deze opvatting ter discussie stellen door dieptepsychologische ervaringen (in dromen) van hun cliënten. Rank (*Traumas der Geburt*, 1924) ontdekt het geboortetrauma en Graber (1924) schrijft in *Ambivalenz des Kindes* over prenatale trauma's die hij ontdekt bij zijn cliënten.

Daarna zijn het Jung en Adler die de preverbale ervaringen met de moeder toegankelijk maken (Janus, 2011).

Belangstelling voor de pre- en perinatale psychologie is er al jaren. Al in 1971 vindt de oprichting van de ISPP plaats. Later wordt dit de ISPPM (International Society of Pre- and Perinatal Psychology and Medicine), een interdisciplinair en internationaal gezelschap van wetenschappers en klinici die onderzoek doen en kennis verzamelen over ons prenatale leven en de geboorte<sup>4</sup>. In 1982 wordt in Californië de Amerikaanse zustervereniging van de ISPPM, namelijk de Association of Prenatal and Perinatal Psychology and Health (APPPAH) opgericht. De belangstelling onder wetenschappers groeit het laatste decennium, getuige ook het boek van Swaab (2010). Hij toont in zijn boek *Wij zijn ons brein* aan, dat de eerste maanden van ons ongeboren leven de belangrijkste zijn.

In de periode voorafgaand aan het interview met Stroecken en Verdult ontdek ik een artikel van Pesso uit 1990. Het verschijnt voor het eerst in het tijdschrift voor Biosynthese *Energie en Karakter* met als titel 'The effects of pre- and perinatal trauma'<sup>5</sup>. In het artikel beschrijft Pesso de mogelijke gevolgen van pre- en perinataal trauma in het volwassen leven onder andere aan de hand van een casus. Maar eerst beschrijft hij zijn zienswijze ten aanzien van het hebben van een **plaats** in deze wereld en de overgangperiode van conceptie naar bewust leven van het ongeboren kind. Hij gebruikt hiervoor metaforen en beelden die gebaseerd zijn op religie en mythologie: *We do not only live in our bodies, we also live in our minds. Thus, we must find a place in two universes, the physical world and the world of the mind. To have a place in the physical world, we must be permitted to remain inside something larger than ourselves that willingly gives us the space and conditions needed for life. We are given the right to exist only by something other than ourselves - we do*

---

<sup>4</sup> Een literatuuroverzicht is te vinden in de verzamelband van Janus (Janus, 2004, 2011).

<sup>5</sup> Zie elders in dit nummer.

OVER PRENATALE PSYCHOTHERAPIE  
EN PESSO-PSYCHOTHERAPIE

*not attain a place in the world simply by our own command and efforts.*

*To have a place in the world of the mind, we must first exist as an image in the mind of another. That is, we must first be given a place in the mind of another, than we can have a place for our own image in our own mind.' (Pesso, 1990).*

En hij vervolgt met de opmerking dat de kwaliteit van het beeld dat we van onszelf vormen, gebaseerd is op het beeld dat diegenen die ons een fysieke plek in de wereld geven over ons hebben en op hoe ze ons behandelen (vertaling auteur).

Pesso wijst hiermee, naast de invloed van het maatschappelijke en trans-generationale op ons leven en de ontwikkeling van ons zelf en zelfbeeld, op de religieuze gedachte dat voordat we geboren waren, nog 'pre-existent' en nog niet in leven, we een plek hadden 'in Gods armen'. Bovengenoemde Bijbeltekst verwijst hier ook naar. 'Birth is a soul experience' zegt Benig Mauger (2009) in haar boek *'Songs of a Womb'*.

De baarmoeder biedt het embryo en de foetus de aardse equivalent van die goddelijke plaats en is in de basis de perfecte overbruggende ruimte tussen hemel en aarde.

Pesso vergelijkt de kwaliteit van de possibility sphere in een structure-groep met de letterlijke ruimte in een veilige baarmoeder. Daarnaast biedt de possibility sphere ook de psychologische ruimte om delen van 'het zelf' geboren te laten worden in de realiteit van nu en het cognitieve bewustzijn.

In de laatste decennia hebben de ontwikkeling en het gebruik van PET scan en de fMRI enorm bijgedragen aan het huidige hersenonderzoek. De 3D en 4D echo's hebben het gedragsmatig functioneren van foetussen zichtbaar gemaakt, zoals Piontelli (1992) in haar werk heeft laten zien.

Maar ook is er een ontwikkeling gaande in het steeds meer samengaan van diverse wetenschappen. Onderzoeksgebieden worden niet meer strikt gescheiden benaderd door beroepsgroepen als biologen, fysiologen, psychologen, neurologen. Men zoekt naar gezamenlijke interesses waarbij een ieder put uit kennis over zijn eigen vakgebied en zo ontstaan interdisciplinaire benaderingen.

Een paar voorbeelden:

In de psychiatrie ontstond de integrale psychiatrie, een belangrijke stro-

OVER PRENATALE PSYCHOTHERAPIE  
EN PESSO-PSYCHOTHERAPIE

ming die het beste van twee werelden (de Westerse en de Oosterse) combineert door het body-mind concept te bestuderen en nieuwe behandelmethoden te ontwikkelen, zoals de mindfulness.

In de toegepaste neurowetenschappen wordt veel onderzoek gedaan naar de psychosomatische eenheid in ons functioneren met name bij herstel na hersenletsel.

De neurowetenschappen bevestigen wat psychodynamisch georiënteerde psychotherapeuten maar ook psychomotorisch therapeuten in de praktijk reeds vaststelden, namelijk dat vroegere ervaringen (zowel positieve als negatieve) voor emotionele processen en het ontstaan van problemen van grote betekenis zijn. Met het werk van Panksepp (1998), Damasio (1999) en Ledoux (2002) komen gevoelens in het focus van de neurowetenschap. Onderzoek in een ontwikkelingsgeoriënteerde affectieve neurowetenschap laat zien dat negatieve ervaringen in de pre- en postnatale fase van de ontwikkeling gevolgen hebben voor de programmering van de hersenen van jonge kinderen (Schore, 2001). Schore (ook wel de 'Amerikaanse Bowlby' genoemd) stelt dat de hechtingstheorie in wezen een regulatietheorie is. Psychobiologische gebeurtenissen mediëren het hechtingsproces en de organisatie van de 'right mind' in de babytijd door regulatieve psychoneurobiologische mechanismen.

Ook binnen de 'infantresearch' (Rutter, 2002; Fonagy & Gergely e.a., 2002) wordt de vroege ontwikkeling beschouwd vanuit een biopsychosociaal perspectief. Belangrijke uitgangspunten in dit model zijn:

- dat de structuur en functie van de hersenen steeds in ontwikkeling zijn en worden geprogrammeerd door ervaringen (Rutter, 2002),
- dat in de menselijke ontwikkeling het ontogenetische principe van belang is, dat het beginstadium van het leven het fundament legt voor het functioneren van het organisme gedurende het gehele verdere leven (Schore, 2003 In: Stortelder & Ploegmakers-Burg, 2005),
- dat een gestoorde ontwikkelingsprogrammering door psychotherapeutische ervaring kan worden bijgestuurd (Kandel, 1999).

Een interdisciplinaire benadering dus waarbij de vroege ontwikkeling bepaald wordt door:

- neurobiologie, bestaande uit de genen, de hersenen en neurochemie,

OVER PRENATALE PSYCHOTHERAPIE  
EN PESSO-PSYCHOTHERAPIE

- interpersoonlijke ervaringen, gehechtheid en sociale omgeving, meer specifiek, de interactie tussen baby en opvoeder,
- interactie tussen baby en opvoeder.

Deze inzichten (zie hiervoor ook ‘De ontwikkeling van het zelf’ in *Kinder & Jeugdpsychotherapie*, jaargang 32, nr. 1, 2005) komen een ontwikkelingsgeoriënteerde psychopathologie goed van pas. De eerste programmering (ontwikkeling van neuronale netwerken) begint vóór de geboorte en deze programmering geeft richting aan latere ontwikkelingen. Een integratie van hersenonderzoek en pre-, peri- en postnatale psychologie zou wenselijk zijn om het nieuw ontstane paradigma van menselijk zijn te verrijken.

Er zijn echter ook critici die beargumenteren dat het opnemen van een neurobiologisch perspectief in de psychotherapie te voorbarig is. Het zou voor een groot deel om speculatie gaan. Hun argument is dat het risico bestaat dat gecompliceerde onderzoeksgegevens over de wetenschap van de hersenen gepopulariseerd worden. Zij zouden kunnen leiden tot een neurobiologisch reductionisme, dat de complexiteit van de klinische praktijk negeert. Verdult (2011) is het hier deels mee eens, maar bepleit ook dat neurobiologische ontdekkingen benut worden om bestaande klinische modellen uit te breiden of ze te vervangen. De integratie van nieuwe ontdekkingen met betrekking tot de hersenontwikkeling en lichaams/emotiegeoriënteerde uitgangspunten, kan het psychotherapeutische werk bij cliënten met pre- en perinatale trauma's verrijken. Als we meer over de vroege prenatale ontwikkeling van de hersenen leren, krijgen we een duidelijker beeld over hoe deze vroege ervaringen onze hechting, alsook ons emotioneel, sociaal en moreel functioneren beïnvloeden.

In mijn verdere zoektocht naar literatuur op het gebied van lichamelijke, lichaamsgeheugen en -bewustzijn, kom ik via het tijdschrift *De Knoop*<sup>6</sup> van de gelijknamige stichting, die zich bezighoudt met hechtingsstoornissen en Geen-Bodem-Syndroom (GBS), in aanraking met het werk van Stroecken en Verdult. Met enige regelmaat verschijnen hierin, onder meer van hun hand, interessante artikelen over babythera-

---

<sup>6</sup> Het tijdschrift ‘de Knoop’ wordt sinds 1998 uitgegeven door de stichting de Knoop.

OVER PRENATALE PSYCHOTHERAPIE  
EN PESSO-PSYCHOTHERAPIE

pie en de pre- en perinatale psychologie.

Hun lichaamsgeoriënteerde werk wekt mijn nieuwsgierigheid en ik vraag mij af of hun kennis over de prenatale periode van ons leven en hun therapeutische ervaring ermee, een verrijking zou kunnen zijn voor het begeleiden van mijn cliënten in het PESSO-structurewerk. Ik besluit contact met ze op te nemen en te vragen om een interview.

Alle kennis die ik zelf inmiddels opdeed maakt me nog nieuwsgieriger en vol vragen reis ik eind 2010 naar het Haspengouwse kasteeldorp Gors-Opleeuw, niet ver van Maastricht, voor een interview met Gaby Stroecken en Rien Verdult.

### Interview

*‘(..) the brain is structured with an innate capacity to transcend the boundaries of (..) its own body in integrating itself with (..) the world of other brains.’*

Daniel Siegel (2009)

*Wat mij hierheen heeft gebracht is mijn interesse in jullie werk, de babypsychotherapie.*

*Het lezen van jullie boeken en artikelen heeft mijn interesse gewekt op het gebied van stress en de trauma's die het ongeboren kind kan oplopen en de gevolgen hiervan voor de hechting en gezondheid van het jonge kind.*

*Jullie hebben beiden psychologie gestudeerd in Groningen en zijn bekend met de PESSO-psychotherapie. Hoe zijn jullie uiteindelijk bij de babytherapie terecht gekomen? Is dat een lange weg geweest?*

Tijdens onze opleiding in Groningen kwamen wij in contact met Han Sarolea. Zij gaf 'Inleiding in de psychotherapie' en andere stromingen in de psychotherapie. Han en Tjeerd Jongsma behoorden tot de eerste lichting PESSOtherapeuten in Nederland. Han was magistraal in het uitleggen van de PESSO-methode (PESSO-psychotherapie stond toen nog in het begin van haar ontwikkeling). We volgden workshops bij hen. Tijdens één van deze workshops had ik (Rien) mijn eerste geboorteregressie. Onze belangstelling in het werken met het lichaam werd daardoor versterkt.

Het was eind zeventig, begin tachtiger jaren. Daarna heb ik (Rien) een aantal PESSO workshops gedaan bij PESSO zelf. Het is een werkvorm waarvan wij in ieder geval nog elementen, zoals het symbolisch vervullen van basisbehoeften, in ons werk gebruiken, ook al zijn wij geen Pes-



OVER PRENATALE PSYCHOTHERAPIE  
EN PESSO-PSYCHOTHERAPIE

sotherapeuten qua opleiding. Wij zijn beiden opgeleid tot Cliënt-centered therapeut, maar zijn in de loop van de tijd steeds meer psychodynamisch gaan werken. We zijn ná onze opleidingstijd nog wel een hele tijd gesprekstherapeutisch bezig geweest. De laatste tien jaar zijn wij veel meer met het lichaam gaan werken. Ik werkte voorheen met dementerende mensen (Rien). Ik merkte dat een aantal dementerende mensen met wie ik werkte regelmatig een foetale houding aannam, naarmate het dementieproces verergerde. Ik vroeg mij af, wat de belevingswereld van deze mensen zou zijn. Daarover heb ik een aantal artikelen geschreven. Daarnaast heb ik me verdiept in de prenatale psychologie.

Ik (Gaby) was al meer bekend met de prenatale psychologie. Ik heb criminologie gestudeerd in Leuven. In die tijd, de jaren zeventig, was De Batselier er hoogleraar klinische criminologie en hij had een experimenteel centrum voor prenatale psychotherapie met schizofrene cliënten. Dit experiment werd ondersteund door Ronald Laing en de Nederlandse psychoanalyticus Lietaert Peerbolte. Deze laatste begon in de dertiger jaren te werken met prenatale thema's in zijn analytisch werk en hij ontdekte het gewicht van de conceptie-shock in de problematiek van ernstig gestoorde patiënten. Ik (Gaby) volgde les bij Lietaert Peerbolte, maar kon niet in zijn wereld treden. Voor mij was dat nog veel te ver weg. Deze mensen waren hun tijd ver vooruit. De tijd was nog niet rijp voor de prenatale psychologie.

*Zag hij dat los van neurowetenschappelijke kennis?*

Die kennis was er toen nog helemaal niet. Lietaert Peerbolte is zijn praktijk begonnen in 1935 en hij is in 1989 overleden. Vanaf eind jaren tachtig was onze belangstelling voor prenatale psychologie hoofdzakelijk theoretisch gekleurd. Ik zag in de lichaamstaal van cliënten wel veel terug, maar mijn therapie was toch voornamelijk gesprekstherapie. In 1994 ontmoette ik William Emerson. Bij hem begon ik (Rien) een opleiding in Zwitserland om zowel met volwassenen als met baby's te kunnen werken rond deze vroege thema's.

*Zijn er volgens jullie verschillen tussen babytherapie en PESSO-therapie?*

Wij denken dat een heel belangrijk verschilpunt is gelegen in het feit dat wij expliciet met prenatale en geboortetrauma werken. Wij zien de wor-

OVER PRENATALE PSYCHOTHERAPIE  
EN PESSO-PSYCHOTHERAPIE

tels van emotionele problematiek in de vroegste kindertijd, zoals ook Pesso-therapeuten dat doen, maar wij betrekken daar heel nadrukkelijk ook de geboorte en het prenatale leven in. Het werk met baby's is ook iets eigens aan onze praktijk. Wij werken in onze therapieën met baby's tot circa achttien maanden en gaan daarbij verder terug in de geschiedenis, namelijk tot aan de verwekking en desnoods ervoor. Voor ons is belangrijk te weten hoe de omstandigheden prenataal waren, hoe is de geboorte verlopen en hoe is de ontwikkeling na de geboorte gegaan. En hoe kunnen de huidige klachten van baby's in die context geplaatst worden. Dát is voor ons de basis van waaruit wij werken. Via hun leven vertellen baby's het verhaal van hun geboorte en/of van hun prenatale leven.

Daarnaast werken we ook individueel met volwassenen en met volwassenen in onze procesgroepen en workshops. We gaan ervan uit dat traumatische ervaringen (indrukken) uit de pre-, peri- en postnatale periode van ons leven in ons lichaam blijven bestaan en ook op volwassen leeftijd nog bewerkt kunnen worden. Je zou kunnen zeggen dat wij met onze babytherapie meer preventief werken.

*En overeenkomsten of raakvlakken?*

Een eerste globale overeenkomst is dat beide therapieën psychodynamisch georiënteerd zijn.

Beide therapievormen werken lichaamsgericht, zowel in diagnostische, observerende als ook in behandeltechnische zin.

Verder gaan beide uit van de grondaanname dat gevoelens zich omzetten in beweging. Dat is E-motie. Gevoelens en beweging zijn zo onlosmakelijk met elkaar verbonden; als mensen bij hun gevoelens komen, ontstaat er ook beweging.

Chamberlain (2009) zegt hierover dat beweging en emotie organisch één zijn. Elke beweging is de expressie van een emotie. Dit impliceert ook dat elke geblokkeerde beweging de uitdrukking is van geblokkeerde emotie (2).

*Zoals Pesso zegt: Energie (emotie of gestolde emotie die zich als spanning in het lichaam vastzet) zet zich om in Actie (beweging). Deze wil in Interactie met anderen gebracht worden en Betekenis krijgen. Pesso gebruikt hiervoor rolfiguren. Hoe krijgt die interactie vorm en betekenis in jullie babytherapie?*

OVER PRENATALE PSYCHOTHERAPIE  
EN PESSO-PSYCHOTHERAPIE

In interactie met de moeder en/of met ons. Het werk wat wij nu doen is eigenlijk regressiewerk op lichaamsniveau. Dat doet de PESSO-methode ook bij volwassenen en gebruikt daarvoor de pilot van de cliënt als ‘wegwijzer’. Wij werken het liefst met de periode van vóór de woorden, dus de babytijd, met inbegrip van het pre- en perinatale leven van voor de geboorte, en gaan eventueel terug naar de conceptie, de sperma- en eicelreis. Stress, die in de vorm van lichamelijke spanning in die periode in het lichaam van de foetus is ontstaan en die na de geboorte nog steeds aanwezig is, kan het best in interactie met de moeder gebracht worden en betekenis krijgen. De baby heeft hierin een zelfsturende rol en wijst ons de weg. De baby neemt actief uit de omgeving op, wat bij zijn genetische aanleg aansluit (zijn constitutionele zelf) zeggen Fonagy & Gergely (2002). Dit is met name belangrijk voor het ontwikkelen van een gezonde hechting, waarvan wij dus zeggen dat de ontwikkeling daarvan begint bij de conceptie (Verdult, 2011).

Een belangrijk uitgangspunt hierbij is dat tijdens de ontwikkeling de biologie een keerzijde heeft die psychologie heet. Anders gezegd, alle biologische processen laten psychologische imprints na. En alle psychologische imprints hebben hun uitwerking in het lichaam.

*Dan heb je het dus over het grijze gebied tussen de fysiologie en psychologie, hoe die regelsystemen aan elkaar raken en elkaar wederzijds beïnvloeden.*

Ja. Vooral in de laatste jaren zijn we ook steeds méér met de imprints in het lichaam gaan werken. Steeds meer met de vroegste ervaringen, mede beïnvloed door de ontwikkeling op het gebied van de neurowetenschappen (neurobiologische, psychofysiologische en celbiologische kennis).

De opleiding van William Emerson gaat voornamelijk over onze vroegste ervaringen en hoe deze hun uitwerking hebben op ons functioneren als baby en latere volwassene. Hij kijkt ook naar spiertonus, houding en hoe er bewogen wordt en welke betekenis deze bewegingen, en de samenhang ervan, kunnen hebben. Dit alles in de context van de periode vóór, tijdens en na de geboorte. Emerson is prenataal psychotherapeut en werkt via het lichaam met deze vroege thema’s. Hij heeft vijftig jaar ervaring in het observeren van de lichaamstaal van volwassenen en het onderzoeken van geboorteprocessen.

*Je observeert, maar ik neem aan dat je in deze vorm van therapie ook veel met aanraking werkt?*

OVER PRENATALE PSYCHOTHERAPIE  
EN PESSO-PSYCHOTHERAPIE

In onze individuele therapie met volwassenen maak ik contact met het lichaam, ook via aanraking, als dat therapeutisch gezien noodzakelijk is. Als je een geboorteregressie wilt doen dan kan het bijna niet anders dan dat je de cliënt aanraakt, vooral aan het hoofd, omdat de geboorte van het cranium (schedel) bij een gewone vaginale geboorte traumatisch kan zijn. Het thema van aanraken van cliënten in psychotherapie is in België sinds de affaire Dutroux bemoeilijkt. Zelfs op de lagere scholen mogen de onderwijzers niet meer met de kindjes naar het toilet gaan. Er moet altijd een vrouwelijke collega meegaan. Ik ervaar deze spanning rond het al of niet aanraken van cliënten in individuele sessies wel als een spanningsveld.

Als we in individuele therapieën met volwassenen symbolisch een geboorte begeleiden, dan deed ik dat in het begin door een tunnel te maken of door iemand onder mijn benen door te laten kruipen. Dat doe ik nu nog wel als ik het therapeutisch noodzakelijk acht, maar het kan ook zijn dat ik met kussens een geboortekanaal simuleer. Dan raak ik soms nog met een hand aan, maar daar blijft het bij.

De methode van Emerson waar wij mee werken is goed uitgewerkt en beproefd. Dat bewaken we ook nadrukkelijk.

Deze methode is geen rebirthing en geen reïncarnatietherapie. We horen mensen heel vaak zeggen 'dat is in mijn vorige leven gebeurd'. Met die mensen kunnen wij moeilijk werken omdat ze niet openstaan voor de pre- en perinatale invloeden op hun ontwikkeling. Ze neigen ertoe de verantwoordelijkheid af te schuiven op 'een vorig leven' en kunnen zich niet voorstellen dat de oorzaak van hun klachten mede prenataal bepaald zou kunnen zijn. Voor ons, en velen met ons, bestaat er een ongeboren leven dat er was voor de fysieke geboorte en voor de ontwikkeling van cognitie, voordat iets onder woorden gebracht kon worden. Dat is een ongeboren leven, maar niet een ander leven. En in het ongeboren leven is lichaamsbewustzijn aanwezig.

*Evenals bij Pesso is de basis van jullie baby- en volwassenetherapie ingebed in de ontwikkelingstheorie. Dat is ook een van de pijlers waar de Pesso-methode op rust. Hoe hanteren jullie deze in praktisch therapeutische zinnen?*

Zoals ik al eerder noemde maakt Pesso in zijn structurewerk ook gebruik van regressie, terug naar een vroegere ontwikkelingsfase met inbegrip van invloeden uit de pre- en perinatale periode. Regressie, niet in de

OVER PRENATALE PSYCHOTHERAPIE  
EN PESSO-PSYCHOTHERAPIE

ouderwetse betekenis van ‘acting out’, maar regressie die naar het doorleven gaat. Belangrijk is dat ervaringen/belevingen in de therapie van de volwassene achteraf ook woorden krijgen.

Baby's beschikken natuurlijk nog niet over taal, maar wel over lichaamsgeheugen en lichaamstaal. Zij wijzen ons via hun lijfelijk ‘weten’ de weg. Het lichaam bewaart de preverbale herinnering aan traumatische ervaringen (Emerson, 2000) (3).

*Pesso maakt tijdens de structure gebruik van de ‘Pilot’ (observing ego) van de cliënt. Belangrijk is ook dat daar woorden aan worden gegeven. Hoe gaat dit bij baby's?*

De Pilot heeft te maken met zelfregulering en bewustzijn tijdens de sessie. Volwassenen zijn in staat te reflecteren op wat er lijfelijk gebeurt en kunnen daar woorden aan geven. Baby's hebben het vermogen tot zelfregulatie, maar doen dit niet op een observerende manier maar vanuit een lijfelijk ‘weten’.

Regressies zijn neuropsychologische processen met een bottom-up organisatie (van hersenstam naar limbisch systeem) het ‘woorden geven aan’ is een top-down proces (van cortex naar limbisch systeem) en beiden zijn nodig in therapie, ook met baby's. Wij geven ook woorden aan de ervaringen van baby's tijdens de herbeleving van hun vroege ervaringen en baby's begrijpen deze woorden ook. Dit is een begrijpen in de zin van het Duitse woord ‘verstehen’. Het gaat dan om de emotionele betekenis van de woorden.

Tijdens onze workshops, met cursisten, waarin we sessies van een uur doen en teruggaan naar de babytijd en/of naar de periode van voor de geboorte vragen we altijd achteraf: ‘hoe kijk je erop terug?’ En wij geven ook onze observaties en ervaringen als mensen dat willen. Zo kun je het kindstuk in de volwassene integreren. Wij zeggen ook dat de cliënt altijd de regie over de sessie blijft houden. Dit kan vanuit deze observerende en controlerende functie die ook blijft bestaan tijdens de regressies van volwassenen.

Daarom is het ook zo belangrijk om goed op de hoogte te zijn van de ‘normale’ ontwikkeling in neurobiologische, psychofysiologische zin en, zoals uit de bij de intake in kaart gebrachte levensgeschiedenis (psychosociaal) is gebleken, hoe die ontwikkeling bij de cliënt is verlopen. In samenspraak met de cliënt ontwikkelen we een hypothese.

## OVER PRENATALE PSYCHOTHERAPIE EN PESSO-PSYCHOTHERAPIE

Daarnaast zoeken wij in ons werk expliciet naar heel vroege ervaringen in wat wij noemen de primaire levensfase van min negen tot plus negen maanden met zijn ontwikkelingsstadia en kritische fasen. Informatie hierover is in het lichaam, in de vorm van overmatige weke delen spanning en bewegingsblokkades, terug te vinden, ook bij volwassenen. Niet alle cliënten komen daarvoor, en niet allemaal kunnen ze daarmee werken.

Het is geen statische optelsom van feitelijke en subjectieve informatie van de cliënt uit diens levensgeschiedenis, maar een dynamisch zoekproces op lijfelijk niveau, in het hier en nu. Is de oorzaak prenataal? En wanneer dan prenataal: Wat kan er gebeurd zijn en op welk moment?

Het is een verrijking om in de therapie ook kennis mee te nemen uit de prenatale periode en te kijken naar drie dingen:

- naar hele vroege fysiologische patronen van shock tijdens de kritische fasen,
- naar spiertonus, houding en bewegingen die mogelijk verwijzen naar trauma's uit het prenatale leven,
- de structurele aspecten van een geboorte, de indaling, spildraai en uitdrijving.

### *Wat is het verschil tussen Shock en Trauma?*

Bij shock is er sprake van een totale overweldiging van lichaam en ziel met een directe inwerking op de functie van het organisme. De uitwerking daarvan blijft in het systeem aanwezig, op onbewust niveau. Het lichaam slaat dit op als fysiologische disfuncties in verschillende orgaansystemen. Shock komt overeen met wat in het traumacontinuüm ook wel 'freeze' of 'collapse' wordt genoemd.

Trauma is een zeer pijnlijke ervaring, maar die het afweermecanisme niet totaal overspoelt. De pijnlijke ervaring kan nog gehouden worden. Ook als een adequate reactie niet mogelijk is, is 'fight' en 'flight' nog een mogelijke verdediging tegen of verbetering van de situatie (Emerson, 2000; Drescher-Schwartz, 2011).

In het model waarmee wij werken gaan we er van uit dat deze shockpatronen van prenatale stress heel vroeg geprogrammeerd worden. Hierdoor is het mogelijk dat baby's al heel vroeg dit soort shockervaringen, die leiden tot contractie (spanning) in de foetus (op celniveau), in zich hebben.

OVER PRENATALE PSYCHOTHERAPIE  
EN PESSO-PSYCHOTHERAPIE

Dit concept van het ‘umbilical affect’ gaat over het geheel van bewuste en onbewuste emoties van de moeder die via de navelstreng bij de foetus terecht komen. In wetenschappelijke termen wordt dit dan geoperationaliseerd in onderzoek naar angsten, depressie en stress bij de moeder tijdens de zwangerschap en de uitwerking daarvan op de ontwikkeling van de foetus en de baby.

In wetenschapskringen wordt deze prenatale stress ‘maternale stress’ genoemd, stress van de moeder zoals die doorwerkt op de baby. Dat kan via de nervus vagus zijn of via het HPA-systeem<sup>7</sup>. In ieder geval via fysiologische mechanismen. In 2000 is over prenatale stress (en angst) en de invloed ervan op het zich snel ontwikkelende brein van de foetus en het jonge kind, een dissertatie verschenen (Huizink, 2000)(4). Aanleiding was het gegeven dat dertien tot zestien procent van de jonge kinderen een ontwikkelingsachterstand en/of gedragsproblemen heeft.

Ook het onderzoek van de neuropsychoanalyticus Schore (1994, 2003) bevestigt dit.

Ik geef een voorbeeld van een shockervaring: Een van mijn cliënten kwam met het idee ‘Ik wil vandaag rond mijn conceptie werken’. Dat was natuurlijk een voorgeprogrammeerd idee, te cerebraal, en dat was niet wat er zich op dat moment in haar lichaam voordeed. De cursiste zat met ingedrukte borst, schouders omhoog en naar voren. Aan haar houding zag ik dat er veel spanning in haar borstkas was rond haar hartchakra. Ik maakte haar hier op attent, door mijn waarneming te benoemen. Zij beaamde het gevoel van spanning en zei toen: ‘wat ik eigenlijk zou willen doen is wegkruipen en dan plotseling tevoorschijn komen’.

Eerder noemde ik het belang van het ‘umbilical affect’. In het ontwikkelingsmodel waarmee wij werken (Verdult en Sroecken, 2010) onderscheiden we zeven kritische perioden. Dit zijn perioden van verhoogde kwetsbaarheid voor stress, trauma of shock: de conceptie, de innesteling (zeven à tien dagen na de conceptie), het ‘discovery moment’ en het ‘umbilical affect’. De geboorte is de vijfde kritische periode en de zesde en zevende perioden zijn ná de geboorte: het ‘inprentingsmoment’ direct na de geboorte en de psychologische geboorte rond de negende maand.

---

<sup>7</sup> Het HPA-systeem is de Hypothalamus-Pituitarary-Adrenal as. Ook wel stress-as genoemd. Deze speelt tijdens de pre- en postnatale ontwikkeling een belangrijke rol.

OVER PRENATALE PSYCHOTHERAPIE  
EN PESSO-PSYCHOTHERAPIE

Mijn hypothese was (op grond van biografische gegevens en eerder werk) dat het hier om het ‘discovery moment’<sup>8</sup> ging. Dat is het moment van de intense ontdekking van moeder dat ze zwanger is (circa zes weken na de conceptie). De emoties van de moeder zetten zich in het embryo vast, in het gebied rond het hart. Je moet hiervoor weet hebben hoe het hart zich ontwikkelt in de embryonale fase. Wanneer de vrouw ontdekt dat ze zwanger is, laat dat zijn weerslag na in de hartchakra, in het gebied achter het borstbeen. Deze cursist was een ongewenst kind en het zwanger zijn riep bij de moeder veel negatieve spanning op. Dit vertaalt zich naar het ongeboren leven. Het kernmechanisme van cellen is, dat ze op het moment dat ze zich bedreigd voelen, in contractie gaan. Ook de omliggende gebieden worden meegenomen, zoals nek en schouders.

*Dit doet mij denken aan de hardnekkige lichamelijke klachten van een cliënt (zie vignet).*

*Simon is de eerstgeborene van een identieke tweeling. Moeder mist niet dat ze zwanger was van een tweeling. Voorafgaande aan de zwangerschap kreeg zij drie keer een miskraam. Moeder werkte in de prostitutie, rookte en dronk. De tweeling werd twee maanden te vroeg geboren. Simon (40 jaar) bracht de eerste twee maanden na zijn geboorte door in de couveuse, zijn broer vijf. Moeder werd depressief na de bevalling. Lichamelijke klachten: veel spanning in zijn nek en schouders, pijn onder zijn voeten, overstrekken van zijn armen (schrapp zetten) als hij gaat slapen, spanning rond de mond, geen energie voelen. Tijdens de sessies is hij vaak misselijk en geeft hij over. Simon is verslavingsgevoelig. Hij heeft de neiging zich op te sluiten in huis: gordijnen dicht, deuren dicht, angst dat er iemand onverwachts aanbelt en een appel op hem doet. Het liefst trekt hij zich terug in zijn waterbed, in een cocon, zou er dan niet willen zijn.*  
*Zie voor de beschrijving van een deel van een structure hierna.*

Het probleem is dat je nooit, zonder de persoon gezien te hebben, kunt zeggen, dit duidt in een bepaalde richting. Maar als ik het verhaal zo hoor van jouw cliënt, dan maak ik daar een aantal zaken uit op die ik als therapeut als werkhypothese zou houden. Prenataal lijkt me dat er sprake is

---

<sup>8</sup> Zie voor uitgebreide informatie hieromtrent het boek ‘Mijn baby is ontoestbaar’ van Rien Verdult en Gaby Stroecken (2010).



OVER PRENATALE PSYCHOTHERAPIE  
EN PESSO-PSYCHOTHERAPIE

van een toxisch ‘umbilical affect’. Zowel de mogelijke onverwerkte rouwgevoelens, als ook haar middelengebruik kunnen de foetussen sterk belast hebben. Daarnaast is er de geboorte van een tweeling. In zijn algemeenheid kun je zeggen dat tweelingengeboortes vaak gecompliceerder zijn. Ik zou jouw cliënt eerst moeten zien en met hem hebben gewerkt. Ik zou meer gegevens willen hebben over de mogelijke trauma’s tijdens het geboorteproces (de structurele aspecten van de geboorte): is er op het lichaam informatie terug te vinden over hoe de indaling is verlopen, hoe de spildraai is geweest en de uitdrijving? Dat kan door het-eroanamnese en als dat niet mogelijk is, dan zijn resten van geboortetrauma terug te vinden op het lichaam.

Bovendien kun je een hypothese maken rondom de omstandigheden rond de zwangerschap en vroeggeboorte. Moeder kreeg drie keer een miskraam. Dat betekent verlieservaringen en rouw, die doorgewerkt kunnen hebben op de foetussen. Het feit van niet weten dat er een tweeling is, betekent dat de moeder zich ook maar op één baby ingesteld heeft, wat mogelijk tot gevoelens van afwijzing heeft geleid bij één of beide foetussen. Daarbij komt bij te vroeg geboren tweelingen de gigantische onthechting doordat beiden apart in een couveuse komen en niet bij de moeder. De baby’s missen het ‘inprentingmoment’. En met name dat kan niet anders dan een enorme traumatische scheiding voor het kind zijn geweest. Premature baby’s zijn niet ‘af’, ook dat is terug te vinden in het lichaam. Bij tweelingen heb je bovendien dat degene die het eerst geboren wordt, heel goed gevoeld kan hebben de ander achter te laten. Prenataal onderzoek heeft laten zien dat tweelingen al in de baarmoeder non-verbaal ‘communiceren’. Dat valt ineens weg (Piontelli, 1992). Het abrupt stoppen van het non-verbale communiceren is mede afhankelijk van de tijd die tussen beide geboorten zit. Tegenwoordig worden om die reden tweelingen vaak samen in een couveuse gelegd. Jouw cliënt kan heel goed het gevoel hebben gehad (en wat opgeslagen werd in het onbewuste) dat hij is geboren en dat de ander er niet meer is. Je krijgt dan een survivors-beeld, hetgeen terug te vinden is in het lichaam. Het kan ook zijn dat er prenataal al iets is gebeurd, wat wij in ons model het, eerder genoemde, umbilical-affect noemen: dat wat er via de navelstreng aan emoties, vooral angst, van de moeder is binnengekomen. Ook roken en drinken heeft effect op de ongeborene. Je noemt dat hij verslavingsgevoelig is. Verslaving heeft veelal prenatale wortels. Het kan zijn dat er heel veel deprivatie geweest is: niet genoeg gekregen

OVER PRENATALE PSYCHOTHERAPIE  
EN PESSO-PSYCHOTHERAPIE

hebben, hetgeen resulteert in: ik wil opnemen, opnemen om altijd maar dat gemis te compenseren. Het kan ook zijn dat de verslaving een directe recapitulatie is van een umbilical-affect in vergiftigende zin in plaats van in depriverende zin. Dat de verslaving zelf een manier is om direct te recapituleren, telkens opnieuw dezelfde vergiftiging te herhalen en daarmee voortdurend jezelf te ondermijnen. Dat zou je moeten kunnen zien aan mondbewegingen. Als hij steeds zijn tong tegen zijn tanden aandrukt en spanning rond zijn mond voelt, lijkt dat op iets van teruggeven. Als je dat zou versterken, ook een overeenkomst in werkwijze met PESSO, lijkt het erop alsof je met kracht je tong uit je mond wilt gooien. Het beeld van terug willen geven lijkt meer op een toxisch umbilical-affect. Mensen die meer emotioneel tekort zijn gekomen hebben meer de behoefte om te zuigen. Als we met baby'tjes werken kijken we ook naar de manier waarop ze zuigen en de mondbewegingen.

Dit is ook een raakpunt met PESSO, die uitgaat van de vijf basisbehoeften, waarvan voeding er één is. De mond en de navelstreng zijn allebei lichaamsdelen waarmee wij gevoed worden. Via de navelstreng zijn wij niet alleen gevoed met bouwstoffen zoals eiwitten en suikers, om te groeien, maar we hebben daarlangs ook heel veel emotie in ons ongeboren lijf in ontwikkeling gekregen. Die intense uitwisseling noemen we affect-flow.

Een voorbeeld daarvan op volwassen leeftijd: als bij heftig verdriet in de volwassene de buik gaat fibrilleren en de behoefte bestaat aan een hand op de buik, kun je dit opvatten als 'ik ben vergiftigd geweest dus moet het nu buiten blijven.' Dat kan, maar ook andere interpretaties zijn mogelijk. Het is de cliënt die de informatie hierover in zijn lichaam heeft opgeslagen. De betekenis van de hand geeft de cliënt.

*Simon neemt al genuïne tijd deel aan de maandelijkse weekendgroep. Hij is zeer gemotiveerd en vastbesloten, zoals hij het zelf verwoordt, 'tot op de bodem te gaan'. Hij ervaart de groep als heel veilig, waardoor veel mogelijk is. Daarnaast maakt hij periodes gebruik van individuele therapiesessies.*

*Verscheidene thema's komen aan de orde, zoals het afrekenen met negatieve delen van moeder, vader en stiefvader, holes in roles structures in relatie tot moeder, zich toevertrouwen aan ideale ouders. Maar ook de herhaling van het aangaan van voor hem destructieve relaties is een steeds terugkerend onderwerp. Zo heeft hij onder andere het destructieve contact met zijn tweelingbroer tijdelijk stopgezet en heeft hij besloten even geen intieme relaties met vrouwen aan te gaan totdat hem duidelijk is wat hij in deze*

OVER PRENATALE PSYCHOTHERAPIE  
EN PESSO-PSYCHOTHERAPIE

*relaties zoekt en waardoor ze steeds negatief eindigen. Zijn dagelijkse leven heeft hij echter steeds beter op orde. Zijn werk in de jeugdhulpverlening doet Simon goed, hij is geliefd bij de bewoners, een zeer geziene collega en wordt geprezen door de leiding om zijn actieve en positieve inbreng. Hij is gestopt met roken en drinkt al geruime tijd niet meer.*

*Sinds kort heeft hij een klein eigen huisje, zodat hij dichterbij zijn dochtertje woont en zijn vaderrol voor haar kan uitbreiden. Hij geniet hiervan.*

*Hardnekkig zijn echter zijn lichamelijke klachten (zie bovenstaand vignet) die juist op de voorgrond treden als hij 'niets meer hoeft' en in principe rust in zijn lichaam zou kunnen ervaren. Zelf benoemt hij dit als dat hij spanning opbouwt met name in zijn nek, achterhoofd, schouders (trekt zijn hoofd tussen zijn schouders) en heel druk wordt in zijn hoofd. Alsof er elk moment een appèl op hem kan worden gedaan.*

*Fragment van een structure van Simon:*

*In de structure maakt een vrouwelijke rolfiguur contact met de spanning in het overgangsgedrag tussen nek en achterhoofd. Zijn lichaam buigt zich in foetushouding en hij zegt (huilend) te willen gaan liggen op zijn zij.*

*Er komt een uitbreiding van de contactpersoon (ook een vrouw) die contact maakt met de pijn in zijn voetzolen.*

*S: Ik voel me klein worden, alsof mijn lichaam krimpt.*

*T: Hoe klein? S: Heel klein. Alsof ik nog niet geboren ben.*

*T: De rol van contactpersoon en uitbreiding lijkt te veranderen. S: (huilt nog steeds) Ja.*

*T: Zal de contactpersoon de rol op zich nemen van een ideale moeder, die als ze er toen was geweest, jou met liefde negen maanden in zich had gedragen? Een ideale moeder met een ideale baarmoeder. S: (het huilen wordt sterker) Ja. De contactpersoon neemt de rol op zich en gaat op aanwijzing van Simon achter tegen zijn rug aanliggen, met één hand tegen zijn achterhoofd aan en één hand op zijn ontblote buik. De uitbreiding blijft contact maken met de onderkant van zijn voeten.*

*Zijn lichaam maakt schokkende onwillekeurige bewegingen die hij niet kan onderdrukken.*

*T: Laat die bewegingen maar gaan. Blijf er maar bij en volg je lichaam in wat het wil.*

*Plotseling zegt hij: Ik voel een hele sterke neiging mijn rechterarm omhoog te steken.*

*T: Doe maar.*

*Hij steekt zijn arm omhoog en wil dat iemand daar contact mee maakt. Er komt nog een uitbreiding van de contactpersoon in de rol. Op het moment dat deze contact maakt met zijn hand, trekt Simon zijn arm terug en zegt: Nee dit wil ik niet, ik wil er nog niet uit.*

OVER PRENATALE PSYCHOTHERAPIE  
EN PESSO-PSYCHOTHERAPIE

T: Dat contact lijkt een onderdeel te zijn van een negatief deel van een contactpersoon.

S: Ja. Het voelde alsof er aan me getrokken werd (huilt angstig). Ik wil er nog niet uit.

Het negatieve deel van de contactpersoon wordt in de ruimte gesymboliseerd.

S. huilt angstig en schokt over zijn hele lichaam. Hij heeft het koud en er komt een deken over hem heen te liggen en kussens aan voorkant en onderkant van zijn lichaam als een uitbreiding van een ideale baarmoeder.

Het duurt een hele tijd voordat het schokken ophoudt.

S: Ik wil nog meer in elkaar.

T: Wat zou je willen voelen en horen van je ideale moeder?

S: Dat ze me nog meer bij elkaar houdt en zegt dat ze mij negen maanden bij zich had gedragen. Dat ik nog kan groeien in haar.

T: Een ideale moeder houdt je vanzelfsprekend bij elkaar en heeft voldoende vertrouwen in haar lijf dat ze jou negen maanden bij zich kan dragen en had gedragen en ze heeft voldoende vertrouwen in jou dat jijzelf voelt wanneer je geboren wilt worden. Niemand wil langer dan negen maanden in z'n moeder blijven. Mag ik je een suggestie doen?

S: Ja.

T: Hoe klinkt het voor jou als ze zegt: Ik hoef je niet te zien om te weten dat je er bent. Ik ben heel benieuwd naar je en ik heb er vertrouwen in dat jouw lijf weet wanneer je mijn lichaam wilt verlaten.

S: (huilt z'n oude pijn) Ja, zo had het moeten gaan.

De ideale moeder herhaalt de woorden.

Simon huilt intens (trauma huilen), het schokken stopt langzaam. Er is nog tijd genoeg om deze positieve ervaring in zich op te nemen. Na verloop van tijd stopt ook het huilen en moeten we gezien de tijd naar een afronding.

De rolpersonen ontrollen en noemen hun naam.

Simon ligt rustig op de zitzak met kussens en een deken om zich heen.

Daarna volgt er sharing voor wie dat wil. De groep is zichtbaar onder de indruk.

Het is stil en vredig in de ruimte. Woorden voegen op dit moment weinig toe.

Nadien geeft Simon woorden aan zijn ervaringen in de structure. Tijdens en na de structure was het voor het eerst heel rustig in zijn hoofd en voelde hij geen pijn meer in zijn nek en voeten.

In de weken daarna knapt hij de voorkamer in zijn huis op. Later zal blijken dat de ervaringen in deze structure het begin vormden van een langdurig proces van zich veilig kunnen gaan toevertrouwen en verbinden.

OVER PRENATALE PSYCHOTHERAPIE  
EN PESSO-PSYCHOTHERAPIE

*Pesso heeft zich in de afgelopen periode beziggehouden met een theorie rondom de generationele invloeden op de ontwikkeling van mensen (holes in roles).*

*Herken je deze aspecten ook in jullie werk en hoe kijken jullie vanuit je eigen model hier tegen aan?*

Dat Pesso spreekt over het generationele is nieuw voor mij. Daarover sprak hij niet in mijn tijd. Nog een raakvlak dus!

Wij hebben dat ook in ons model. Het is goed ons te realiseren dat de eicellen waaruit wij verwekt worden zijn aangelegd tijdens het prenatale leven van onze moeder. Dat deel van ons heeft dus geleefd in het lichaam van onze grootmoeder aan moederszijde. Wij veronderstellen dat de foetus niet alleen in het lichaam van de moeder is maar ook in haar psyche aanwezig is (zie ook het artikel van Pesso elders in dit nummer). De foetus voelt vaak meer over het onbewuste van de moeder dan de moeder zelf weet. Hoe haar ervaringen met vorige generaties in haar lichaam en geest zijn opgeslagen, werkt op een indirecte manier op de foetus door. Emerson noemt dit impermeation, het sijpelt door in de volgende generatie. Wat wij merken in het werken met baby's is, dat als vrouwen te snel zwanger zijn na een miskraam, ze het niet geuite verdriet dat zij in hun lijf hebben van de vorige zwangerschap doorgeven aan de baby. Die baby weet niet zo goed waar dat verdriet vandaan komt en kan het dan alleen maar op zichzelf betrekken. Bovendien kijkt de baby na de geboorte in depressieve ogen. Deze onbewuste patronen en ervaringen van de moeder zijn doorgegeven aan de baby. In therapie bij volwassenen zijn dit vaak hardnekkige patronen. Het thema: wat hoort bij mijn moeder en wat is van mij, moet doorgewerkt worden. Als dat niet gebeurt kunnen cliënten eindeloos in het verdriet blijven hangen.

Ik denk ook dat er een overeenkomst is met andere basisbehoeftes die Pesso beschrijft. Wat je ook terugziet in ons babywerk is het belang van een eigen plek.

De baarmoeder is een eigen plek, in optima forma, maar als die 'vervuild' wordt door je moeder, dan heb je geen eigen plek meer. Er ontstaat dan al een tekort en gemis. De vervulling of frustratie van alle basisbehoeftes bevinden zich immers al voor de geboorte in de baarmoeder.

Een kind komt niet als een onbeschreven blad op de wereld. Het heeft tal van vaardigheden vooraf en een foetaal geheugen. Dat begint men in wetenschapskringen nu wel te onderkennen (Perry, 2005; Ledoux, 2002,

OVER PRENATALE PSYCHOTHERAPIE  
EN PESSO-PSYCHOTHERAPIE

2003; Grawe, 2004). Prenatale stress wordt nu al uitgebreid onderzocht, maar men heeft nog te weinig in de gaten welke gigantische consequenties dit alles heeft voor de postnatale ontwikkeling. Hoe jonger hoe kwetsbaarder. Een embryo is als een spons, het zuigt alles op en dit heeft gevolgen voor de ontwikkeling van de hersenen van het ongeboren leven tijdens de zwangerschap. Frank Lake (1980. In: Maret, 1997) noemt dat: 'een foetus wordt gemarineerd in zijn moeder, door haar emoties.' Dit gaat tot in elke porie, elke vezel, elke cel. Dat geeft dus tegelijkertijd aan welk een enorme impact die prenatale ervaringen hebben op ons postnataal functioneren, in de eerste plaats op de hechting postnataal.

Pesso zou zeggen dat je eigen plek belangrijk is. Waar gaat de implantatie (het innestelen) anders over dan een plek vinden, die je dringend moet vinden omdat anders je energie opraakt en je ruimte te klein wordt. Je zit nog in je ei en de celdeling gaat door en er komt dus steeds minder ruimte. Er komt praktisch geen voedsel bij dus je energie raakt op. Dan komt er een moment van innestelen, dus het embryo in wording komt 'uit het ei'. Dan moet je als cellen bij elkaar blijven als blastocyt en moet je zorgen dat je een plek vindt in de baarmoederwand. Het gaat over: ik moet op tijd op een vruchtbare bodem terechtkomen. Maar niet alle baarmoeders zijn even ontvangtbereid, en als die niet ontvangtbereid zijn betekent dit dat het pregnancy-factor-hormone laag is, dat de doorbloeding misschien wat minder is. Dan land je op een baarmoederwand die helemaal niet optimaal ontvangtbereid is.

Bij baby'tjes zie je bijvoorbeeld als ze een implantatietrauma hebben, dat ze wroeten en wringen, die baby'tjes willen nog in de moeder kruipen. Dat is niet zomaar er contact mee zoeken. Ze maken dan heel vaak via het voorhoofd contact.

*Dat is bij Pesso tijdens de antidote de plek van 'de genade': het is goed. Dat lijkt dus een andere interpretatie van lichaamssignalen dan in de Pessotherapie.*

Het begrip antidote is ook nieuw voor mij. Dat is dus een positieve ervaring.

Emerson heeft uitgepuzzeld dat de cellen waarmee wij ingenesteld zijn migreren en dat die uiteindelijk in het voorhoofd terechtkomen. Die baby'tjes zoeken op een heel specifieke manier contact met de moeder. En dan zie je bijvoorbeeld de ambivalentie in de baby die bewegingen

OVER PRENATALE PSYCHOTHERAPIE  
EN PESSO-PSYCHOTHERAPIE

maakt: erin, eruit, erin, eruit... Bij volwassenen kun je dit beeld ook terugzien.

Een voorbeeld (aan de hand van een video):

Elise was zeven maanden toen ze bij ons in therapie kwam. Haar moeder had geen goed gevoel bij het contact met haar baby. Al snel werd tijdens observaties duidelijk dat Elise veel ambivalentie in zich had in de interactie met haar moeder. Ze trok haar moeder aan, stootte haar ook weer af; ze zocht troost, maar wou ook weer niet getroost worden; ze keek voortdurend weg. In de vierde sessie werd Elise boos; ze huilde intens en in haar huilen klonk duidelijk boosheid door. Ze kroop naar haar moeder en het leek alsof ze in haar wilde kruipen. Zeker vijftien minuten lang legde ze afwisselend haar hoofdje in de schoot van haar moeder, probeerde in haar te kruipen en ging dan weer even boos huilend rechtop zitten. Dit herhaalde zich meerdere malen. Wij vroegen aan Elises moeder hoe het voor haar was geweest om te ontdekken dat ze zwanger was. Ze was verbaasd over onze vraag, maar antwoordde oprecht: 'mijn eerste reactie was ontzetting. Ik wou geen vierde kind, voor mij was ons gezin compleet. Tijdens een goed gesprek met mijn man hebben we toch besloten het kindje te houden, maar ik heb toch nog een hele periode mijn twijfels gehouden. Als ik erop terugkijk, dan heb ik pas laat in de zwangerschap mijn kind volledig geaccepteerd. Maar nu ben ik nog steeds blij met onze beslissing.' Elises gedrag was voor ons duidelijk een uitdrukking van de ambivalentie die haar moeder vroeg in de zwangerschap ervaren had. Elise had ons op dat spoor gebracht en ons de weg gewezen (Bron: Verdult, 2010)

Je moet dus heel precies en nauwkeurig kijken, ook naar alle andere signalen, precies nagaan wat de baby doet. Het steekt heel nauw. Anders loop je de kans om met de uitdrijvingsfase van de geboorte bezig te zijn, in plaats van met de stresservaring van het zich moeilijk kunnen nestelen.

Daarom werken wij ook met z'n tweeën, vooral bij baby's. Met z'n tweeën zie je meer dan alleen. Bovendien moet de moeder ook geobserveerd worden.

*Volgens Swaab (2010) is er een delicaat samenspel nodig tussen moeder en kind om de baring optimaal te laten verlopen. Is er een hersenontwikkelingsstoornis, dan kan het kind zijn essentiële rol bij de baring niet spelen. Hij zegt hierover dat het even wennen is, maar dat de inspraak van het kind al bij de geboorte begint (5).*

OVER PRENATALE PSYCHOTHERAPIE  
EN PESSO-PSYCHOTHERAPIE

De baby zet het geboorteproses in gang. Hij bepaalt wanneer het moment gekomen is om geboren te worden. Dan treedt er een subtiel proces van hormonale uitwisseling tussen foetus en moeder op. In die zin zou je kunnen zeggen dat Swaab gelijk heeft.

Er kunnen bij de geboorte heel wat fysiologische problemen optreden, die een grote emotionele uitwerking kunnen hebben. Indalen, spildraaien en uitdrijven zijn voor de baby heel subtiële processen.

Wat betreft de problemen die kunnen optreden bij de uitdrijving heeft Emerson bijvoorbeeld uitgerekend dat de kracht van weeën als je die vertaalt naar volwassen niveau, overeenkomt met iemand van tachtig kilo die op je hoofd staat te springen. De schedel is weliswaar heel flexibel maar daar zit wel een grens aan. Als je schedel teveel ingeduwd wordt, heeft dit invloed op de membranen en de hersenen. Als je vastzit in het geboortekanaal in het eerste stadium van de uitdrijving, komt de baby over het promontorium<sup>9</sup> en valt dan in het 'lepeltje' (sacrum) met de kin op de borst tegen het uiteinde van het sacrum aan. Als de baby op dat moment vast komt te zitten en er wordt van buitenaf geduwd op de buik, dan gaat de baby in contractie - er komt een gigantische angst in de baby - en het lichaam trekt samen. Met het duwen op de buik bereik je niet wat je wilt dat er gebeurt, namelijk dat de baby op zijn eigen tijd zelfstandig zijn weg vindt door het geboortekanaal. Want dan wordt er al heel snel overgegaan naar medische interventies, zoals tangverlossing, keizersnede of vacuümpomp. Als baby's niet de tijd hebben gekregen de inwendige spildraai op een natuurlijke manier te maken, dan is dat terug te vinden op het lichaam van de pasgeborene. Er kan sprake zijn geweest van een zogenaamde zigzag spildraai, overrotatie of een getrapte spildraai. Bij deze laatste komt de baby eerst vast te zitten op de oogkas, gaat dan een beetje terug, en zit dan vast op het jukbeen, gaat weer een beetje terug en zit uiteindelijk vast op het neusje.

Dit kan allemaal trauma zijn en stress veroorzaken.

Vastzitten is een van de meest aangrijpende geboortetrauma's. Een baby dient gewoon even de tijd te krijgen als hij vastzit. Vaak wordt ze de tijd niet gegeven om hun eigen proces te volgen. Het is ook een voorbeeld van te weinig vertrouwen hebben in de baby en zijn van nature aanwezige mogelijkheden. Dit alles laat gedetailleerde patronen achter bij de baby.

---

<sup>9</sup> het promontorium is de overgang van de laatste lendenwervel met het heiligbeen (sacrum)



OVER PRENATALE PSYCHOTHERAPIE  
EN PESSO-PSYCHOTHERAPIE

Tijdens de uitdrijving drukt het voorhoofd tegen het sacrum. Als een baby op dit punt heeft vastgezet, kan het heel veel signalen hier geven tijdens de behandeling. Soms zegt de moeder: hij had daar een vlekje toen hij geboren werd. Dat is dan geen implantatie maar dat duidt op een uitdrijvingsprobleem. Dit soort patronen, dat is ook de ontdekking van Emerson, laten een indruk in het lichaam achter en kunnen een leven lang mee gaan en als die patronen (trauma's) niet verwerkt worden dan blijft de energie ervan in het lichaam bestaan, tot op volwassen niveau. Dat is een beetje Reichiaans. De energie (spanning) die met het trauma samenhangt blijft in het lichaam zitten.

Het belangrijkste in de opleiding tot babytherapeut is het kijken naar de signalen, waar gaat deze beweging, deze energie naar toe? Niet elk probleem verwijst naar prenatale trauma's, maar we weten wel dat als de geboorte gecompliceerd verlopen is, de kans heel groot is dat er prenatale traumatisering aan vooraf is gegaan. Trauma's hebben de neiging zich te herhalen en te versterken en dan is het belangrijk om bij emotioneel belaste baby's naar twee verschillende shockpatronen te kijken.

Enerzijds is er het parasympathisch patroon. Deze baby's zijn ogenschijnlijk rustig (brave baby's), te stil, niet levendig, ze vermijden oogcontact. Als je de tonus van hun spieren test, lijken deze zeer gespannen te zijn. Deze symptomen zie je ook vaak bij volwassenen nog weer terug.

Anderzijds zijn er baby's die te veel huilen en heel rusteloos zijn. Ze vertonen de volgende kenmerken: bewegingen zijn ongecoördineerd, de voetjes schuiven constant over elkaar, ze overstrekken zich, ze kunnen moeilijk hun aandacht vasthouden en zijn heel alert. Bij deze baby's is het stresssysteem zo overbelast dat de sympathische tak van het autonome zenuwstelsel permanent in de 'overdrive' staat. Op volwassen leeftijd zijn deze kenmerken te vergelijken met die van het posttraumatisch stressyndroom.

En zo komen we in ons gesprek van het één op het ander. Wat een hoeveelheid aan kennis is er aan het ontstaan over dit onderwerp. We zouden nog uren door kunnen praten, maar helaas is het tijd om afscheid te nemen. Ik vertrek met een rijk gevoel en een veelheid aan informatie, teveel voor één artikel. Wellicht kan ik in een volgend artikel andere aspecten uit ons gesprek uitwerken.

## Terugblik en conclusies

*‘Genetisch gezien hebben we een lichaam gekregen, maar we vormen ook dat lichaam door middel van onze ervaringen en de wijze waarop we ons zelf gebruiken. De mens heeft hersenen die na de geboorte doorgaan met groeien en onze ervaring beïnvloedt haar vorm.’*

*(Embodying Experience, Stanley Keleman, 1999)*

Er is al bijna een jaar verstreken sinds ik het interview met Gaby en Rien had en nog steeds denk ik er vrijwel dagelijks met een goed gevoel aan terug. Niet alleen omdat het schrijven en uitwerken van het interview mij erbij bepaalde en ook niet in de eerste plaats omdat mijn nieuwsgierigheid naar de pre- en perinatale psychologie mij uitnodigde er veel over te lezen.

Nee, het zijn vooral de ervaringen van mijn cliënten in hun structures die mij bezighielden. Flarden van structures dwarrelden door mijn hoofd en ik vroeg mij af of ik bij sommige cliënten niet tekort was geschoten. Had ik ze genoeg ruimte en tijd gegeven te vertrouwen op hun ‘lijfelijk weten’? Had ik hun lijfelijke wijsheid wel serieus genomen? Was mijn interpretatie van hun lichaamstaal de juiste geweest?

In mijn werk met mensen met vroege stoornissen hebben enkelen een psychiatrische voorgeschiedenis met veelvuldige opnames, inclusief isoleercel, als maatregel tegen suïcidaal gedrag en/of suïcidepogingen. Schrijnende geschiedenissen en weinig mogelijkheden tot veilige hechting. Met als gevolg problemen op alle levensgebieden.

Sommigen zijn ‘psychosomatisch gedissocieerd’ waardoor ze moeilijk in contact staan met lijfelijke informatie, met andere woorden, vervreemd zijn geraakt van zichzelf. Daardoor dreigt de therapie vaak te veel in woorden te blijven hangen. Inzicht over hoe hun leven is verlopen komt er dan wel, maar inzicht alleen is niet genoeg. De weerstand blijft hoog.

Niet iedereen is, ondanks zijn kinderjaren met vele trauma’s, zo sensitief en emotioneel hoogbegaafd als Simon. Maar een ieder heeft wel recht om de mogelijkheid te krijgen om zich veilig te verbinden. De mogelijkheid tot hechten verliezen we nooit, omdat we dit in onze genen hebben meegekregen.

En hoe is het dit afgelopen jaar met Simon gegaan? Hij doorliep een proces met heel diepe emotionele ervaringen. Onlangs vertrouwde hij mij toe: ‘Het voelde als een vrije val, waarin het was alsof ‘ik duizend doden stierf’. Maar de levenslijn met jou bleef, in de vele sessies lijfelijk

OVER PRENATALE PSYCHOTHERAPIE  
EN PESSO-PSYCHOTHERAPIE

voelbaar, soms met de telefoon als metafoor voor een navelstreng. Zo nu en dan voel ik de bodem, lijfelijk. Dan wordt het warm heel diep onderin mijn lijf en dat loopt via mijn rug omhoog naar boven op mijn hoofd. Dan is het eindelijk stil in mijn hoofd en dan voelt het goed'. In het dagelijkse leven komen er ook positieve herinneringen aan vroeger, zoals met zijn moeder beukenootjes zoeken in de natuur. Dan voelt hij ook weer energie in zijn lijf. Er zijn pieken en dalen, maar de dalen zijn niet meer zo diep. Soms is er ook verbazing. Dan hoor ik hem zeggen: 'Dat ik zeven jaar in therapie heb moeten zijn om nu pas te voelen dat ik me kan toevertrouwen. Dat ik dit wat ik nu voel niet eerder heb durven voelen'. Mijn antwoord: 'Gras groeit ook niet sneller als je eraan trekt'. We zijn op de goede weg, 'bodem vindend, in hoop en vertrouwen'.

Door dit interview en het mij verdiepen in de kennis over ons ongeboren leven, de geboorte en de therapeutische mogelijkheden, lukt het mij om met nog meer vertrouwen in de wijsheid van mijn cliënten achterover te leunen. Ik heb een nieuw en aanvullend model in mijn hoofd waarmee ik kijk naar structures en naar wat er gebeurt in het lichaam van de cliënt.

Wat ik ook heb geleerd is hoe belangrijk een gedetailleerd levensverhaal is, met inbegrip van kennis over de omstandigheden van vóór de geboorte, het verloop van de zwangerschap, de geboorte en de periode van vóór de taalontwikkeling. Nu is dit natuurlijk niet altijd mogelijk omdat óf moeder niet meer leeft óf niet in staat is hierop te antwoorden. Toch weten mensen wel iets uit verhalen of van overige familieleden. Bij jongere cliënten is een heteroanamnese aan te bevelen om een zo goed mogelijke hypothese te ontwikkelen.

Een ander belangrijk leerpunt is hoe belangrijk de lichaamstaal van mensen is. Ik merk hoe ik me tijdens een structure nog regelmatig laat afleiden door het verhaal van de cliënt en niet gefocust blijf op de lichaamstaal en iemand bij z'n lichaam bepaal.

Nog een punt wat ik belangrijk vond te horen was dat baby's weliswaar nog niet de beschikking hebben over taal en cognitie, maar toch de juiste weg zoeken en kunnen vinden op basis van hun lichaamsinformatie, mits er een passende interactie komt (vergelijk Pessa's shape-coutershape) op hun typische pijn en trauma huilen. In dit geval is het besef dat het in aanleg aanwezige principe van zelfsturing en zelforganisatie van de baby ook nog aanwezig is in de volwassene, zeer waardevol. Het geen woorden kunnen geven aan, wat ik vaak hoor van cliënten, is voor mij

## OVER PRENATALE PSYCHOTHERAPIE EN PESSO-PSYCHOTHERAPIE

minder belangrijk geworden. Voel eerst maar, de woorden komen wel. Volg je lijf maar, dat wijst je de weg.

Natuurlijk blijven er nog veel vragen voor mijzelf bestaan en voor de lezer waarschijnlijk ook.

Opbouwende kritische vragen en ideeën zijn dan ook zeer welkom.

Ik vertrouw erop dat de antwoorden op mijn vragen gaandeweg komen, niet alleen door de ervaringen met mijn cliënten, maar ook onderbouwd met onderzoek binnen de neurowetenschappen.

Natuurlijk is 'hoe' het werkt een belangrijke vraag. Zeker in deze tijd waarin het merendeel van ons therapeuten alles wat we doen moeten verantwoorden. Ik prijs me gelukkig dat ik dat vanwege mijn leeftijd, niet meer hoef. Voor mij geldt: Ervaring is nu eenmaal 'de moeder van alle wetenschappen' (De Cervantes, M.S., 1997/1605. In: T. van Uitert-Levy, 2001).

### **Tot slot**

De klus is af!! Maar zonder hulp van anderen was het niet ontstaan.

De welwillendheid, het enthousiasme en de openheid van Gaby Stoecken en Rien Verdult over hun werk hebben mijn nieuwsgierigheid naar wat er met ons gebeurde, toen we nog niet geboren waren, aangewakkerd. Ik dank hen voor het gastvrije onthaal in Gors-Opleeuw.

Ook dank aan mijn cliënten. Zonder hun moed mij getuige te laten zijn van hun diepste zielenroerselen, was ik waarschijnlijk niet gemotiveerd geraakt om kennis op te doen over het ongebooren leven. Zij wezen mij de weg met hun wijze lichaamstaal.

Door de motiverende, inhoudelijke opmerkingen en steun van Wim-Jan Trügg is het eindresultaat zoveel beter geworden. Tjeerd Jongsma wil ik bedanken voor zijn taalcorrecties en aanmoediging het artikel vooral af te schrijven. De positieve feedback tijdens het schrijven en het vele redigeerwerk van Mayke de Klerk waren hartverwarmend en zo helpend.

### **NOTEN**

1. Het oude paradigma werd het 'brain matter' paradigma genoemd. Het essentiële uitgangspunt hiervan is: hersenen zijn de voorwaarde voor cognitieve en emotionele ontwikkeling van de foetus en de boreling. Bij de conceptie is er 'niets' omdat er nog geen hersenvolume is en dus kan

OVER PRENATALE PSYCHOTHERAPIE  
EN PESSO-PSYCHOTHERAPIE

er ook geen psychisch leven zijn. Op basis van dit oude paradigma deden we verkeerde dingen met baby's. Voorbeelden hiervan zijn dat een baby veel moest huilen omdat dat goed zou zijn voor de longen; persoonlijke ervaringen die baby's zich kunnen herinneren werden ontkend; of ze werden ritueel besneden zonder verdoving. De laatste twee decennia ontwikkelde zich een nieuw paradigma. Dit werd het 'mind' paradigma genoemd. Voor meer informatie hierover verwijs ik naar o.a.... *'The mind of your newborn baby'* van David Chamberlain (1998).

2. In het artikel 'Pränatale Körpersprache: eine neue Perspektive auf uns selbst' (In *'Am Anfang des Lebens'*, 2011) schrijft Chamberlain dat er drie soorten lichaamsbewegingen (Körpersprache) zijn waar te nemen en te onderscheiden in:
  - Selbstinitiierte Bewegungen - Bewegingen door de foetus zelf geïnitieerd zoals buigen en strekken van armen en benen, hand tot hand bewegingen, hand-mond bewegingen, roterende bewegingen van de hele foetus, openen en sluiten van de mond, slikbewegingen, lachbewegingen, oogbewegingen tijdens de REM-fase.
  - Reactive Bewegungen - reactieve lichaamstaal wordt door een prikkel opgeroepen.  
Onderscheiden worden defensieve reacties bij bijvoorbeeld een vruchtwaterpunctie en reacties op storingen van buitenaf, door bijvoorbeeld harde geluiden.
  - Interactive soziale Bewegungen - deze zijn het best beschreven door Piontelli (1992) in haar tweelingenonderzoek.
3. In het laatste decennium heeft zich vanuit de infantresearch een nieuw model ontwikkeld (het biopsychosociaal model), waarin de functie van het Zelf centraal staat in de zin van zelforganisatie en zelfsturing. Deze twee begrippen zijn verwant.

Zelforganisatie duidt op het principe, dat het Zelf zich dynamisch aanpast aan een steeds veranderende omgeving. Dit gaat via processen van desorganisatie en reorganisatie in de richting van toenemende complexiteit en coherentie. Dit verloopt niet lineair.

Zelfsturing verwijst naar het principe dat het Zelf in de ontwikkeling steeds een actieve rol vervult in de interactie met de omgeving bij de organisatie en sturing van het handelen.

Met het Zelf wordt hierbij de instantie bedoeld die de psychische processen organiseert en stuurt (Stortelder & Ploegmakens-Burg, 2005).

OVER PRENATALE PSYCHOTHERAPIE  
EN PESSO-PSYCHOTHERAPIE

4. A.C. Huizink (2000), een 1<sup>ste</sup> dissertatie over 'Prenatal Stress and Its Effect on Infant Development'.

Onderzoek naar stress van de aanstaande moeder ten tijde van haar zwangerschap en de latere ontwikkeling van het kind tot acht maanden na de geboorte. Onderzoek naar de invloed van prenatale stress en angst (van de moeder) is onderschat. In dieronderzoek (ratten) blijkt dat stress van de moederrat een verhoogde cortisolproductie tot gevolg heeft die door de placenta heen dringt, en van invloed is op het HPA-systeem in het foetale brein van de ongeboren rat, en die na de geboorte gedragsproblemen geeft.

Ook het onderzoek van de neuropsychanalyticus Schore (1994, 2003) bevestigt dit.

5. Wanneer het groeiende kind in de baarmoeder registreert dat de moeder hem niet langer voldoende voeding kan geven (dalende glucosepiegel in de foetus), wordt de stress-as (HPA-as) in de hypothalamus van de foetus geactiveerd. De hersencellen in de hypothalamus van het kind in de baarmoeder reageren op de dalende glucosespiegel op eenzelfde wijze als zij later in de volwassenheid zullen reageren op een tekort aan voedsel. De bijnier wordt door ACTH (adreno-corticotropic hormoon) aangezet tot productie van cortisol. Hierdoor neemt het effect van progesteron uit de placenta af en neemt de oestrogenproductie toe. Dit maakt de baarmoeder gevoeliger voor oxytocine, waardoor de weeën gestimuleerd worden en de baring begint. De weeën leiden ertoe dat het hoofdje van het kind tegen de baarmoeder drukt. Dit wekt weer een reflex op die via het ruggenmerg van de moeder tot meer oxytocine leidt, waardoor het hoofdje nog sterker die reflex stimuleert. Aan deze regelkring kan het kind alleen ontsnappen door geboren te worden. Het kind speelt dus een actieve rol bij de geboorte (Swaab, 2010).

*Literatuur*

Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss. Vol.1: Attachment*. London: Hogarth Press.

Chamberlain, D. (1999). Babies don't feel pain: a century of denial in medicine. *Journal of Prenatal Perinatal Psychological Health*; 13: 145-69, 2001.

Chamberlain, D.(2009). *Windows on the womb*. Lezing op uitnodiging van de EVVP 'de Bakkerij'. Borgloon, 2009.

Cozolino, L.(2002). The Neuroscience of psychotherapy. Building and rebuilding the human brain. Norton, New York. *Tijdschrift voor psychiatrie* 46 (2004) 7, 486-487.

OVER PRENATALE PSYCHOTHERAPIE  
EN PESSO-PSYCHOTHERAPIE

Cozolino, L. (2006), *The Neuroscience of human relationships. Attachment and the developing social brain.* W.W. Norton & Company, New York/London. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 49 (2007) 7, 477-478.

Damasio, A.R. (1999), *The feeling of what happens: body and emotion in the making of the consciousness.* New York: Harcourt Brace.

Dixhoorn J.J. (1998), *Ontspanningsinstructie.* Maarssen: Elsevier/Bunge.

Drescher-Schwartz, R. (2011). Es spürt alles. In: Peter Schindler (hrsg), *Am Anfang des Lebens.* Schwabe; 2011, 189-211.

Emerson, W. (2000). Das verletzliche Ungeborene: Behandlungstechniken und Forschungsergebnisse. In: Harms, Th., *Auf die Welt gekommen.* Berlin: Ulrich Leutner Verlag.

Fonagy, P., Gergerly, G., Jurist, E., Target, M. (2002). *Affectregulation, mentalisation and the development of the self.* New York: Other press.

Grawe, K. (2004). *Neuropsychotherapie.* Göttingen: Hogrefe.

Huizink, A.J. (2000). *Prenatal Stress and its effect on Infant Development.* Utrecht: Doctorthesis University of Utrecht.

Janus, L. (2004). *Pränatale Psychologie und Psychotherapie.* Heidelberg: Mattes.

Janus, L. (2011). Die Geschichte der pränatalen Psychologie. In: Peter Schindler (hrsg), *Am Anfang des Lebens.* Schwabe; 2011, 15-29.

Kandel, E.R. (1999). Biology and the future of psychoanalysis: A new intellectual framework for psychiatry revised. *American Journal of Psychiatry*, 156, 505-524.

Ledoux, J. (1998). *The emotional brain.* London: Phoenix Books.

Ledoux, J. (2002). *The synaptic self. How our brains become who we are.* New York: Penguin Books.

Levine, P. A. (2007). *De tijger ontwaakt. Traumabehandeling met lichaamsgerichte therapie.* Haarlem: Altamira-Becht BV.

Litaert Peerbolte, M. (1979). *De foetale psyche. Inleiding tot de prenatale psychodynamica.* Antwerpen: Soethoudt.

OVER PRENATALE PSYCHOTHERAPIE  
EN PESSO-PSYCHOTHERAPIE

- Maret, S. (1997). *The prenatal person. Frank Lake's maternal-fetal distress syndrome*. New York: University Press of America, 1997.
- Nathanielsz, P. (1999). *Life in the womb. The origin of health and disease*. New York: Promethean Books.
- Ogden, P., Minton, K., Pain, C. (2006). *Trauma and the body, a sensorimotor approach to psychotherapy*. New York: W.W. Norton & Company, Inc.
- Panksepp, J. (1998). *Affective Neuroscience*. New York: Oxford University Press.
- Perry, B. (2005). The neurosequential model of therapeutics. In: Webb NB. *Working with Traumatized Children in Child Welfare*. New York: Guilford Press; 2005, 140163.
- Perquin, L. (2001). De Pessotherapie en de neurowetenschappen. In: *Tijdschrift voor Pessopsychotherapie*, 2001, jaargang 17, nummer 2.
- Pesso, A. (1990). *The effects of pre- and perinatal trauma*. Voordracht gehouden in Juni 1990.
- Piontelli, A. (1992). *Vom Fetus zum Kleinkind*, Stuttgart: Klett-Cotta; 1996.
- Polan, H.J. en Hofer, M.A. (1999). Psychobiological origins of infant attachment and separation responses. In: Cassidy J. en Shaver, Ph. *The handbook of attachment: theory, research and clinical applications*. London: Guilford Press.
- Prins, P., Braet, C., red. (2008). *Handboek klinische ontwikkelingspsychologie*. Houten: Bohn Stafleu van Lochum.
- Rank, O. (1924). *Das Trauma der Geburt*. Nachdruck. Giessen: Psychosozial Verlag, 1998.
- Rutter, M. (2002). Development and Psychopathology. In: M. Rutter & E. Taylor (eds.), *Child and Adolescent Psychiatry* (pp.309-324). Oxford: Blackwell Publishing.
- Scarf, M. (2005). *Secrets, lies, betrayals: How the body holds the secrets of a life, and how to unlock them*. New York, Ballantine Books.
- Schindler, P. (2011). *Am Anfang des Lebens*. Neue körperpsychotherapeutische Erkenntnisse über unsere frühesten Prägungen durch Schwangerschaft und Geburt. Schwabe.
- Schore, A. (1994). *Affect regulation and the origin of the self: the neurobiology of development*.



OVER PRENATALE PSYCHOTHERAPIE  
EN PESSO-PSYCHOTHERAPIE

Ahwah, NJ: Erlbaum.

Schore, A. (2001). Minds in the Making: attachment, the self-organising brain and developmentally-oriented psychoanalytic psychotherapy. In: *British Journal of Psychotherapy*. 2001; 17: 431-463.

Schore A. (2003). De geest in ontwikkeling: hechting, het zelforganiserend brein en de op ontwikkeling gerichte psychoanalytische psychotherapie. *Toegang tot de psychotherapie*, 2003/1, 7-44.

Stern, D. (1986). *The interpersonal world of the infant. A view from developmental psychoanalysis and psychology*. New York: Basic Books.

Stotelder, F. en Ploegmakers-Burg, M. (2010). De ontwikkeling van het zelf. Een psychoanalytisch ontwikkelingsmodel van de infantresearch. In: *Tijdschrift de Knoop*, 2010/1, 15-22.

Stroecken, G. en Verdult, R.(2001). *Symbiose: prenatale hechting en kinderrechten*. Uitgegeven in eigen beheer.

Swaab, D. (2010). *Wij zijn ons brein. Van baarmoeder tot Alzheimer*. Amsterdam/Antwerpen: Contact.

Uitert-Levy, T. van (2001). Bij de beesten af. In: Red. H.Vos, L. Bos en F. Brook. *Dubbelspoor, over hechting en verslaving*. Dr. Kuno van Dijk Stichting; 2001, 15-33.

Upledger, J.E. en Vredevoogd, M.F.A. (1983). *Cranio Sacral Therapy*. Seattle: Eastland Press.

Upledger, J.E. (1990). *Somato Emotional Release and beyond*. Florida: Palm Beach Gardens.

Uvnäs Moberg, K. (2007). *De oxytocinefactor: Benut het hormoon van onthaasting, genezing en verbondenheid*. Amsterdam: Thoeoris.

Van den Bergh, B. en Marcoen, A. (2004). High antenatal maternal anxiety is related to ADHD symptoms, externalising problems and anxiety in 8-and 9-years-old. In: *Child development, 2004*.

Van den Bergh, B. (2007). De prenatale oorsprong van welvaartsziekten en gedragsproblemen. In: van Houdenhove, B. (2007). *Stress, het lijf en het brein*. LanooCampus, Leuven.

OVER PRENATALE PSYCHOTHERAPIE  
EN PESSO-PSYCHOTHERAPIE

- Verdult, R. (1998). De geboorte is niet het begin. *Tijdschrift voor vroedvrouwen*, 1998, 3.
- Verdult, R. (2004). De competente foetus: op weg naar hechting. *Tijdschrift voor vroedvrouwen*, 2004, 1, 15-20.
- Verdult, R. en Stroecken, G. (2004). Babytherapie: 'Spreken' met de baby. *Tijdschrift voor vroedvrouwen*, 2004, 3:132-135.
- Verdult, R. (2011). Die Neuverdrahtung des Gehirns. In: Peter Schindler (Hrsg.). *Am Anfang des Lebens*, 2011, 47-81. Schwabe.
- Verdult, R. en Stroecken, G. (2010). *Mijn baby is ontoestbaar: Over de belevingswereld van baby's*. Antwerpen: Witsand Uitgevers.
- Verny, Th. (2002). *Tomorrow's baby*. New York: Simon & Schuster.

# Woorden zijn niet genoeg

## *Aantekeningen bij Pesso Boyden System en andere psychomotore therapieën om veerkracht na trauma te herstellen*

IMAN BAARDMAN

*In dit artikel worden de mogelijke effecten beschreven van trauma naar aanleiding van geweld. Vervolgens wordt een aantal lichamelijke benaderingen uit de behandelpraktijk van de Pessomethode en de psychomotore therapie geschetst. Tot besluit volgt een aantal minimale kenmerken waar volgens mij een passende traumatherapie aan zou moeten voldoen.*

### **Effecten van trauma**

Bessel A. van der Kolk (2001) stelt het heel kort en bondig in een interview vlak na 11 september: 'Van trauma is pas sprake wanneer iemands fysieke integriteit dermate wordt bedreigd door bijvoorbeeld oorlogsgeweld, marteling, ernstige verwaarlozing, verkrachting, **dat zij/hij zichzelf op eigen kracht niet meer kan hernemen**'. En hij voegt er aan toe: 'En wie alle regie kwijt is, dus stuurloos en weerloos is, daar moet je geen goedbedoeld appèl op doen, daar moet je niet direct de inhoud van wat er aan de hand was en is op de voorgrond plaatsen, die moet je in je armen houden, wiegen, masseren; en zijn of haar lichaam tot kalmte brengen'

Wie vroeger de film 'Begrijp je nu waarom ik huil' heeft gezien, weet dat ook professor Bastiaans zijn KZ-syndroompatiënten in zijn armen nam wanneer ze vertelden over de verschrikkingen die zij hadden

---

*Iman Baardman* is sociaal psycholoog, geregistreerd psychotherapeut en leertherapeut, supervisor en trainer Pesso-psychotherapie. Hij was respectievelijk wetenschappelijk medewerker bij de vakgroep sociale psychologie van de V.U., psychotherapeut op neurosecentrum v/h Veluweland en tot zijn pensioen universitair docent bij de Faculteit der Bewegingswetenschappen van de V.U. Hij is gepromoveerd op 'ingebeelde lelijkheid' (body dysmorphic disorder).

meegemaakt.

Jaap Kool en Ad Kaasenbrood van psychotraumacentrum De Vonk, en Bas Schreuder, voormalig directeur van Centrum '45, en nu hoogleraar in Leiden en Nijmegen breiden het beeld verder uit: Wie zich niet kan hernemen is niet alleen weerloos, hulpeloos en stuurloos, maar blijft daarmee gevangen in het trauma. En dat houdt in: leven met extreme angsten en voortdurend bezig zijn om herbeleving van het trauma te vermijden, dus verkeren in een permanente staat van over-waakzaamheid, wat slopend is.

Ondanks dat vermijden van trauma-cues treden toch vaak indringende herinneringen op die zó levendig zijn dat ze als de werkelijkheid worden beleefd. Op De Vonk spreken ze wel van nacht- en dagmerries.

Vaak wordt men geteisterd door hallucinaties: men hoort stemmen, ziet beelden, krijgt bevelen. Het omgaan met gevoelens en impulsen is verstoord. Vooral problemen in het omgaan met agressie vallen daarbij op. Men maakt amok of is totaal verdoofd (numbing). Deze mensen lijden aan dissociatieve amnesie. Dat wil zeggen dat zij zich belangrijke aspecten van de traumatische situatie niet kunnen herinneren. Er is een hiaat geslagen in de doorlopende lijn van iemands levensgeschiedenis.

Voorts is de zelfwaarneming irreal: men gaat gebukt onder, van ons uit gezien onterechte, schuld (men heeft het overleefd), schaamte en hulpeloosheid.

Er zijn concentratieproblemen, versterkt door een verstoord dag/nachtritme, die ontstaan doordat slaap gelijk staat aan nachtmerries en wat wordt gecombineerd met de angst anderen uit hun slaap te halen door krijsend (soms om hun moeder), wakker te worden.

Op het vlak van sociale omgang zijn fundamentele problemen, die veel dieper gaan dan sociale angst of gebrek aan sociale vaardigheid. Hier gaat het erom dat men niemand durft te vertrouwen uit angst opnieuw slachtoffer te worden of juist slachtoffers te maken. Veelal zijn er psychosomatische klachten als hoofd-, rug-, nek- en gewrichtspijn en pijn op plaatsen waar men gefolterd is. Mensen zeggen: 'Mijn hele lichaam doet pijn'. Vaak is er sprake van onbeheersbaar trillen of andere richtingloze bewegingsonrust; alsof men het door en door koud heeft. Elke lezer kent dat. Na een narrow escape, bijvoorbeeld in het verkeer, kun je soms ineens over je hele lichaam trillen. Zij hebben dit onophoudelijk.

Er zijn problemen met zingeving, doordat waardevolle kernassumpties, zoals 'mensen zijn te vertrouwen', 'ik ben een waardevol burger', 'mij doen ze niets aan', 'de overheid biedt veiligheid' niet meer gelden. Dit is

## WOORDEN ZIJN NIET GENOEG

vergelijkbaar met een aardbeving; de onthutsende ervaring dat de aarde geen vaste grond meer is. Weerbaarheid en spankracht zijn sterk vermindert; zelfs de kleinste stappen om hulp te krijgen of al aangeboden hulp te verlengen kunnen niet worden gezet.

Ook lijdt men aan derealisatie: men is het besef van de werkelijkheid kwijt; men leeft in een waas; en depersonalisatie: men leeft niet in zijn lichaam.

### **Een lichaamsgerichte benadering**

Het beeld is duidelijk. Wanneer ik het bovenstaande orden naar kenmerken waar lichaams- en bewegingsgerichte therapie op kunnen aansluiten, kom ik op de volgende clusters.

- a) regie en controle  
aangeleerde hulpeloosheid op alle gebieden  
weerloosheid of afweerloosheid ('omnipotent openness')  
onbeheersbare motorische onrust (alsof men het permanent koud heeft)  
lichamelijke pijn (deze zou bij alle drie de clusters genoemd kunnen worden)
- b) lichaamsbeleving en depersonalisatie  
verstarring, verdoving  
hyperactiviteit  
dissociatie  
depersonalisatie
- c) impuls-regulatie  
omnipotente haat  
onbegrensd verdriet  
onbegrensde wanhoop  
extreme angst

### **Interventiemogelijkheden**

*De therapieruimte*

Alvorens te beschrijven hoe een lichaamgerichte therapie kan worden ingezet bij deze clusters van verschijnselen, is het passend om enkele opmerkingen te maken over de therapieruimte, waarin het proces plaatsvindt. De gymzaal met touwen, de ringen, de wandrekken, de stokken, de banken enz. is een plaats waar herbelevingen worden uitgelokt. Maar nu met het voordeel dat er andere reacties mogelijk zijn dan te dissociëren en te verstarren of ongecontroleerd uit te breken.

Zo vertelde Marja Zwart, psychomotorisch therapeute op De Vonk, van een slachtoffer die het inspannende materialenhok waar de bokszak hing, aanzag voor zijn cel en onmiddellijk verstarde. Marja heeft de man teruggevoerd en gekalmeerd, én hem opnieuw het hok laten betreden. Maar nu, om de verstarring te doorbreken, voortdurend stampvoetend, hem aanmoedigend steeds lichamelijk in actie te blijven.

Wie Bram de Winter, destijds als psychomotorisch therapeut werkend met volwassen geweldsslachtoffers, ooit op TV of video heeft gezien, weet dat hij de oorlogsslachtoffers in steeds angstaanjagender posities brengt. Hij biedt hen de mogelijkheid over een wiebelende bank te lopen die tussen een touwladder en een klimnet is opgehangen. Aanvankelijk vlak boven de grond; van lieverlee vele meters boven de grond. De opdracht is niet persé over die bank te lopen, maar steeds in contact te blijven met je lichaamsbeleving, en daarop je handelen af te stemmen. Wie verstart, zijn adem inhoudt, een droge mond krijgt, moet de overtocht niet wagen; en krijgt applaus wanneer hij er van afziet. Zo leert iemand weer vertrouwen op zijn lichaamssignalen. De ruimtelijke en fysieke prikkels worden niet meer direct geassocieerd met het trauma en er ontstaat ruimte voor een nieuw, vrijer perspectief.

Terug naar de clusters:

#### Cluster a Regie en controle

Het bovenstaande is al een voorbeeld hoe regie kan worden teruggewonnen. Een ander voorbeeld geeft Ruud Bosscher (1990). Om depressie, opgevat als manifestatie van aangeleerde hulpeloosheid, te bestrijden heeft hij aangetoond dat een twaalf weken durend runningprogramma effectief is. Waarschijnlijk geldt dit ook voor getraumatiseerde mensen, want ook bij hen is het idee controle over hun leven te hebben weggezakt. Joggen biedt afleiding, geeft het sociaal contact, contact met het eigen lichaam en er vindt verhoging van de endorfine-productie plaats, wat een gevoel van welbevinden oproept.

**Diane en Al Pessa** hebben vele oefeningen ontwikkeld om ‘het besef van regie’ weer op te bouwen. Ik denk aan gecontroleerde toenadering, planmatig bewegen, eigenlijk alle oefeningen waarbij anderen passend tegengedrag vertonen op de actie van de protagonist. Wat passend tegengedrag is, wordt daarbij geregisseerd door degene die werkt.

Ook met betrekking tot pijn, opgevat als spanning, valt met de Pessa-benadering te werken, uitgaande van het axioma dat spanning onvoltooid gedrag is. Door iemand te vragen vanuit die spanningspijn te bewegen en op die beweging een lijfelijke tegenbeweging (countershape) aan te bieden, kan de in de spanning verborgen actie tot stand komen en een gewenst proces in gang zetten.

Met motorische onrust kan de therapeut volgens hetzelfde principe te werk gaan.

De Pessa-therapeut kan ook zinvol werken aan het verschijnsel ‘omnipotente openheid’. Door ideale ouders en uitbreidingen daarvan in rollen te zetten kan men lichamelijke begrenzing aanbieden, waardoor zoveel veiligheid wordt gecreëerd dat bij de cliënt een gevoel van heerlijkheid ontstaat en zij/hij zijn gevoelens, meestal intens verdriet, de vrije loop laat.

Zo heb ik een keer een vrouw die zich rond haar twintigste in brand had gestoken, haar ‘fotoboek’ dat ze in Beverwijk hadden gemaakt, laten doornemen in de armen van ideale ouders (gesymboliseerd door haar medepatiënten). Ze rapporteerde later dat zij blij was dat ik dit doorgezet had en dat ze zich er door bevrijd en getroost voelde.

#### Cluster b Lichaamsbeleving en depersonalisatie

Zowel met betrekking tot verstarring als hyperarousal hebben Pat Ogden en Kekuni Minton (2006), Universiteit van Colorado, een behandeling beschreven onder de naam ‘Sensori motor Psychotherapy’: een effectief gebleken methode waarbij hyper- en hypoarousal worden teruggebracht tot een niveau waarbij geen dissociatie optreedt door de cliënt steeds uit te nodigen de lichamelijke gewaarwordingen op te sporen en te benoemen. Dit geeft een ontkoppeling van heftige emoties en funeste zelf-cognities. Vragen als ‘Waarom merk je die paniek?’ ‘Waar zit die verlamming het meest?’ ‘Traceer die impuls om je af te wenden.’ ‘Wat gebeurt er in je lichaam nu je je handen tot vuisten hebt gemaakt?’ helpen de cliënt om terug te komen in de ‘optimale arousal zone’. Als in beginsies de cliënt niet in staat is een ontkoppeling te maken tussen emoties, herbelevingen, verstarring of overwaakzaamheid, dan beschrijft de ther-

apéút wat hij ziet. ‘Je adem gaat sneller’, ‘je beeft, ga daar eens mee door tot je er schoon genoeg van hebt’, ‘je rechter been gaat op en neer’. Hij fungeert daarmee als *auxiliary cortex*, een hulpobserverend ego.

Dit is een frappante aanpak met veel raakvlakken met het werk dat we in ons land doen. Ik had het voorrecht enige tijd geleden Bram de Winter aan het werk te zien en Marja Zwart te interviewen. Hun benadering stoelt ook op het langs lijfelijke weg de cliënt leren wegblijven uit een dissociatieve toestand en/of op een ander leren vertrouwen. Bram de Winter werkt bijvoorbeeld via de genoemde opstelling met de steeds hoger hangende gymbank of met een hindernisbaan waar je zonder hulp en afspraken niet overheen komt.

#### Cluster c Impulsregulatie

Vele traumaslachtoffers zijn chronisch op hun hoede voor een impulsdoorbraak. Als ze hun haat zouden uiten, staan ze niet meer voor zichzelf in. Doordat de emoties niet geuit worden, maar weggedrukt, wordt de vrees voor een dergelijke onbegrensde impulsdoorbraak juist nog groter. Al Pesso maakt die vrees voor doorbraak aannemelijk door een mens op te vatten als bestaande uit één cel, waarvan door het traumatische geweld het membraan is vernield. Die cel - vol genetische informatie en intenties - is nu zowel weerloos tegen nieuw gevaar van buitenaf als tegen uitbarstingen van binnenuit. In de Pesso-psychotherapie stelt de therapeut in zo'n geval voor om de intense woede lijfelijk te uiten in lichamelijk tegendruk biedend contact met positieve accommodatoren. De protagonist vertelt hoeveel woede-uitingen (bijvoorbeeld stompen) hij gaat uitdelen (bijvoorbeeld drie). De dader komt ook in een rol en accommodeert op de geuite woede (hij laat horen en zien dat de woede hem raakt). Een groepslid vervult de rol van validerend persoon, die goedkeurt dat het traumaslachtoffer zijn woede toelaat en uit; zij het op een vooraf bepaalde beveiligde manier.

Ook prof. Frans Willem Winkel (2007), jurist en sociaal psycholoog, stelt op grond van onderzoek en ervaring dat in geval van trauma woede belangrijker is dan angst. Als (Pesso) psychotherapeuten weten we dat niet geuite woede verstikkend werkt. De verdringing van woede uit vrees voor impulsdoorbraak (Al Pesso), wordt door Winkel niet genoemd, maar zal hem ongetwijfeld aanspreken.

Marja Zwart vertelde in dit kader dat ze een cliënt het gezicht van zijn beul op een boksbal had laten tekenen met schoolkrijt. Bij elke slag verpoederde het krijt en het gezicht verdween als een vorm van accommo-



datie.

**Onbegrensd verdriet** moet, als het loskomt, liefst in lijfelijk contact met een troostende, bijvoorbeeld ideale moeder, geuit worden. De ideale moeder maakt daar contact waar het lichaam in beweging is. Dus ze maakt contact met schokkende schouders, een schokkende buik; en/of waar de cliënt contact maakt met zichzelf. Bij een hangend hoofd met de handen voor de ogen, worden de handen overgenomen. Een ineengevouwen romp wordt omvat en gesteund.

Bij **wanhoop** zouden ideale ouders de vijf door Pessó beschreven ontwikkelingsbehoeften moeten bevredigen, want Pessó stelt: 'Als iemand gefrustreerd is in de bevrediging van zijn basale behoeften, dan neigt zo iemand de toekomst te zien als een tijdspanne met dezelfde frustraties.'

### **Enkele overwegingen**

Hieronder volgt een aantal opmerkingen van therapeuten die ondersteunend kunnen zijn voor ieder die met getraumatiseerde mensen werkt.

Bessel van der Kolk zegt: 'Wat we doen is slachtoffers in de armen houden, hen wiegen en strelen, en hun lichamen tot kalmte brengen. Want ik denk dat woorden niet de kern vormen. Het is de toestand van de verstijfdheid, van de verstarring en de verlamming, van de slopende waakzaamheid, die ons aanzetten om mensen weer veilig te leren zijn in hun lichaam. We houden er ook van om met de mensen te zingen. We doen ook uit yoga afkomstige bewegingen om het lichaam terug te brengen in een toestand waar het zich in zijn eigen domein voelt, en we werken concreet aan het te boven komen van de verstarring. En we doen aan 'anxiety management' door oefenen van de ademhaling en het geven van relaxatietraining'. Woorden alleen zijn niet genoeg.

Pessó vraagt zich af: 'Is het voldoende als de therapeut voorziet in de Rogeriaanse condities: echtheid, onvoorwaardelijke betrokkenheid en niet opleggende warmte? Ben je er wanneer je goed gezelschap aanbiedt? Zeker niet. Wie in pijn, frustratie, wanhoop en vervreemding leeft, ontgaat die kwaliteiten. Die is gevangen in de wezenloos makende ellende van de herbeleefde geschiedenis. Slechts door terug te gaan naar het verleden en de gebeurtenissen te herprogrammeren en daarmee de thermostaat van emoties te veranderen, kan veranderingen in het hier en nu bewerkstelligen.'

Michel Delage, hoogleraar psychiatrie en gezondheidszorg bij het Hôpital d'Instruction des Armées Sainte-Anne, Toulon Naval schrijft onder de titel 'Veerkracht, een nieuw concept' dat traumabehandeling meer

kans van slagen heeft wanneer gewerkt wordt vanuit hulpbronnen waar de cliënt over beschikt, waaronder zijn sociaal netwerk. Hij definieert veerkracht als 'het vermogen om te profiteren van tegenspoed'. Empatisch meegaan met de slachtofferrol en de symptomen daarvan, een attitude die hulpverleners is bijgebracht en de meesten ligt, werkt minder.

### **Tot slot**

Al Pessó, de laatste tijd intens bezig zijn methodiek toe te snijden op één op één therapie, heeft afstand genomen van het uitnodigen van de cliënt om haar/zijn geschiedenis neer te zetten via (de negatieve aspecten) van significante personen en situaties (dit zou re-traumatiserend werken). Daarvoor in de plaats stelt Pessó voor het innerlijk beeld dat correspondeert met wat de cliënt vertelt, symbolisch in de ruimte te brengen via een object; onder de aanduiding *placeholder*. Een placeholder is de data base van alles wat de cliënt over een thema in gedachten heeft. Tegelijkertijd wordt het principe van de ideaal figuur benoemd en langzaam opgebouwd tot dat de cliënt een nieuw innerlijk beeld heeft dat geprojecteerd kan worden op een rolfiguur (in de lucht of via een object). De opbouw verloopt door tijdens het exploreren van de cliënt *ideale statements* (bookmarks) te plaatsen (bijvoorbeeld 'Als ik toen jouw ideale vader was geweest, zou ik laten blijken 'ik ben meer in jou geïnteresseerd dan in mijn zaak.'). Doordat de *historical scene* niet meer wordt uitgeplozen via (de negatieve aspecten van) significante personen, zijn negatieve accommodatie en limits naar de achtergrond verschoven. Al Pessó maakt onderscheid tussen deficiet-, holes-in-roles- en trauma-structures. Een vraag aan hem is of die nieuwe stijl volstaat in geval van geweldstraumata.

Historisch socioloog Jolande Withuis, verbonden als onderzoekster aan het NIOD, schreef een lezenswaardig literatuurverslag met betrekking tot de vraag 'bestaat de post traumatische stressstoornis of is er sprake van een traumacultuur en traumamisbruik?' Per slot zijn shell shock, combat fatigue, en KZ-syndroom ook naar de achtergrond verhuist. Bij vele psychiatrische diagnoses zijn vraagtekens te plaatsen en soms lijkt er sprake te zijn van hypes. Dat ik aan Withuis toch even refereer heeft te maken dat ik meegesleept werd door het door haar helder weergegeven dilemma. Ik ben echter blijven uitgaan van het verschijnsel 'trauma'.

*Literatuur*

## WOORDEN ZIJN NIET GENOEG

Bosscher, R.J. 1991; Runningtherapie bij depressie. Thesis

Delage, M. Veerkracht, een nieuw concept. ICODO 01-3/4

Korn, M.L. (2001). Trauma and PTSD: Aftermath of the WTC Disaster. An interview with Bessel A. van der Kolk. Medscape/psychiatry/journal/2001

Ogden, P; K. Minton en C.P. Engels (2006).Trauma and the Body: A Sensorimotor Approach to Psychotherapy. WW Norton Company N.Y. (ook als free ebook te downloaden)

Schreuder, B.J.N. Lichaamsgeheugen en levensverhaal bij psychotrauma. ICODO INFO 01-3/4 Universiteit Leiden en Nijmegen.

Winkel, F.W. (2007); De Psycholoog; 42, 3; p.154-157

Withuis, F. Bestaat PTSS? ICODO 01-3/4V (ICODO INFO 01-3/4)(*ICODO Informatie- en Coördinatieorgaan Dienstverlening Oorlogsgetroffenen*)

### **Persoonlijke mededelingen**

Kooi, J. & A. Kaasenbrood. Stg '45, dagcentrum De Vonk

Zwart, M., idem De Vonk

# *Kort en goed genoeg*

## *Een kortdurende en focale vorm van Pesso-psychotherapie\**

MARIËTTA VAN ATTEKUM  
GERRIT DE BRUINE

### **Inleiding**

*In dit artikel bespreken we onze ervaringen met een tijdsgelimiteerde en focale variant van Pessotherapie. We staan stil bij wat ons in deze richting heeft bewogen, hoe de aanpak is, wat de voorwaarden en indicaties zijn, wat de meetresultaten zijn en hoe we hiervan kunnen leren.*

*We hopen op een uitwisseling met andere collega's die kortdurende varianten aanbieden en na lezing van dit artikel willen reageren. Andere ervaringen en feedback kunnen ons helpen deze variant verder te ontwikkelen.*

We stellen soms dat psychotherapie 'een proces' is, alsof er iets onaanraakbaars en 'heiligs' aan is, waarbij verondersteld wordt dat het zijn eigen momentum en snelheid heeft. Maar een proces werkt niet op zichzelf. Het kan vertraagd of versneld worden. Er zijn factoren, die we kunnen beïnvloeden, zoals de mate van persoonlijke aandacht die een cliënt krijgt en het totale format van de therapiesetting. Politiek en

---

*Mariëtta van Attekum* is GZ-psycholoog en gecertificeerd Pesso-psychotherapeut. Zij heeft een eigen praktijk te Driebergen. E-mail: [m.atekum@planet.nl](mailto:m.atekum@planet.nl), [www.marietta-vanatekum.nl](http://www.marietta-vanatekum.nl).

*Gerrit de Bruine* is Klinisch psycholoog-psychotherapeut en gecertificeerd Pesso-psychotherapeut. Hij werkt in een eigen praktijk te Oosterbeek. E-mail: [info@veluwe-zoom-psychotherapie.nl](mailto:info@veluwe-zoom-psychotherapie.nl). [www.veluwezoom-psychotherapie.nl](http://www.veluwezoom-psychotherapie.nl)

\*Dit artikel is een bewerking van de workshop, gegeven op 24-06-2009 op het 6<sup>e</sup> Internationale PBSP-congres te Bergen, Nederland.

verzekeringsmaatschappijen manen ons om effectief en kortdurend te behandelen, met behoud van kwaliteit. Effectstudies laten zien, dat meer niet altijd beter is. Te vaak worden therapieën, ook de Pessotherapie, aangeboden als een breed spectrum aanbod zonder tijdsgrenzen. Kortdurende therapieën kunnen minstens even effectief zijn als langer durende therapieën, vooral als deze scherp zijn geïndiceerd.

### **Kortdurende, focale Pessotherapie (KFP): van algemeen naar specifiek**

De laatste jaren hebben we ervaring opgedaan met kortdurende thematische groepen in een particuliere praktijk. Eerst boden we kortdurend groepen aan rond een centraal thema, zoals 'agressie en begrenzing' of 'kracht en kwetsbaarheid'. Deze groepen werden maandelijks aangeboden gedurende een half jaar. Soms was op individuele basis een individueel tussengesprek nodig. We trachtten mensen bij elkaar te brengen met min of meer dezelfde vraag. Dat dit niet zo eenvoudig te realiseren is bij een beperkte instroom in een particuliere praktijk werd steeds duidelijker. Ook bleek dat deelnemers in feite andere primaire vragen en thema's hadden dan wat in het aanbod paste, waardoor het verschil met een gewone doorlopende groep verviel. We hebben gezocht naar een andere kortdurende en focale variant. Een themagericht modulair aanbod zou mogelijk wel haalbaar kunnen zijn in instituutsverband, met een grotere instroom en meer homogene vraagstellingen.

Uiteindelijk hebben we een variant aangeboden waarbij de deelnemers tijdens de intake een centraal thema en focus formuleerden, dat leidend zou moeten zijn in het proces.

Besloten werd om de groepsessies standaard met individuele sessies te combineren en de tijdsperiode tot een half jaar te beperken.

### **Welke factoren hebben een rol gespeeld bij het ontwikkelen van ons aanbod?**

#### *1. Externe factoren*

Niet alleen vanuit de maatschappelijke druk tot meer kortdurend en effectief werken, maar ook vanuit de cliënten zien we een ontwikkeling, waarbij men zich minder lang wil verbinden aan een therapietraject. We zullen ons aanbod meer hierop moeten afstemmen, zonder verlies van kwaliteit.

Vanuit een meer vraaggestuurde attitude kunnen we ons beter hand-

haven in het huidige tijdsgewricht. Dit speelt overigens bij alle referentiekaders een rol.

### *2. De therapeuten: leeftijd en ervaring*

We werken zestien jaar samen en hebben een stevige basis als therapeutenkoppel. We leren nog voortdurend van onze ervaringen en stellen flexibel bij als dit nodig is. We worden scherper in het herkennen wat werkelijk essentieel is, een zekere directiviteit wordt niet gemeden, we vullen elkaar aan in de sessie vanuit onze vertrouwensband en werken hierbij als oudermodel voor de cliënten, indiceren scherper vooraf, waarbij ‘kort als het kan en lang als het moet’ wordt onderscheiden. Ook persoonlijke motieven spelen een rol, waarbij ons eigen besef van eindigheid en behoefte onze tijd zo effectief mogelijk te gebruiken bepalende factoren zijn.

### *3. Proces in een doorlopende groep*

Hoewel we onze cliënten aanmoedigen om in de ronde hun ervaringen en herkenning te delen, blijft er altijd veel onbesproken en de verdere integratie en verbalisering van het proces wordt nogal aan de cliënt overgelaten. We veronderstellen dat het proces zijn werk wel zal doen en missen vaak de informatie over hoe een structure beklijft of niet. We kennen allemaal de cliënt die de volgende bijeenkomst feedback geeft over de structure en eigenlijk niet goed kan teruggeven wat de essentie was. Dit kan nogal frustrerend zijn, zowel voor de cliënt als voor de therapeut. Het kan ook aanvoelen als een tekort aan persoonlijke aandacht van de ‘ouders’. En van nog groter belang: een gevoel van verlies van ‘eigendom’ over het proces. Er gebeurt iets zonder dat de cliënt het gevoel heeft aan het stuur te staan.

Van hieruit gezien werd de noodzaak scherper om in de tussentijdse individuele sessies aandacht te besteden aan het meta-denken over het proces: de verbalisering van wat op ervaringsniveau in de structure plaats vond en de verinnerlijking ervan. In feite komt dit neer op meer inhoud geven aan de betekenis, de laatste factor van Pessó’s formule: energy, action, interaction, meaning. Hiermee hoopten we ook de kloof tussen therapie-ervaring en de integratie in het gewone leven te dichten. In ons aanbod hebben we tussentijds twee individuele sessies als standaard ingevoerd, één bij elke therapeut, dus afwisselend bij man en vrouw.

## **Karakteristieken van KFP**

In ons aanbod proberen we het proces te condenseren door uit te gaan van een centraal focus en een gelimiteerd tijdspad. Dit alles zonder verlies van kwaliteit. De totale context van ons aanbod dient dan scherp te zijn gedefinieerd:

- Vooraf bepaald centraal thema of focus (smal spectrum);
- Tijdsperiode van zes maanden;
- Zes groepsessies met tussen door twee individuele sessies bij beide therapeuten;
- Zes cliënten in de groep;
- Ervaring met andere Pessovarianten: oefeningengroep of doorlopende groep, waarbij ingeschat wordt dat aanpak van een afgebakend focus voldoende therapeutisch rendement oplevert binnen de gekozen tijdsperiode.

Een goede voorbereiding op deelname is essentieel. Bekendheid met de methode ('Aan den lijve') en ervaringen vanuit een eerdere Pessovariant geven een meer betrouwbare indicatie of de cliënt focaal kan werken en binnen de tijdsperiode van een halfjaar significante vooruitgang kan boeken. Eén of meerdere intakegesprekken zijn nodig naast het schrijven van de gebruikelijke levensgeschiedenis, eindigend in het formuleren van het centrale focus.

Het centrale focus is leidend in het proces, waarbij de keuze en besef aanwezig moeten zijn dat 'niet alles kan'. In de beperking zal het meesterschap moeten blijken. Indien dit vooraf niet mogelijk is, kan een andere indicatie worden overwogen.

### **Aandachtspunten bij de indicatiestelling**

Deze vorm van Pessotherapie is niet gemakkelijk. Het lijkt minder geschikt voor beginnende Pessotherapeuten. Tjeerd Jongma heeft eens gezegd: 'om goed kortdurend te kunnen werken, moet je eerst in staat zijn goede langdurende therapie te doen'.

Enkele factoren die van belang zijn bij de opzet van en dergelijke groep, naast de algemene criteria voor (Pesso)psychotherapie:

- Is er een scherp geformuleerd focus, bij voorkeur in interpersoonlijke en Pessotermen (niet meer dan twee)?
- Kan de cliënt vanuit het levensverhaal het focus zo formuleren, dat er zowel een actueel probleem als een 'old map' is en ziet/ervaart de cliënt op voorhand de link?

- Bij onvoldoende probleeminzicht is deze variant minder geschikt; de cliënt heeft wellicht meer tijd nodig, of een andere therapievorm.
- Heeft iemand de oefeningengroep gedaan en het boekje ‘Aan den lijve’ gelezen? Komt iemand uit een doorlopende groep en wil de cliënt nog aan een beperkt focus werken als afronding? Een voorbereidende workshop kan een alternatief zijn.
- Iemand met een geïsoleerd enkelvoudig probleem, zou met een goede voorbereiding wellicht ook van deze kortdurende variant kunnen profiteren.
- Mensen die elders in behandeling zijn (individueel of PRT), kunnen ter aanvulling en verdieping van deze variant profiteren. Wel is dan goed overleg met de andere therapeut noodzakelijk, die hier volledig achter moet staan.
- Steun vanuit het leefsysteem is essentieel, naast voldoende sociale inbedding.
- Het aanbod is niet geïndiceerd voor cliënten die moeite hebben met symboliseren.
- Is er sprake van een primaire hechtingsstoornis, een zwakke ik-structuur, waarbij er tijd nodig is om zich geleidelijk te leren verbinden aan groep en therapeuten, dan is een doorlopende groep eerder geïndiceerd.
- Een gescheiden intake (naast een gezamenlijke) bij beide therapeuten kan extra informatie geven.

Tenslotte: Probeer als potentiële therapeut een zo scherp mogelijke werkhypothese te formuleren over wat je kunt verwachten op basis van levensverhaal en aangescherpte focus. Dit vraagt veel tijd en energie vooraf. Bijvoorbeeld welke basic needs staan op de voorgrond en kun je een dynamisch focus formuleren? Welke ‘basic needs of the process’ kan ik deze cliënt bieden?

### **Casus**

*Jan kwam voor hulp in verband met depressieve klachten rond werk en relationele problemen met zijn partner. In de oefeningengroep waar hij aan deelnam, ervoer hij hoe hij zijn gevoelens inhield en bang was zich naar buiten toe uit te drukken. Rationaliseren als afweer kende hij maar al te goed. In zijn levensverhaal had hij als focus en doel gesteld om te werken aan zijn verlangen zich ‘zowel als werknemer en als partner meer te durven manifesteren’.*



*In de twee onderzoeksgesprekken voor de focale groep kregen we twee kanten van hem te zien: met de vrouwelijke therapeut bleek hij zich meer op zijn gemak te voelen en neigde hij naar overaanpassing; focus werd hoe te leren in intieme relaties zijn 'eigen verlangen naar liefde uit te drukken en zijn verlatingsangst te overwinnen.'*

*Sprekend met de manlijke therapeut viel op dat hij te laat kwam en zich nogal terughoudend gedroeg in het gesprek. Vanuit zijn geschiedenis was bekend hoezeer hij in conflict met vader was en zich meer aangepast naar moeder verhiel. De koele, eisende vader had hem ook afstandelijk gemaakt en dit gaf op zijn werk veel spanning; bij doorvragen ervoer hij het onderliggend gevoel van miskennis en het niet gezien zijn door zijn vader (en later de maatschappij). Als doel van hieruit werd geformuleerd dat hij zijn woede en onderliggend verlangen, naast angst naar vader wilde uitwerken.*

*Samengevat: Hoe op vader boos te kunnen worden zonder zijn liefde te verliezen; naar moeder hoe hij meer zijn eigenheid kan tonen zonder liefdesverlies.*

*Later in de aangeboden vragenlijst (zie bijlage) kruist hij in de eerst groeps sessie aan hoe hij scoort op de dimensie 'nabijheid en kwetsbaarheid' en op de dimensie 'boosheid en kracht.'*

### **Attitude en werkwijze**

We zien hier de voordelen van het werken met twee therapeuten van verschillend geslacht en de meerwaarde die dit oplevert in de intakefase, hetgeen later terugkomt bij het bewerken van de interne dynamiek van de cliënt. We zijn ons zeer bewust van onze rol als symbolische ouders in de 'stille' overdracht, die later in het proces aan de orde kan komen en zowel in de structure als in het groepsproces benut kan worden. Dit gaat vaak met veel humor gepaard, waarbij het therapeutenkoppel wordt ervaren als alternatief voor de ouders van toen. Deze en andere groepsdynamische factoren zijn voor de corrigerende ervaring minstens zo belangrijk als dat wat in een individuele structure plaatsvindt.

Door tevens structureel met beide therapeuten ook een individuele sessie te hebben, wordt dit effect extra benut: hoe goed kan het zijn dat een gevoel van boosheid en weerstand naar 'moeder', zowel met 'moeder' als 'vader' kan worden besproken, zonder dat er splitsing optreedt. Immers beide therapeuten houden elkaar op de hoogte van wat er individueel wordt besproken.

In de individuele sessies bespreken we achteraf wat de impact van de structure is geweest en hoe deze steeds te verbinden met het centrale thema. We focussen deze ervaringen en trachten ze cognitief in te

kaderen, zodat de cliënt zoveel mogelijk ‘on track’ blijft en niet teveel uitwaaiert. Dit heeft een begrenzendende kwaliteit, waardoor de veiligheid en intensiteit wordt vergroot. We blijven de interpersoonlijke context steeds verhelderen, niet alleen als het gaat om de oude objectrelaties, maar ook om de overdracht naar therapeuten, naar de groep als geheel en naar relaties buiten de groep. We bewegen van het heden naar het verleden in de structure; in de individuele gesprekken ligt het accent op het heden en de wijze waarop de cliënt oude patronen in het heden kan doorbreken. We besteden aandacht aan bewuste gedragsverandering door gedragsexperimenten. In het geval van Jan kreeg hij het idee om in de realiteit een gesprek met zijn vader aan te gaan, nadat hij in de structure op een gelimiteerde wijze zijn agressie naar de vader van toen veilig had uitgeleefd. Ook kon hij meer sympathie voelen voor zijn vader, die ook met eigen tekorten worstelde.

Kortom: het heen en weer van toen naar nu, van nu naar toen wordt voortdurend bewaakt en besproken, waarbij de symbolische gratificatie in de structure en toepassing hiervan op realiteits- en ego-niveau in het hier en nu besproken wordt. Dit kan met meer kracht plaatsvinden vanwege het beperkte focus en de beperkte tijd die cliënt en therapeuten ter beschikking hebben. Duidelijk is ook dat de mate van regressie hierbij beperkt blijft. De cliënt moet de nieuw opgedane corrigerende ervaring in betrekkelijk korte tijd ‘mentaliseren’ en toepassen; regressie staat vooral ten dienste van de progressie.

Ons model leidt ertoe dat de houding van de therapeut enigszins anders is dan in doorlopende groepen meestal het geval is. De therapeuten blijven gefocust op het centrale thema en dit maakt een keuze van interventies ‘gericht’. In de voor- en nabespreking scherpen we elkaar hierin en lezen zo nodig de therapieverslagen terug. We proberen scherp te blijven in die zin dat alle informatie terugbracht wordt naar het focus en dit vraagt een actievere interventiestijl. De kunst is echter niet het proces te verstoren, maar in goede, wat nauwere banen te leiden en in het kader van het focus tot zijn recht te laten komen.

In zijn algemeenheid besteden we meer aandacht aan verbalisering en aan kaderen. Het volwassen ego wordt duidelijk aangesproken, waardoor de regressie beperkt blijft. Dit doen we zowel tijdens de structures als in de verwoording van het groepsproces, als tijdens de individuele sessies. Kan de cliënt de opgedane ervaring voldoende opnemen en integreren? Het risico bestaat dat de ‘possibility-sphere’ te zeer wordt ingeperkt, doch we hebben niet het idee, dat dit als remmend, laat staan als an-

titherapeutisch wordt ervaren; integendeel we krijgen veel waardering voor de stevige 'holding' van ons totale aanbod. Binnen het focus is er veel te ervaren en de processen lijken op die in een doorlopende groep.

Het motto 'veel is mogelijk, maar niet alles is haalbaar' kan het vermogen om ervaringen als 'goed genoeg' te ervaren zeer versterken. Oude illusies over eindeloos geluk kunnen worden gecorrigeerd, waardoor men zich kan verzoenen met het feit dat het leven nu eenmaal beperkingen kent. Ideaal hoeft niemand te worden en dat lucht op.

De therapeuten zijn bovendien zo transparant als zinvol is voor het proces. De realiteit van de persoon van de therapeut wordt meer zichtbaar. In de ronde kan een persoonlijke ervaring worden gedeeld, die te maken heeft met het groepsthema. De co-therapeut kan soms te hulp worden geroepen, wat een modelfunctie heeft voor de cliënt. De therapeuten overleggen soms even hardop, souffleren elkaar en soms kunnen ze het openlijk oneens zijn, met respect voor de verschillen. De kwetsbaarheid en grenzen van de 'ouders' worden daarmee duidelijk gemaakt, zonder dramatische gevolgen. Dit alles kan alleen als er veel vertrouwen en veiligheid is in de persoonlijke relatie van de therapeuten.

Ook de modelfunctie van 'broers en zussen' wordt regelmatig benoemd. De betekenis van de groep als geheel komt aan de orde, de siblings, de grootouders als subsysteem, zowaar een echte systeembehandeling. We benutten deze factoren op actieve wijze, voor zover mogelijk en zinvol, aansluitend bij individuele processen.

### **Beoogde en waargenomen effecten**

Zoals eerder betoogd, is het een belangrijk doel van dit model om de effectiviteit, zowel voor cliënten als therapeuten te maximaliseren. Door een scherpere begrenzing op inhoudelijk thema, de afgesproken tijdsperiode en structuur van het aanbod, ontstaat een verdichting die voldoende therapeutisch effect teweegbrengt. We zien als effect, dat er meer innerlijke rust bij de deelnemers waar te nemen is, omdat niet alles wat kan ook moet. Door het begrensde kader van ons aanbod, kan er meer gecondenseerd gewerkt worden, zonder verlies van kwaliteit als het om het proces gaat. Een continue getuigenfunctie, een wakend oog, zitten we nog op het goede spoor, zonder dat de autonomie van de cliënt er onder lijdt, geeft ook ruimte voor verdere ontwikkeling. Deze variant lijkt meer een appèl te doen op 'leaving home', losmaken van oude ankers en verinnerlijken van nieuwe. De positie van de cliënt ten opzichte van de therapeut lijkt, meer dan in een doorlopende groep, op

die van een adolescent en minder op die van een jong kind.

De balans tussen regressie en progressie, lichamelijk ervaren en verbale kadering cq. mentalisering, aandacht voor verleden en heden, fantasie en realiteit, is anders dan die in een doorlopende structuregroep.

Tenslotte lijkt ons het meest belangrijk effect van deze werkvorm te zijn, dat de cliënt zich meer bewust wordt van het gegeven, dat hij de beheerder is van zijn eigen proces. De versterking van de behandelcontext, de constante monitoring, het vastgesteld focus en de beperkte behandeluur geven de cliënt houvast en controle. Afhankelijke overdracht wordt tegengegaan en appèl op autonomie vergroot. Het proces is niet eindeloos en er is overzicht. De cliënt is de kapitein op het schip, maar niet op een eindeloze zee, zonder oriëntatie en kaart. Integendeel, deze heeft de cliënt zelf in handen.

### **Vragenlijst**

We hebben vanuit onze klinische ervaring geleidelijk een Pessovragenlijst ontwikkeld (zie bijlage), waarbij we de voortgang met betrekking tot verschillende thema's op een 5-puntschaal laten beoordelen. Als begin- en eindmeting kan dit interessante informatie geven over de mate van verandering op het vooraf overeengekomen focus. De therapeuten kunnen eveneens deze lijst scoren en naast die van de cliënt leggen.

Daarnaast hebben we inmiddels een klachtenlijst toegevoegd (Core-34), wat een ander type informatie geeft. Deze twee instrumenten tezamen zijn zowel voor cliënt als therapeuten nuttig en kunnen bijvoorbeeld halverwege worden herhaald, waarbij bijsturing denkbaar is: zitten we nog op het afgesproken spoor? Ook kan dit instrument gebruikt worden voor een follow-upmeting.

Wellicht is het aan te bevelen als ook andere collega's hier ervaring mee opdoen, zodat er meer draagvlak ontstaat voor onderzoek op termijn. Hier ligt nog een wereld voor ons open.

### **Resultaten**

Voor zover we dat nu inschatten zijn de meeste deelnemers tevreden over het aanbod en wat dit voor hen heeft opgeleverd. Vanaf het moment dat we de vragenlijsten zijn gaan gebruiken hebben we de cliënt, na de afronding van het traject, achteraf op de hoogte gebracht van de respons op de twee vragenlijsten met verschillen tussen de nul- en eindmeting. Hoewel op het hoofdthema werd ingestoken, zien we soms ook verbetering optreden op andere dimensies. Dit heeft te maken met het

feit, dat de door ons geformuleerde thema's geen onafhankelijke variabelen zijn en elkaar dus kunnen overlappen.

Ook de recent toegevoegde klachtenlijst (Core-34) werd in de feedback van de cliënt meegenomen.

De meeste deelnemers hebben aan één ronde genoeg; enkelen tekenden voor een tweede ronde, met een half jaar pauze ertussen. Soms moesten we toch concessies doen ten aanzien van de indicaties. Er waren geen drop-outs en er zijn geen meldingen gedaan van cliënten die slechter af waren aan het eind.

We zijn bevestigd in het idee, dat hoe beter de voorbereiding was en hoe scherper het focus, hoe groter de tevredenheid van de cliënt. De feedback naar de therapeuten was lovend en er is veel beleefd aan de transparante en open communicatie van het therapeutenkoppel.

De afronding en het afscheid werden meestal als zeer waardevol ervaren, vanuit een besef veel bereikt te hebben zonder dat alle problemen zijn opgelost. Het verdragen van de beperkingen in een leven dat verder gaat, gaf vertrouwen naar de toekomst. De veiligheid in de groep werd hoog gewaardeerd.

### **Tenslotte**

We pleiten ervoor om de voordelen van een kortdurend en focaal aanbod meer te gaan benutten, zonder de noodzaak van langerdurende psychotherapie te ontkennen. Het adagium 'kort als het kan en lang als het moet' blijft ook hier gelden. Wellicht is het op termijn mogelijk om de Pessomethodiegebieden scherper te onderscheiden, zodat we ons op de markt in verscheidenheid kunnen laten zien. Het behoud van de essentie van de methode en goede kwaliteit blijven hierbij voorop staan.

Het sluit aan bij de ontwikkeling in de maatschappij, waarbij ons gedachtegoed ook *kort en goed genoeg* kan worden ingezet. Dit is een hoopvolle gedachte in een tijd, waarin langer durende psychotherapie onder druk staat. Met methodische aanpassingen, modules binnen behandelprogramma's, nieuwe toepassinggebieden, psycho-educatie, trainingsgericht werken, heeft de Pessomethode veel in huis dat ook in andere domeinen kan worden ingezet. Ook past het modulaire denken in de stepped-care-policy.

Hoe meer variatie hoe beter. Verschillende varianten bieden ook mogelijkheden aan verschillende cliënten én therapeuten. Op deze manier kunnen we ons Pessomethodie-aanbod verbreden. We staan voor de opgave ons aanbod te blijven verhelderen en ook onderzoek te blijven doen, wellicht

## KORT EN GOED GENOEG

wat wetenschappelijker dan in ons geval, zodat de legitimiteit en effectiviteit van ons handelen vergroot kunnen worden.

Wij hebben met ons focale aanbod geprobeerd om de rivier te kanaliseren, zodanig dat de stroom de kans blijft krijgen, maar sneller gaat dan in de brede rivier. We hopen op reacties van collega's die zich in ons project herkennen. Alle ideeën en ervaringen zijn welkom.

*Bijlage*

***Vragenlijst Kortdurende Pessogroep Driebergen***

Deze vragenlijst is bedoeld om jezelf bij het begin en aan het eind van de therapie te ‘scoren’ op verschillende thema’s. Wil je bij elk van deze thema’s jezelf typeren, hoe het globaal met je gaat, zoals dit tot uiting komt in gevoel, gedrag, lichaam en geest.

Wij geven 8 verschillende thema’s aan, welke je op een vijfpuntsschaal kunt scoren: bij de start (1<sup>e</sup> groepsessie) en bij de afronding (laatste groepsessie).

Tevens vragen we je om aan te geven, welke van de twee thema’s je als hoofdthema hebt gekozen aan het eind van de intake. Deze gelden dan als de rode draad in het komend halfjaar.

Naam: .....

Datum: .....

Mijn centrale focus om aan te werken is:

1e.....  
.....

2e.....  
.....

(geef dit aan met het nummer van de volgende opties)

**1. Nabijheid en kwetsbaarheid**

onveilig            1        2        3        4        5        veilig

**2. Boosheid en kracht/voor jezelf opkomen**

angstig            1        2        3        4        5        vertrouwd

**3. Zorgen voor jezelf (dagelijks leven)**

slecht              1        2        3        4        5        goed

**4. Zelfbeeld en gevoel van eigenwaarde**

negatief           1        2        3        4        5        positief

**5. Afbakening wat van jezelf is en wat van de ander**

slecht              1        2        3        4        5        goed

**6. Structuur, grenzen, zelfcontrole (in dagelijks leven)**

zwak                1        2        3        4        5        sterk

**7. Autonomie (in opinies, gedrag en gevoel)**

zwak                1        2        3        4        5        sterk

**8. Evenwicht tussen geven en nemen, oog voor behoeften van zelf en anderen**

slecht              1        2        3        4        5        goed

**ALGEMENE VRAAG:**

**Hoe denk je dat je beste vriend(in) naar je proces kijkt?**

achteruitgang    1        2        3        4        5        vooruitgang



# *Van leven in mijn hoofd naar leven vanuit mijn hart*

MONIQUE BAKKER

*Inmiddels alweer ruim vier jaar geleden heb ik de Pesso-psychotherapie afgerond. Door deze therapie ben ik weer gaan voelen. Ik ben weer in contact gekomen met mezelf en vervolgens ook in echt contact met de mensen om me heen. Ik kan nu op eigen benen staan en heb in deze periode een basis gelegd waar ik altijd op terug kan vallen. Ik voel me krachtig nu, ik leef en ik besta.*

## **Het begin**

Nadat ik burn-out was geraakt, heb ik hulp gezocht omdat ik het contact met mezelf volledig kwijt was en volledig was vastgelopen.

Ik wist niet wie ik was, voelde geen contact met mijn omgeving en dacht letterlijk dat ik niet gezien werd. Ik weet nog dat ik in mijn auto reed en me er bewust van was dát ik in een auto zat, dat er een omhulsel was, wat gezien werd. Daarom checkte ik ook soms of ik de lichten wel aan had. Het voelde alsof ik zelf niet bestond, heel leeg en angstig.

Ik dacht ook continue dat ik beoordeeld, of misschien nog meer: veroordeeld werd. Ik deed boodschappen en kocht soms dingen, omdat ik dacht dat anderen mij op mijn aankopen beoordeelden. Als het maar wel de 'goeie' dingen waren die ik kocht? Ik durfde niet zomaar te kopen wat ik lekker of goed vond.

Na een periode van gesprekstherapie merkte ik dat praten alleen niet genoeg was. Er moest meer gebeuren. Ik kon een heleboel dingen wel beredeneren, analyseren, snapte wel hoe het werkte, maar in mijn dagelijks leven veranderde er weinig.

Dat gevoel van die bodemloze diepe put van leegte, dat bleef.

Mijn therapeute had vrijwel vanaf het begin het idee dat Pesso voor mij passend zou kunnen zijn. Maar ik was zo onzeker en bang dat ik niet open stond voor een groepstherapie.

Dit kwam met name door mijn eeuwige gevoel van 'beoordeeld worden', het gevoel dat ik er niet toe deed, dat ik niet goed genoeg was. Het leek

of ik alleen bestaansrecht had als ik deed wat anderen van mij verwachtten.

En dan moest ik mezelf gaan laten zien in een groep? Laten zien en vertellen wat ik echt voelde, wat ik dacht en miste en nodig had?

*Dat mocht nooit vroeger thuis, bij mijn vader die niet wist hoe hij met meisjes moest omgaan, en me daarom dus maar negeerde. Niets wat ik deed was goed genoeg om zijn aandacht te krijgen. Hij liet me gewoon links liggen. Maar het was niet alleen zo dat ik zijn aandacht niet kreeg. We kregen op school maatschappijleer. Daar moest je je mening geven over bepaalde onderwerpen. Ik was daardoor compleet in paniek. Ik mocht geen mening hebben. Mijn vader vertelde mij letterlijk eens, toen er aan tafel een gesprek was, dat ik mijn mond maar moest houden omdat ik daar toch te stom voor was. Ik mocht niet meep-raten, en nu moest dat ineens. Vreselijk vond ik dat!*

En dan zou ik dus nu in een groep moeten gaan vertellen wat ik voelde en dacht? Ik wist dat helemaal niet. Ik had nooit nagedacht over wat ik wilde, ik was alleen maar bezig te voldoen aan de 'eisen' van anderen. Dus ik was bang dat ik het allemaal fout zou doen, want ik wist niet wat goed was.

Maar ik wist ergens diep van binnen wel dat dit niet klopte, hoe ik me gedroeg en hoe ik dacht. Dat het niet zo hoefde te zijn. En ik schaamde me toch ook wel dat ik zo 'krom' in elkaar zat. Ik had voor mezelf (tot dan toe) een manier gevonden om te overleven, door mezelf te verstoppen en door anderen mij niet te laten doorzien. De angst dat mensen zouden ontdekken dat ik echt niets en niemand was, als ik mijn omhulsel zou loslaten, was enorm.

### **De oefengroep**

Maar omdat gesprekken alleen dus niet voldoende waren, verzamelde ik alle moed en ging de oefengroep doen.

Het meest spannende in het begin was om mezelf kwetsbaar op te durven stellen.

Maar de herkenning hielp. Anderen hadden soortgelijke problemen en ervaringen. Iedereen bleek zich net zo krampachtig als ik staande te houden, en liep net zo vast.

Wat ook een fijne ervaring was, was de oefening met steun vragen. Dat ik letterlijk gesteund werd, als ik daarom vroeg. De steun van handen in

mijn rug: dat iemand er op die manier belangeloos voor me kon zijn. Heel bijzonder, omdat dat totaal nieuw was voor mij.

We kregen vervolgens een aantal oefeningen die gingen over grenzen leren voelen, en aangeven. Ik merkte dat ik dit heel erg spannend vond, maar ook: dat dit wel eens zou kunnen werken, omdat ik toen vanuit mezelf voelde waar bijvoorbeeld de grens lag van hoe dichtbij iemand mocht komen. En dat het een heerlijk gevoel gaf te kunnen zeggen: 'stop' tot hier en niet verder. Ik ervoer daar dat ik eigenlijk wel grenzen had en heb, maar dat ik ze nooit heb mogen aangeven.

Wat bij mij dus ook erg meespeelde, was dat ik voornamelijk dacht in 'goed of fout'. Ik had, door hoe mijn moeder met me omging, (ook) geleerd dat ik goed genoeg was, als ik me gedroeg zoals zij van me verwachtte. Ik leunde heel erg op haar, omdat ik bij mijn vader niet terecht kon voor aandacht, en ook omdat ik bij haar daardoor nog meer de erkenning zocht die ik van hem niet kreeg. Ze was dus extra belangrijk voor me. Toen ik kleiner was ging het tussen ons prima. Toen ik groter werd en mijn eigen weg probeerde te ontdekken, mocht dat niet. Als ik me niet gedroeg zoals zij wilde dan kon ze me gewoon negeren.

*Ik kan me nog een keer herinneren, dat ik vast hield aan mijn mening. Ze heeft me toen drie dagen genegeerd. De paniek die dat bij me opriep en de angst helemaal alleen te zijn, herinner ik me nog goed. Hoe kon ze dat zo doen, wat wilde ze nou van me? Als ik vroeg wat ik verkeerd had gedaan, dan liet ze me zwemmen en zei 'dat weet je best, denk er maar over na'.*

*Ik moest me wel aanpassen, en dat deed ik dan ook.*

*Toen ik 15 jaar was werd mijn moeder zwaar overspannen. Ze begon zichzelf uit te hongeren en lag steeds meer hele dagen op bed.. Elke middag uit school verwachtte ze dat ik bij haar op bed kwam zitten, om de dag door te nemen, met name haar dag.. Er kwamen dan hele verhalen over haar en mijn vader en wat hij allemaal verkeerd deed. Daarmee bevestigde ze het beeld wat ik toch al van hem had. Maar soms wist ik ook dat het erg overdreven was wat ze vertelde, dat het niet klopte. Maar er tegen in gaan had geen zin, het verhaal werd dan alleen nog erger, ze moest gelijk hebben. Ik voel nog steeds de weerzin die het opriep, die verhalen aan te moeten horen. Ik kon er niets tegen doen, want ik kon er niet omheen. Ik heb een keer geprobeerd, bij thuiskomst niet naar haar toe te gaan. Maar ze liet me heel duidelijk voelen dat dit niet goed was. Ze werd niet kwaad maar heel verdrietig, ze had me nodig. Die druk was heel zwaar.*

Ik denk nu dat ze erg bang was voor het feit dat wij als kinderen zouden opgroeien en 'uit zouden vliegen'. We zouden haar dan niet meer nodig hebben, en dan verloor ze haar 'bestaansrecht' voor zichzelf. Ze kon ons niet loslaten en 'moest' voor zichzelf daarom die controle houden over ons.

Lastig was ook dat zij van mij een 'dametje' wilde maken, terwijl ik van mijn vader als meisje niet mocht bestaan. Ik wist dus niet hoe ik me moest gedragen. Ik voelde me in een spagaat leven en probeerde me dus onzichtbaar te maken en aan te passen.

Mijn faalangst was hierdoor heel groot, waardoor het erg moeilijk was om beetje bij beetje dat denken in 'goed' of 'fout' los te laten. Toch ging ik gedurende de oefengroep steeds meer ervaren dat alles wat ik voel goed is, en dat juist het voelen zélf goed is.

Dat mijn gevoel mijn waarheid is en dat die er dus mag zijn.

### **De structuregroep**

Hoe spannend ook, ik ging vervolgens aan de structuregroep meedoen, omdat ik wist dat dit kon helpen.

Onze groep was de eerste groep die startte, zodat we allemaal even onbekend waren met hoe structures in hun werk gingen, en even nerveus. Weinig 'goed of fout' dus, voor mij een voordeel.

Ik observeerde in het begin heel sterk de mensen om me heen, als ik zelf geen structure deed.

De eerste structures waren heel voorzichtig. Ik probeerde zoveel mogelijk veiligheid in te bouwen, o.a. door in eerste instantie die mensen in de structures als hulp te vragen, die het meest veilig voelden.

Ook was ik heel voorzichtig met wat ik liet zien. Liet ik een soort van proefballonnetjes op om te kijken of het wel veilig was..

Ik weet nog dat ik bij de eerste of tweede structure stemmen buiten mezelf plaatste. Dat was zo'n belangrijke ervaring.

Ik ervoer dat ik boodschappen in mijn hoofd als stem buiten mezelf kon plaatsen, waardoor ik ineens meer ruimte kreeg om na te denken. Daardoor ging ik voelen dat die stem van oorsprong niet bij mij hoort, maar een boodschap is van iemand anders die ik in mezelf had opgeslagen als oordelende waarheid. En toen kon ik me ineens afvragen of deze boodschap wel klopte, en ook: of ik er wel iets mee wilde. Bevrijdend

was het.

De volgende stap in mijn structures was een veilige omgeving voor mezelf bouwen. Letterlijke muurtjes bouwen. Muurtjes gemaakt van kussens, die bewaakten dat het veilig was en bleef.

Vanachter een muurtje aangeven wat er gebeurde met mijn gevoel, en buiten kunnen sluiten dat er mensen waren die meeluisteren. En de muurtjes die ik letterlijk neerzette namen de functie over van mijn eigen ingebouwde bescherming, waardoor ik opener kon zijn en mijn gevoel meer durfde te vertellen. Later durfde ik voor die kussens mensen in die rollen te zetten.

De getuige-rol vond ik erg belangrijk, vanwege de erkenning die het gaf voor mijn gevoel en emoties. Dat is zó belangrijk. Ik had het afgeleerd om 'lief te zijn' voor mezelf, om complimenten te mogen ontvangen, om aan mezelf te erkennen dat dingen die gezegd of gebeurd waren pijn hadden gedaan. Die getuige zag mijn pijn en erkende die voor mij, waardoor ik de pijn niet alleen voelde, maar ook deelde. Hierdoor kon ik verwerken.

Verwerken betekent voor mij dat ik ervaringen uit het verleden kon omzetten naar nieuwe en meer bevredigende ervaringen.

Ik heb letterlijk ervaren dat er ideale situaties kunnen zijn en wat voor gevoel dat geeft.

Ik heb een troostende moeder of vader ervaren. Hierdoor wist en voelde ik dat het anders had gekund. Het voelde schrijnend, vanwege het gemis van vroeger, maar ook bevrijdend, omdat er andere ervaringen en gevoelens mogelijk zijn dan alleen de negatieve. Daar kan ik mee verder in de toekomst. Daardoor kan ik op een andere manier relaties aangaan en nieuwe ervaringen opdoen.

Na de rol van getuige kwamen mijn groepsgenoten in rollen als ideale broers, ideale vrienden en veel later 'ideale ouders'.

Ik kon door structures afrekenen met kwetsende ervaringen, waardoor het voor mij zo moeilijk was om vriendschappen en relaties te onderhouden. Bijvoorbeeld dat ik nooit op mijn vader terug heb kunnen vallen. Door structures waarin ik een ideale vader in een rol had gezet, waarbij ik weg kon kruipen en me veilig en beschermd voelde, ervoer ik

een nieuw gevoel van warmte en genegenheid.

Ik denk dat ik daardoor heel scherp heb gekregen dat ik bij mijn eigen vader wat dat betreft niets heb kunnen halen.

En heb ik duidelijk gekregen dat niet alle mannen hetzelfde zijn, en dat was heel goed om te voelen. Ik heb nu een fijne relatie met een man, en dat is mede te danken aan dit soort ervaringen in de structures.

Ook heb ik ervaren dat ik opkan tegen kwetsende ouders, waardoor ik me niet meer het kleine kind voel, ook al was ik al volwassen.

Zo heb ik in een structure de negatieve kant van mijn moeder van een voetstuk gegooid. Ik zag haar in het begin van de structure als een enorm grote, allesoverheersende moeder, maar aan het eind, 'mepte' ik haar in elkaar waardoor ik haar ineens kleiner zag worden en helemaal in elkaar zag krimpen. Ik kon tegen haar op!

Gaandeweg kwam ik bij mijn gevoel, na zo'n anderhalf jaar begon ik te voelen dat ik een band had met mensen om me heen, met mijn broers en vrienden, wat voorheen niet zo was. Het kwam ook voor het eerst bij me binnen, als iemand me een compliment maakte, of iets aardigs of liefs tegen me zei. Dat raakte me enorm.

Ik voelde voor het eerst dat ik mensen miste, als ze niet in de buurt waren (wat eerder ook niet zo was). Ik voelde zoveel, dat het overweldigend was!

### **En verder**

Ik dacht toen dat ik er was, maar dat klopte natuurlijk niet. Want ik moest opnieuw leren omgaan met al die gevoelens. Want hoe doe je dat nou, vanuit je gevoel met mensen omgaan?

Tot dat moment deden de structures van alles met me, in mijn onbewuste denk ik. Ik schreef de ervaringen op, en keek er heel bewust naar, vanuit mijn hoofd vaak nog.

Ik moest het opschrijven, omdat het anders weer naar de achtergrond verdween.

Vanaf het moment dat ik weer voelde, hoefde ik niets meer op te schrijven. 't Beklijfde in mijn gevoel, er was een basis gelegd, waarop ik terug kon vallen. Het was niet langer: snappen met mijn hoofd wat er gebeurt met mijn gevoel, maar nu echt voelen wat er gebeurt.

Daarmee konden vanaf toen de ervaringen sneller en beter bin-

nenkomen. Ik ervoer het veel meer. En ook steeds vaker.

Door alles te voelen binnenkomen was het net of de emmer van gevoel langzaam vol liep. Het was niet meer, zoals eerder, dat alles wat er aan positieve opmerkingen en gevoelens binnenkwam, weer rechtstreeks via de bodem verdween.

De laatste structure staat me nog steeds heel scherp voor ogen. Ik trotseerde de claimende kant van mijn moeder en liep letterlijk langs haar heen. Aan het eind stond ik rechtop en ik voelde me sterk.

En dat voel ik nog steeds. Ik ben zoveel sterker geworden door de therapie. Het lege gevoel, die bodemloze diepe put is er niet meer. Er is een basis gelegd die niet meer verdwijnt.

En ik raak niet meer in paniek als het even tegenzit.

Ik weet nu dat het goed is, dat ik op mijn gevoel kan vertrouwen en dat mijn gevoel, als het even weg is, altijd weer terugkomt. Dat is zo heerlijk om te ervaren!

Sinds de Pesso-psychotherapie is er veel veranderd. Ik heb tijdens de therapie het contact met mijn moeder stopgezet. Omdat ze in mijn leven zo overheersend aanwezig was, voelde ik dat ik die ruimte nodig had om de therapie goed te kunnen doen. Dit ging niet zonder slag of stoot, ze accepteerde dat eerst niet. Later bleef ze via mijn broers proberen toch invloed te houden.

Mijn contacten met mijn broers zijn in de loop van de jaren ook erg veranderd. De ondergeschikte rol die ik had ten opzichte van mijn oudere broer, heb ik van me afgeschud.

Ik ben op gelijk niveau gaan staan, wat voor hem heel moeilijk, zo niet onmogelijk, bleek te aanvaarden.

Ook het contact met mijn jongere broer is erg veranderd. In het begin werd het contact veel intensiever, omdat hij tegen dezelfde dingen aanliep met mijn moeder. Met hem kon ik daar goed over praten. Dit heeft de band versterkt.

Ook in vriendschappen is de relatie veel gelijkwaardiger geworden. Vriendinnen geven aan dat ik erg veranderd ben, in positieve zin. Ik geef mijn mening en zij waarderen dat. En het voelt zo goed, om gewaardeerd te worden om wie ik ben.

Twee jaar geleden kreeg ik het bericht dat mijn moeder kanker had. Ik heb toen, na al die jaren, weer contact met haar gezocht. We waren alle-

bei erg blij elkaar weer te zien! Ze zei dat ze nu weer iets had om voor te vechten! Ik kon oprecht zeggen dat ik van haar hou.

Ik merkte toen dat ik in mijn contact met haar mezelf kon blijven en me niet meer aanpaste, en ik kon de dingen zeggen die ik wilde zeggen. We spraken af op dat moment niet te praten over wat er gebeurd was, misschien later, als ze zich beter zou voelen. Zes weken later heeft ze zelfmoord gepleegd.

Hierdoor stond de hele familie opnieuw op de kop. Alle problemen in de ooit al scheef gegroeide relaties tussen mijn moeder, haar vriend, mijn broers en mij werden uitvergroot en escaleerden. En alle relaties zijn vervolgens verbroken.

Ik ben van haar zelfmoord enorm van slag geweest en was vreselijk kwaad op haar! Voelde me bedrogen: ze zei dat ze iets had om voor te vechten, en dan stapt ze er uit! Opnieuw was ze onbetrouwbaar gebleken. Het feit dat wij weer contact hadden en ze 'haar meisje terug had' zoals ze zei, bleek niet genoeg om voor te leven.

Maar ook toen voelde ik hoe sterk ik geworden ben. Ik ben er niet volledig van onderuit gegaan. Ik sta stevig in mijn schoenen en weet dat ik gedaan heb, wat ik kon doen.

Ik vind het heel erg voor mijn moeder dat ze kennelijk niet meer kon of wilde vechten en geen mooie kanten meer aan het leven kon zien. En ik ben heel blij dat ik zelf wel van het leven kan genieten.

Ik vind het ook heel jammer dat het contact met mijn broers er niet meer is. Ik mis ze, maar ik weet ook dat ik er niets aan kan veranderen. En dat ik dat ook niet wil, als het betekent dat ze me niet kunnen of willen accepteren zoals ik ben.

Binnen mijn werk ben ik inmiddels andere werkzaamheden gaan doen. Onlangs heb ik een loopbaantraject gedaan om te bezien hoe ik verder wil. Dit is een belangrijke stap voor me, omdat ik mezelf nu genoeg de moeite waard vind om ook daarin meer eigen keuzes te gaan maken. Misschien wil ik later een opleiding gaan doen, waarbij ik mijn creatieve kant meer kan benutten. Ook wil ik minder gaan werken, om zo meer tijd te hebben voor mijn relatie, waarin ik erg gelukkig ben en helemaal mezelf kan zijn.



Ik kan echt zeggen dat ik gelukkig ben, een gevoel dat ik voor de Pesso-  
psychotherapie nooit heb gekend.

# *De oefening 'Plaats in de ruimte en een positieve figuur'*

ASTRID BOUWHUIS

*Naar een idee van Frank Mans*

## **Rationale**

Deze oefening kan goed gebruikt worden als illustratie bij de basisbehoefte plaats. Plaats zowel in fysieke zin, een plek waar je je goed voelt, als ook in het contact met een ander bij wie je plek kunt ervaren. De oefening sluit aan bij de positieve accommodatieoefening en de oefening plaats in de ruimte.

## **Instructie**

De oefening bestaat uit twee delen.

De therapeut geeft de volgende instructie:

1. 'Verplaats je door de ruimte en ga op verschillende plaatsen even zitten of staan. Heb er aandacht voor of de diverse plaatsen ook verschillend voelen. Kies dan een plek in de ruimte die nu, gevoelsmatig, het beste bij jou past, waar je lekker zit. Daarbij kun je letten op de positie van de ramen, de deur, waar je steun voelt, eventueel je geborgen voelt, etc. Net wat voor jou belangrijk is. Je kunt eventueel spullen verzetten om echt een passende/prettige plek voor jezelf te maken. Als je dit gevonden hebt blijf je zitten en richt je je aandacht op wat deze plek zo passend of plezierig voor je maakt. Welke positieve kwaliteiten of welke specifieke betekenis heeft deze plek voor jou?' Op dit moment hoeft dat niet besproken te worden en kan de therapeut gelijk doorgaan naar het tweede deel.
2. De therapeut wijst tweetallen aan die dicht bij elkaar hun plek gevonden hebben. Onderling wordt afgesproken wie als eerste de

DE OEFENING 'PLAATS IN DE RUIMTE  
EN EEN POSITIEVE FIGUUR'

hoofdpersoon wil zijn en wie als eerste de rol van positieve figuur heeft. De positieve figuur neemt de rol op zich en gaat vervolgens als het ware bij de hoofdpersoon op bezoek. De hoofdpersoon bepaalt waar hij wil dat de positieve figuur ten opzichte van hem plaats neemt. Hij kan experimenteren met verschillende afstanden en posities. Hij kan onderzoeken of en hoe hij fysiek contact met de positieve figuur zou willen en of hij iets erkennends zou willen horen. Als de hoofdpersoon helemaal tevreden is wordt de rol afgelegd en is de ander aan de beurt.

**Nabespreking**

Het is belangrijk dat de therapeut zich bewust is, dat de oefening soms verdriet of angst oproept, omdat hij raakt aan oude tekorten. Voor de nabespreking moet dus ruim de tijd genomen worden.

**Opmerking**

Laat mensen na het eerste deel zelf bedenken wat voor positieve kwaliteiten de plek heeft zonder te bespreken. Als het goed is hebben ze de oefening plaats in de ruimte al gedaan en zijn ze hier goed toe in staat. Een tussentijdse bespreking zou de vaart onnodig uit de oefening halen.

# *Affect Regulation And Trauma: A Sensorimotor Approach*

*Verslag van een workshop op 27 november 2010, in de  
Geertekerk te Utrecht*

DORRY DE VRIES

Deze workshop is georganiseerd voor en door de lichaamsgericht werkende psychologen (LWP) sectie van het NIP. PESSO-collega Arina de Heer is dagvoorzitter en heeft daarnaast ook een belangrijk deel van de organisatie op zich genomen. Onder de 250 geïnteresseerde aanwezigen bevindt zich een aantal PESSO-collega's, die benieuwd zijn of deze methode wellicht iets toe kan voegen aan hun therapeutische arsenaal.

Pat Ogden Ph.D, oprichter van het Sensorimotor Psychotherapy Institute in Boulder (CO), die oorspronkelijk deze workshop zou geven, is vanwege gezondheidsredenen verhinderd en laat zich vervangen door haar belangrijkste co-trainer Kekuni Minton Ph.D.

**Pat Ogden** heeft haar methode vanaf de 70-80'er jaren ontwikkeld, vanuit interesse in de correlatie tussen het (verbreken van contact met het eigen) lichaam, fysieke houdings- en bewegingspatronen en psychologische thema's. Ogden is beïnvloed door en werkt samen met belangrijke werkers in het veld van hechting, neurowetenschappen en dissociatie zoals Bessel van der Kolk, Allan Shore, Onno van der Hart, Ellert Nijenhuis, Kathy Steele, Stephen Porges en Peter Levine.

**Sensorimotor Psychotherapy** is een fasegerichte lichaamsgeoriënteerde therapiemethode. Sensorimotor Psychotherapy combineert cognitieve en emotionele benaderingen, verbale en fysieke interventies, die rechtstreeks

---

*Dorry de Vries* is Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundig specialist en Psychomotorisch therapeut bij het Top Referent Traumacentrum van het Centrum kinder- en jeugdpsychiatrie GGzE. Tevens is zij PESSO-therapeut en Sensorimotor therapeut level I.

## AFFECT REGULATION AND TRAUMA: A SENSORIMOTOR APPROACH

betrekking hebben op de impliciete herinneringen en neurobiologische gevolgen van trauma.

Uitgangspunt is dat bij trauma het natuurlijk herstelproces van het lichaam is onderbroken en trauma zich uitdrukt in sensomotorisch en fysiologisch disfunctioneren. In tegenstelling tot andere therapievormen voor de behandeling van trauma, ligt het accent bij Sensorimotor Psychotherapy primair op het doorwerken van het trauma op het sensomotorisch niveau van informatieverwerking, om daarna te komen tot emotionele en cognitieve betekenisverlening. Het lichamelijk ervaren is de primaire ingang, niet de gebeurtenissen en/of 'het verhaal'. Het gebruik van mindfulness heeft hierin een belangrijke plaats.

Sensorimotor Psychotherapy kan als zodanig een aanvulling zijn op - of gecombineerd worden met andere therapiemethoden.

**De presentatie** van Kekuni Minton laat een prettige afwisseling zien van theorie middels een PowerPoint presentatie, instructieve videofragmenten van sessies en korte ervaringsoefeningen.

In zijn presentatie passeren enkele belangrijke begrippen de revue. Ik licht deze puntsgewijs toe.

### **Hiërarchische informatieverwerking en het drievoudige brein**

Het brein functioneert als een geïntegreerd geheel en bestaat uit systemen die hiërarchisch georganiseerd zijn. Het zogenaamde drievoudige brein bestaat uit het 'mensenbrein' (cognitieve informatieverwerking) het 'zoogdieren brein' of limbisch systeem (emotionele informatieverwerking) en het 'reptielenbrein' (sensorische en sensomotorische informatieverwerking, gebaseerd op een relatief groot aantal vaste actiepatronen zoals de schrikreflex of de vecht/vluchtrespons, die vaak voorrang krijgen in traumatische situaties).

In ons normale dagelijkse functioneren worden we voornamelijk aangestuurd door 'top-down' processen. Hierbij zijn we ons in veel situaties wel bewust van sensomotorische en emotionele processen, echter deze zullen ons handelen niet aansturen zónder zorgvuldige overweging van ons mensenbrein. Veel mensen met trauma-ervaringen worden bepaald door de intensiteit van traumagerelateerde emoties, sensomotorische reacties en regulatieproblemen. Deze reacties ontregelen de cognitieve functies en capaciteiten en belemmeren het vermogen om

AFFECT REGULATION AND TRAUMA:  
A SENSORIMOTOR APPROACH

‘top-down’ te reguleren. In Sensorimotor Psychotherapy spreekt men dan over ‘bottom up hijacking’.

Wanneer onze zintuigen acuut en dreigend gevaar detecteren, worden vanuit de lagere hersengebieden actieve verdedigingssystemen geactiveerd (fight, flight, active freeze). Wanneer het gevaar aanwezig blijft en niet afgewend kan worden, gaat het brein over op passieve verdediging (passive freeze en submission). Hersengebieden, waaronder de prefrontale cortex, worden stilgelegd, waardoor het vermogen tot zelfregulatie afneemt.

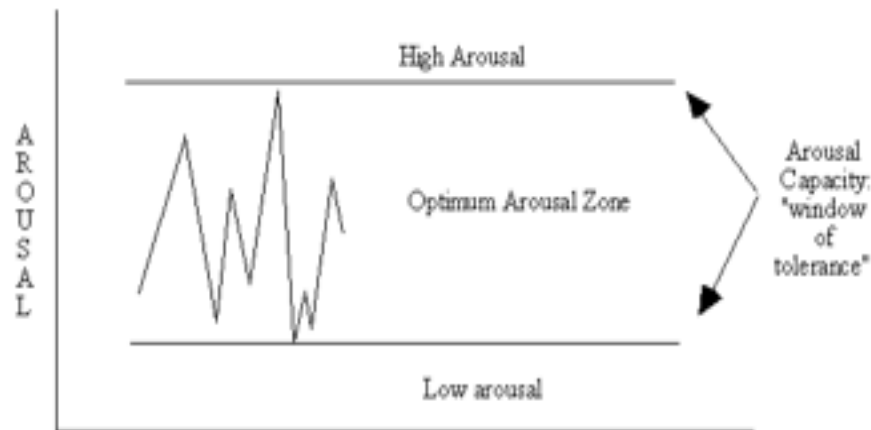
Het posttraumatische angstnetwerk in de amygdala codeert het trauma waarbij de niet verbale herinneringen (lichamelijk, sensorisch, emotioneel) worden gescheiden van ‘het verhaal’. We blijven achter met onafgemaakte neurobiologische responsen, een onvolledige herinnering van wat er is gebeurd en hoe we het hebben kunnen verduren.

Indien sprake is geweest van vroegkinderlijke traumatisering, is het overlevingssysteem chronisch geactiveerd. Dit kan resulteren in zich permanent angstig en onveilig voelen, een snelle activatie van de vlucht- of vechtresponsen, dissociatieve klachten, onregelde affecten, chronische gevoelens van uitputting en een onvermogen zichzelf te verdedigen of te beschermen. Deze ‘wijze van in de wereld staan’ mét de sensorimotorische reacties die in het verleden adaptief waren, blijft door de jaren heen aanwezig en resulteert in langetermijneffecten op de ontwikkeling van lichaam en hersenen. Ze gaan deel uitmaken van het procedurele geheugen, het geheugen waar routines van het lichaam worden opgeslagen; denk aan lopen, fietsen en autorijden. Hoe vaker fysieke reacties en bewegingen worden herhaald, hoe vaster ze in het procedurele geheugen worden ingebakken.

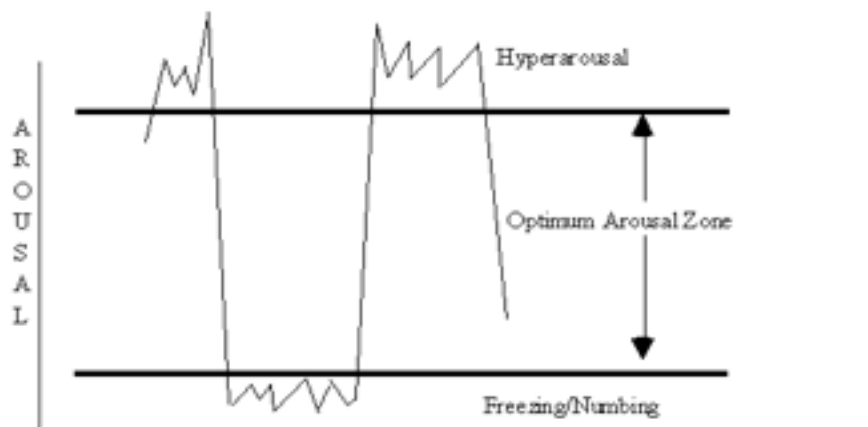
### **Het ‘window of tolerance’**

Ieder mens heeft een ‘optimale arousal-marge’ of tolerantiezone. Dit zijn de grenzen waarbinnen het arousalniveau heen en weer kan pendelen en ook de grenzen waarbinnen informatieverwerking mogelijk is. Boven die grens is sprake van hyperarousal (fight, flight active freeze), onder de grens spreekt men van hypo-arousal (passive freeze, submission).

AFFECT REGULATION AND TRAUMA:  
A SENSORIMOTOR APPROACH



*Window of tolerance, optimale arousal zone (Bron: Siegel 1999, Ogden & Minton 2000)*



*Window of tolerance: De bi-fasische reactie op trauma*

Een van de belangrijkste aspecten van trauma is de overweldigende arousal die zich vaak laat zien in een tweefasige traumareactie, de altemnerende hyper- en hypo-arousal. Deze hyper- en hypo-arousal reacties blokkeren de informatieverwerking en daarmee de volledige verwerking van traumatisch materiaal. Emoties en sensaties die de cliënt buiten het 'window of tolerance' of 'het tolerantievenster' brengen, kunnen niet

## AFFECT REGULATION AND TRAUMA: A SENSORIMOTOR APPROACH

geïntegreerd worden. Daarbij moet tevens opgemerkt worden dat veel cliënten met chronische en complexe trauma-ervaringen, een zeer smal tolerantievenster hebben.

Het 'window of tolerance' is een praktisch en werkbaar model om voor de cliënt zowel cognitief als fysiek inzichtelijk te maken welke triggers, gebeurtenissen en/of situaties de cliënt buiten het tolerantievenster brengen.

### **Gerichte mindfulness**

Hoe kunnen cliënten leren om niet-constructieve en pijnlijke emoties op een veilige wijze te exploreren en transformeren? Hoe kan integratie plaatsvinden? Minton stelt dat cliënten met behulp van Sensorimotor Psychotherapy worden geholpen te onderzoeken hoe zij hun ervaringen op fysiek, emotioneel en cognitief niveau organiseren. De wijze waarop we bepaalde gebeurtenissen in het heden hanteren, heeft meer te maken met de wijze waarop we in onze jeugd geleerd hebben onze ervaringen te 'organiseren' dan met de gebeurtenis op zich.

Mindfulness of aandachtig gewaar zijn is daarom een van de belangrijkste instrumenten in Sensorimotor Psychotherapy. Met gerichte aandacht observeren en rapporteren onderscheidt zich van het 'praten over' doordat de aandacht gefocused is op de 'hier en nu' ervaring. Ofwel wat word je gewaar (cognitie, emotie, zintuiglijke ervaringen, beweging, interne lichamelijke sensatie) wanneer je denkt aan... praat over... je herinnert dat... Wat merk je op? Welke actie wil plaatsvinden?

*Kekuni Minton: 'When we practice ordinary mindfulness, we sit near the water and watch the ripples go by. When we practice directed mindfulness, we throw a rock in the water and watch what happens to the ripples.'* De steen is hierbij synoniem voor een interne of externe gebeurtenis: een interventie van de therapeut, een oefening, een handeling, een gedachte...

Minton noemt in dit verband de vijf bouwstenen of 'core-organisers': emotie, cognitie, interne fysieke sensatie, beweging of impuls tot actie en de zintuiglijke ervaringen. Door bewust aandacht te schenken aan de informatie van de vijf core-organisers in het huidige moment, kunnen we bestuderen hoe we de informatie van de buitenwereld waarnemen en verwerken. Het op deze wijze observeren is ondersteunend om oude procedurele patronen op te merken en te experimenteren met nieuwe vaardigheden.

### **Bottom-up processen en interventies**



## AFFECT REGULATION AND TRAUMA: A SENSORIMOTOR APPROACH

Bij bottom-up interventies en processen bij traumabehandeling verschuift de aandacht van 'het verhaal' naar de procedurele neigingen en patronen, ofwel de ingeslepen (en onbewust geworden) sensorische en sensomotorische reactiepatronen.

Het verhaal is ingang en het streven is om stap voor stap met lijfelijke trauma-herinnering te werken. Op het moment dat zich emoties of reacties aandienen die verwijzen naar dierlijke verdedigingsmechanismen die de cliënt buiten het 'window of tolerance' dreigen te brengen, worden verhaal en gevoelens bewust losgelaten. Zoals Minton kort en krachtig zegt: *'Drop the content'*. In plaats van de verbale vaardigheden te gebruiken om te praten óver ervaringen, wordt de cliënt geleerd om de aandacht op (een deel van) het lichaam te richten, de informatie van het lichaam zich te laten ontvouwen en betreffende ervaringen of sensaties te observeren en te benoemen: 'Blijf met de aandacht bij je lichaam, volg met aandacht de beweging die je arm wil maken...' In plaats van te interpreteren of contact te maken met gevoelens en emoties, wordt de cliënt geleerd nieuwsgierig te zijn naar de interactie tussen emoties, gedachten en fysieke sensaties, impulsen. Het verwerkingsproces vindt plaats op sensomotorisch niveau, de emotionele en cognitieve betekenisverlening krijgt aandacht in het laatste deel van de sessie (integratiefase).

### **Resources**

Hierbij gaat het om het ontwikkelen, uitbreiden en zich eigen maken van steunbronnen: fysieke acties, psychologische, sociale en andere activiteiten die de zelfregulatie ondersteunen en een ervaring bieden van welbevinden, competentie, controle en ook plezier. Als fysieke steunbronnen zijn te noemen: bekwamen in mindfulness, 'grounding', kracht ervaren en gebruiken (duwen tegen weerstand), experimenteren met grenzen ervaren, ademhaling reguleren, oprichten. Een belangrijke relationele steunbron is het vergroten van het sociale betrokkenheidssysteem. Hierbij kan gedacht worden aan oefenen en experimenteren met oogcontact maken, uitreiken, fysiek contact maken etcetera.

### **Terugkomend op de titel, 'Affectregulatie en trauma'.**

Ogden maakt een duidelijk onderscheid tussen traumagerelateerde defensiemechanismen en hechtingsgerelateerde defensiemechanismen. Natuurlijk zijn deze mechanismen niet strikt te scheiden, echter wanneer het gaat om behandeling, vereisen beide een andere benadering.

## AFFECT REGULATION AND TRAUMA: A SENSORIMOTOR APPROACH

Bij traumagerelateerde defensiemechanismen zijn de lagere hersengebieden aanzet en reageert het lichaam met dierlijke afweer tegen angst en levensbedreiging (fight, flight, freeze, submission).

De 'top-down' therapieën hebben in de meeste gevallen geen toegang tot deze informatie en patronen.

Hechtingsgerelateerde defensiemechanismen presenteren zich doorgaans middels cognitieve schema's, relationele patronen en fysieke representaties van ontwikkelingsthema's. Wanneer al op zeer jonge leeftijd sprake is van een trauma als afwijzing, vroegkinderlijke verwaarlozing en/of huiselijk geweld, treden door de angst en overweldiging bovengenoemde dierlijke afweermechanismen op. Deze dierlijke afweerreacties worden vervolgens chronisch geactiveerd in de hechtingsrelatie. Iets daarvan is pijnlijk zichtbaar in de korte video 'The still face experiment' van E. Tronick (te vinden op Youtube).

### **Samengevat**

Sensorimotor Psychotherapy is een lichaamsgerichte therapie voor de behandeling van (fysieke) klachten en symptomen ten gevolge van onverwerkte trauma-ervaringen.

In Sensorimotor Psychotherapy worden cliënten gestimuleerd en ondersteund om in samenwerking met de therapeut het komen en gaan van interne ervaringen met aandacht te observeren, onderzoeken en te volgen, waarbij ervaren kan worden dat het veilig is om emoties en sensaties toe te laten. Het gebruik van gerichte mindfulness leert de cliënt om een klein stapje terug te doen van een emotionele of fysieke gebeurtenis en de reeks van emoties, gedachten en lichamelijke sensaties die zich aandienen met gerichte aandacht te observeren en stap voor stap te volgen. 'Dual awareness', ofwel dubbel bewustzijn en de daaraan parallelle verwerking is een vorm van gewaar zijn die verloren raakt op het moment van trauma, wanneer de amygdala alarm slaat. De frontaalkwab gaat 'off-line' en we reageren instinctief en vaak onbewust.

Door in therapie te focussen op de fysieke 'hier en nu' ervaringen en vervolgens de gedachten, overtuigingen en emoties die de sensaties te veel versterken (en de cliënt buiten het 'window of tolerance' brengen) bewust 'los te koppelen', is het voor de cliënt gemakkelijker om in dit dubbele bewustzijn te blijven, dus ook bij de fysieke ervaring. Het verwerkingproces vindt dan plaats op dat fysieke niveau.

In deze workshop ligt het accent vooral op de mogelijkheden van Sensorimotor Psychotherapy in de eerste fase van traumabehandeling. In

AFFECT REGULATION AND TRAUMA:  
A SENSORIMOTOR APPROACH

deze fase leren cliënten (fysieke) vaardigheden om hyper- en hypoarousal te reguleren en ontwikkelen en vergroten ze hun arsenaal aan (fysieke) hulpbronnen.

In de samenwerking is de therapeut alert op onbewuste actieve (oriëntatie en afweer)bewegingen. Cliënten worden uitgenodigd deze te exploreren en met aandacht te volgen. Ze kunnen ervaren hoe stap voor stap een weg vrij gemaakt kan worden, waarbij het lichaam alsnog de natuurlijke fysieke oriëntatie en -afweerreacties kan uitvoeren en integreren die op het moment van trauma werden onderbroken. Een voorbeeld hiervan is het volgen en completeren van de (daar en toen onderbroken) actie die had moeten plaatsvinden. Dit wordt in Sensorimotor Psychotherapy een 'act of triumph' genoemd. Een ander voorbeeld is 'sequencing', hierbij gaat het om het de techniek van het aandachtig en gedetailleerd volgen van de microbewegingen en sensaties die gerelateerd zijn aan arousal en/of oriëntatie- en defensieve reacties. Deze reacties hebben een natuurlijk verloop, waarbij het lichaam zelf de rust weer hervindt. Cliënten kunnen ervaren dat ze deze sensaties kunnen toelaten, volgen en integreren, zonder te dissociëren. Dit versterkt het zelfregulerend vermogen.

### **Beschouwing**

Als Pesso-therapeut heb ik geleerd te werken met het lichaam en de emoties, in de context van tekorten uit de levensgeschiedenis. Het voelt dan ook vreemd en onbekend om het verhaal en de context 'los te laten'. In de videofragmenten is zichtbaar hoe Ogden in samenspraak met de cliënt 'het verhaal' loslaat, alleen focust op de fysieke sensaties hier en nu en aandachtig stap voor stap volgt welke beweging wil plaatsvinden. Het is opvallend om te zien hoe ernstig getraumatiseerde cliënten letterlijk en figuurlijk 'in beweging komen'.

Ogden maakt evenals Pesso veel gebruik van 'contact statements' (aansluiten, bevestigen, contact houden) en 'tracking' (observaties). Ogden 'trackt' emotie, cognitie en het lichaam, maar is in deze stabilisatiefase met name gericht op lichamelijke reacties van het autonome zenuwstelsel zoals: versnelde ademhaling, stem, gebaren, beweging, spierspanning, fysieke onrust, trillen, zweten, energieniveau en gezichtsexpressie. Voor cliënten met trauma is dit essentieel om toegang te kunnen krijgen tot signalen van arousal, freeze, dreigende dissociatie of collaps, maar ook om zich psychische en fysieke steunbronnen eigen te kunnen maken.

AFFECT REGULATION AND TRAUMA:  
A SENSORIMOTOR APPROACH

Deze observaties worden naar de cliënt benoemd en in de context geplaatst, maar anders dan in de Pesso-therapiegroep, blijft de aandacht in het verloop van de sessie vooral gericht op fysieke reacties (drop the content, drop the emotions): ‘merk je op dat je hand een beweging maakt als je vertelt over.. Is het oké om daar de aandacht op te richten?’

Evenals in Pesso-therapie is het doel in Sensorimotor Psychotherapy het opdoen en integreren van nieuwe positieve ervaringen die een tegenwicht bieden aan de oude disfunctionele procedurele patronen. In Pesso-therapie gebeurt dit door middel van de interactie met rolfiguren die passend reageren op lichamelijke, emotionele en verbale uitingen, een antwoord op de hechtingsthema's en vroege tekorten in de levensgeschiedenis.

In Sensorimotor Psychotherapy ligt bij aanvang het accent op hoe de ervaringen zijn georganiseerd: ‘What happens if.....’. Wanneer (hechtings)trauma gerelateerde ervaringen de cliënt buiten het window of tolerance dreigen te brengen, wordt de aandacht louter gericht op de lichamelijke reacties, sensaties en impulsen en staat zelfregulatie centraal.

In de loop van de therapie sessie wordt samen gezocht naar wát vanuit die binnenkomende informatie de cliënt kan ondersteunen om onregelde arousal te stabiliseren (grounding, ademhaling, kracht) of helpend is om de niet afgemaakte, bevroren defensieve responsen alsnog te completeren. Aandachtig gewaarzijn helpt het proces te ‘vertragen’, stap voor stap te werken. Vragen die gesteld kunnen worden zijn bijvoorbeeld: ‘Wat merk je op als je je aandacht richt op die impuls tot bewegen?’ ‘Tot hoe ver in je arm voel je die trilling?’ ‘Welke sensaties merk je op als je stilstaat bij dat beeld?’ ‘Welke impuls wil gevolgd worden?’ ‘Wat verandert er in je lichaam als je zo stevig op je benen staat?’

Dit therapieproces van integratie, inzicht verkrijgen in de samenhang van cognities, emoties en lichamelijke reacties en het vergroten van de zelfregulatie, lijkt enige overeenkomst te hebben met de vaardigheden die cliënten kunnen opdoen in een Pesso-oefeningengroep.

In de loop van de workshopdag word ik me, mede door de videofragmenten en ook de oefeningen, opnieuw bewust hoeveel er eigenlijk aan het lichaam te zien is. Mijn ervaring is dat Sensorimotor Psychotherapy je héél goed leert microtracken, niet alleen emoties, maar ook lichaam, houding en beweging.

Het onderscheid wat Ogden maakt tussen het werken met traumagerelateerde en hechtingsgerelateerde defensiemechanismen is zeer verhelderend. Ik heb gemerkt dat het me helpt in structures waar cliënten

AFFECT REGULATION AND TRAUMA:  
A SENSORIMOTOR APPROACH

dreigen vast te lopen, bijvoorbeeld omdat ze overspoeld dreigen te raken of neigen tot dissociëren omdat er aan traumatische herinneringen of reacties geraakt wordt. Sensorimotor Psychotherapy biedt namelijk in zijn werkwijze concrete handvatten om samen met de cliënt te ‘versmallen’ door de aandacht alleen te richten op de fysieke sensaties die op de voorgrond staan en van daar uit met aandacht te volgen wat het lichaam nodig heeft of wil doen. De ervaring heeft me ondertussen geleerd dat de cliënt in een later stadium goed betekenis kan geven aan hetgeen zich in de sessie heeft afgespeeld.

Kortom het was een ‘rijke’ en inspirerende workshopdag, mede door de levendige presentatie van Kekuni Minton. Zeer interessant en informatief met bruikbare methodieken voor hulpverleners die met trauma werken. Dit zijn indrukken die ik ook van andere aanwezige (Pesso) collega’s vernam.

*Literatuur:*

Ogden P. en K.Minton (2001). Sensorimotor sequencing: one method for processing traumatic memory. *Tijdschrift voor Pesso-psychotherapie* 2001, 2.

Perquin, L. en A. Pesso (2000). Pesso-psychotherapie bij de behandeling van de gevolgen van seksueel misbruik. *Tijdschrift voor Pesso-psychotherapie* 2000, 3.

Perquin, L. (2001). De Pesso-psychotherapie en de neurowetenschappen. *Tijdschrift voor Pesso-psychotherapie* 2000, 3.

**Verslag van de Workshop  
'Het lichaam centraal' met  
Lowijs Perquin**  
Utrecht, 22 april 2011

MARGRET KAANDORP

In grote getale, 24 personen, waren wij op deze zonnige Goede Vrijdag naar de prachtige 'Ruimte' gekomen aan de Plompetorengracht in Utrecht.

De voorzitter Wouter Wouters verzorgde de inleiding van de dag, waarna hij het woord aan Lowijs gaf.

Lowijs begon met te benadrukken dat, als we het hebben over het lichaam, het als therapeut van belang is hierover de kennis en de juiste attitude te hebben, naast reflectie op deze twee en naast voldoende vaardigheden.

Daarnaast is er besef nodig dat, maatschappelijk gezien en ook in de psychotherapie, het lijf taboe is. Het dilemma is dat er misbruik op de loer kan liggen, wat in de USA één van de redenen is dat men er angstvallig voor is. Wat kan wél in een één-op-één therapie en wat niet, wat kan wel en wat niet in een groep? Kennen we de impact van het lijfelijke voldoende? (Voor de techniek wordt ver-

wezen naar het uitgebreide artikel op [www.pesso.nl](http://www.pesso.nl) van Lowijs: Omnipotentie en limitering in Pesso-psychotherapie.)

Wat is er gebeurd met de methode? Moeten we niet blijven vasthouden aan het lichamelijke? Uit eigen ervaringen uit onze leertherapie kunnen we het belang van het lijfelijke weten. Onze basisbehoeften zijn namelijk ooit lijfelijk gestart. We zijn biologisch verwant aan de apen en niet aan solitair levende spinnen. Hier noemde Lowijs zijn eigen lijfelijke ervaring in de leertherapie die hem altijd is bijgebleven.

In de therapie overgaan naar het lichamelijke hoort elegant en zonder weerstand plaats te vinden. Te snelle overgangen hierin geven fake structures en kunnen dan als een overval beleefd worden. De reactie kan zijn: 'Oh wat ik tot nu toe vertel is niet belangrijk?'

Er is vaak innerlijke schroom en daardoor een drempel alsof men naar seks vraagt. Wijs dan op het contract wat men is aangegaan en op het boek van Mariëtta van Attekum als huiswerk.

Bij het lichaam centraal stellen is het belangrijk om goed te observeren, je zelf te zien en te

AFFECT REGULATION AND TRAUMA:  
A SENSORIMOTOR APPROACH

voelen, ofwel zelfobservatie, je van deze observaties bewust te zijn en de betekenis ervan op te merken.

Wat staat bij cliënt op de voorgrond? Je moet hiervoor ook de geschiedenis van de cliënt kennen. Oefeningen zijn hier van belang, zie dit als een duikje nemen in de lijfelijke ervaring.

Na de koffie deden we plenair een oefening zelf-zelf interactie. Deze oefening werd bekend verondersteld.

Eén onzer stelde zich hiervoor beschikbaar. In vogelvlucht nu beschreven en een paar tips van Lowijs: vraag aan de cliënt: 'wat gebeurt er als je nagaat: welk lichaamsdeel geeft actief en welk deel ontvangt receptief?' Volgende stap: hoe zou het zijn als iemand die steun overneemt? Vraag ook aan de groep: wie is nu niet beschikbaar als rolfiguur? De gekozen rolfiguur neemt de rol op zich van iemand die je steunt. Vraag aan cliënt: hoe wil je het? Laat deze zelf beslissen. Let op wat de rolfiguur nodig heeft, letterlijk, niet symbolisch. De therapeut heeft een zakelijke, nuchtere, directieve toon. Let op dat je niet op het niveau van een structure komt, want het is een oefening.

Wel kun je vanuit deze oefen-

ing doorgaan met een structure, als dat de afspraak is. Dit is dan een natuurlijke overgang en geen overval. Empathisch lichamelijk benaderen is meer begripvol en je verplaatst je in wat de ander doet.

Vraag toestemming voor interventies. Bijvoorbeeld: hoe vind je het dat ik iets teruggeef over wat ik zie aan je lijf? Blijf in de beelden van de cliënt meegaan en gebruik ook je eigen beeldend vermogen.

We gingen hierna verder met het onderwerp limitering.

Van deze oefening gaat letterlijk en figuurlijk kracht uit, er is dus fysieke kracht voor nodig. Van belang is dan de juiste techniek, het contract en 'pars pro toto' ofwel klein beginnen en opbouwen.

Als opdracht vooraf zei Lowijs: verplaats je in de cliënt en de rollenspelers, zodat je direct kunt zien of ergens uitbreiding nodig is. Wanneer je dit meteen regelt houd je tempo in de structure.

Vervolgens deden we in de groep een Ideale Ouder oefening met limitering. Eén van ons stelde zich beschikbaar als cliënt. Ze koos een Ideale Moeder en Ideale Vader en gaf de opdracht hoe ze naast haar moesten gaan

AFFECT REGULATION AND TRAUMA:  
A SENSORIMOTOR APPROACH

zitten. Tegelijkertijd werden we geadviseerd om ons als therapeut voor te stellen hoe het is om zo te zitten, je kruipt in de rol van je cliënt. Hierdoor kun je meer tempo maken. Meteen werd er al uitbreiding gevraagd omdat C zittend met kracht zijwaartse druk wilde uitoefenen op de benen van de Ideale Ouders. De therapeut moedigt aan om de behoefte te volgen en het uit te proberen. Door empathisch lichamen mee te voelen kun je suggesties doen. Is er symmetrie nodig? Wat zou je willen horen? 'Wij houden je bij elkaar en geven je steun.' Bestendig haar wensen. 'Als wij er toen waren geweest had je niet jezelf bij elkaar hoeven houden.' Als therapeut kun je vragen: Is dat een herinnering? Of: wanneer had je dat nodig gehad? Probeer de fantasie vorm te geven en let op of meer uitbreiding nodig is. De Ideale Ouders bemoedigen cliënt en stellen gerust als er irreële gedachten opkomen. 'Kinderen vallen niet uit elkaar.' Als de ideale situatie dáár is en er een gelukzalige uitdrukking komt op het gezicht van de cliënt, kan de therapeut er meer buiten gaan zitten. Doe getuige interventies. Er is esthetiek, het is authentiek en congruent. De therapeut vraagt om dit goed lijfelijk op te

nemen. Ontrollen tenslotte moet geleidelijk gebeuren, eerst de uitbreiding en later de Ideale Ouders tegelijkertijd. Laat ze contact houden terwijl ze de rol afleggen.

Als therapeut ben je een positieve overdrachtsfiguur, je heet alles van de cliënt welkom alsof je een Ideale ouder bent.

Na een heerlijke lunch, die prima genuttigd kon worden in de tuin achter de Ruimte, en een korte wandeling gingen we na de pauze verder met het oefenen van de Ideale Ouderoefening met limitering. Dit deden we in groepjes van zes personen, waarbij we afwisselend cliënt, trainer en observator, dan wel rolfiguur waren.

Eerst gaf Lowijs ons een reminder over de bekend veronderstelde keten van energie, actie, interactie, satisfactie, validering, betekenis en integratie. Want hoe kan een cliënt verder gaan na een structure? Hoe komt verandering tot stand? Mensen willen eigenlijk niet veranderen, men vindt dat het leven moet veranderen. Integratie is noodzakelijk om een andere innerlijke voorstelling van reële anderen te maken. Het lijfelijke is hierin belangrijker dan de betekenis of liever het gaat eraan vooraf. Neurofysiologisch



AFFECT REGULATION AND TRAUMA:  
A SENSORIMOTOR APPROACH

gezien is de theorie dat er nieuwe verbindingen tussen de linker en rechter hemisfeer, respectievelijk de amygdala (emotie regulatie) en de cortex (cognities) tot stand komen.

Om ervoor te zorgen dat de nieuwe ervaring ook werkelijk tot verandering leidt, kun je de opdracht geven om terug te gaan naar het hoogtepunt van de antidote qua beweging, contact, blik en tekst van de Ideale Ouders. Laat de cliënt vervolgens de betekenis daarvan weergeven in één zin die congruent is. De essentie ervan wordt dan duidelijker.

Door onze proefpersoon van vanmorgen werd de volgende de zin geconstrueerd: 'Ik weet dat ik erop kan vertrouwen dat ik niet uit elkaar zal vallen.' Kijk of wat cliënt formuleert klopt en er authentiek uitziet.

Vraag om dit om te zetten in een 'SMART' plan. SMART staat voor specifiek, meetbaar, achievable (haalbaar), relevant en tijdgebonden. Het effect van dit huiswerk is dat men zo meer verantwoordelijkheid kan nemen voor het eigen proces.

In een groep kun je de Ideale Ouderoefening met limitering doen als training voor de groep. De therapeut is met name didactisch bezig. De vraag aan de

groep is dan: is er iemand die zijn kracht wil testen? Dan dus niet iets anders testen. Maak duidelijke afspraken rondom veiligheid, stoppen en vooraf aangeven hoe en wat men wil testen. Stel je als therapeut hierin directief op. Alle basisbehoeften kunnen begrensd worden.

Je kunt bijvoorbeeld een Ideale Ouderoefening doen met gedragen worden = steun. Ondergetekende mocht dit ervaren. Twee mensen stapten in de rol van 'Ideale Ouders die mij dragen en ondersteunen'. Ik mocht gaan liggen op de armen van deze Ouders met zes mensen als uitbreiding die mij een stukje omhooggooiden en opvingen. Speels en dus leuk en valide-erend.

Bij deze oefening is zorgvuldigheid uiteraard extra belangrijk. De cliënt kan beginnen met tegen de Ideale Ouders te gaan leunen, staand. De therapeut signaleert dat er meer steun bij kan komen. Twee uitbreidingen komen erbij, de handen gaan kruislings achter de rug van cliënt, nog steeds staand. Steeds goed checken bij de hoofdpersoon en rolspelers of het goed gaat. Weer twee uitbreidingen erbij vragen, tot er voldoende personen zijn om de hoofdpersoon op te tillen. Zorg

AFFECT REGULATION AND TRAUMA:  
A SENSORIMOTOR APPROACH

dat deze recht ligt en het aangenaam voelt. Blijf dit in de gaten houden. Op een teken van de therapeut tillen allen de hoofdpersoon 10 cm omhoog en laten, weer op een teken van de therapeut, haar ineens weer 10 cm zakken. Doe dat een paar keer. Bij het afronden begin je met langzaam de hoofdpersoon bij de voeten te laten zakken. De Ideale Ouders houden contact en zeggen bijvoorbeeld 'wij hadden je met heel je gewicht gehouden' of 'wij hadden leuk met jou gespeeld' afhankelijk van wat de hoofdpersoon wil horen en van wat klopt in deze oefening.

Uw verslaggever was geheel tevreden met de oefening en kon er een positieve ervaring van meenemen!

Aan het eind van de dag kregen we ter afronding nog de volgende aandachtspunten mee.

Formuleer interventies in interactieve taal, houd de correcties tijdens limitering kort en positief, ga steeds na of de accommodatoren 'okay' zijn en niet overbelast raken. Benadruk het normale van lichamen contact in de interactie. Oefen in je intervisiegroep de Ideale Ouder-oefening met alle basisbehoeften of oefen de zelf-zelf-observaties, geef altijd eerst

positieve feedback aan de therapeut en daarna tips ter verbetering. Daar leert men het meest van. Blijf alert op je eigen lichamelijke reacties en vergroot je repertoire van woorden om affecten te kunnen benoemen.

Kijk nog eens naar de nog steeds interessante graphics/sheets van Al Pessio op [www.pb-sp.com](http://www.pb-sp.com) naast de artikelen 'Experience in action' op dezelfde site van 1972.

Het was een zinvolle nascholingsdag met praktische informatie en ruimschoots oefenen.

Met dank aan Lowijs en de organisatie bestaande uit Ineke Oppenoorth en Lot Julien, die beiden helaas vandaag verhinderd waren.

*Boekbespreking nieuw boek in het  
Nederlands taalgebied vanuit de Pes-  
so-psychotherapie*

**Emotionele veerkracht in  
psychotherapie. Willy van  
Haver.**

Uitgever: Garant, Antwerpen -  
Apeldoorn, 2010, 292 p.

LOUIS SOMMELING

De auteur behoort tot de voortrekkers van de Pesso-psychotherapie in het Nederlands taalgebied. Hij is directeur van Kern, centrum voor relatie en therapie in Sint Niklaas, bij Antwerpen.

Vanaf het begin betrokken bij Pesso's komst naar Europa in de zeventiger jaren, is Willy van Haver in een soort therapiedagboek zijn notities blijven maken bij Pesso's lezingen, en bij zijn eigen therapieën, activiteiten als opleider en praktijkervaringen als supervisor. Daarom schrijft hij in zijn voorwoord dat hij dit werk de ondertitel mee zou willen geven: gesprokkelde bedenkingen van een therapeut.

Specifieke technieken die men in Pesso-psychotherapie gebruikt worden in dit boek bewust niet uitgediept. Deze horen thuis in een handboek voor Pessotherapeuten en in een opleiding Pes-

so-psychotherapie. En dat is niet de bedoeling van mijn werk, schrijft de auteur zelf. Daarom vind je in dit boek bijvoorbeeld wel een hoofdstuk over hoe je met oefeningen om moet gaan, maar geen overzicht van alle oefeningen. Het boek is vooral therapeutisch en vanuit de praktijk geschreven. Zogenaamde wetenschappelijke neuropsychologische uitstapjes over het virtuele geheugen zul je in dit boek niet tegenkomen.

Toch kent dit boek een heldere indeling omdat haar focus de emotionele veerkracht blijft, zoals die in bijna *alle* vormen van psychotherapie aan bod komt.

Aandacht voor het lichamelijk belevingsniveau helpt therapeut en cliënt om aansluiting te krijgen bij de eigen veerkracht van de cliënt en is een rijke bron ten dienste van de ontplooiing van het echte zelf van iemand.

Hier herkennen we niet alleen de Pesso-therapeut pur sang, maar ook iemand die de diepere zielsbetekenis niet schuwt, die Pesso zelf nog steeds als het meest karakteristieke van zijn methode beschouwt. Maar van Haver geeft aan het Pessowerk zijn eigen kleur en verbindt dit met het Europese gedachtegoed door zijn kennis van de Griekse

oudheid.

De publicatie geeft een gedetailleerd beeld van de lichaamsgerichte experientiële psychotherapie volgens Al Pesso, geactualiseerd met diens laatste vindingen. Geïllustreerd met tal van voorbeelden steunt dit boek op de meer dan veertig jaar ervaring van de auteur als psychotherapeut.

Het boek is bedoeld voor cliënt en therapeut. Over de combinatie van beide doelgroepen parafraseer ik uit de inleiding:

Ook een leek informeert zich tegenwoordig via internet over van alles. Bovendien is het eigen aan deze methode dat je als therapeut aan de cliënt zoveel mogelijk inzicht geeft in de weg die je volgt, de werkhypothese, en de verantwoording waarom je het gebruik van bepaalde technieken in de therapie voorstelt. De transparantie van wat je in de therapie doet, staat in Pesso-psychotherapie hoog in het vaandel geschreven.

Het boek kent een duidelijke lijn. Vele thema's, maar geen losse kwesties.

In het *eerste* hoofdstuk werkt de auteur de door hem gehanteerde mensvisie uit en het belang daarvan in een therapie.

Zelfrealisatie of aanpassing, vervreemding, het sturend ik, het echte zelf als bron, zijn hier de titels van paragrafen.

De latere ontwikkelingen van Pesso en diens nieuwere therapeutische tools zoals 'Holes in roles' zijn geïntegreerd in de teksten.

Het *tweede* hoofdstuk geeft een visie op psychotherapie. Onderwerpen zijn hier: de beleving centraal, the body knows, de soms te zakelijke psychotherapie enzovoort.

Nieuw vind ik hier de vervanging van de term ideale ouders. Ik heb veel therapeuten gezien die zich wat ongelukkig voelen bij deze letterlijke vertaling uit het Engels. Sommigen van ons gebruiken de term modelouders. Van Haver spreekt over *correctieve ouders*, omwille van de verschillen in taaleigenheid tussen het Nederlands en het Amerikaans Engels. Toch vraag ik me af wat de visie hier achter is. Hier gaat voor mij toch iets van de gevoelswaarde van het ideale verloren en van hoe het had moeten zijn.

Heerlijk om te lezen is dat van Haver met goede argumenten heilige huisjes aanpakt. Hanteer je eigen methodiek soepel is een bevrijdende opmerking. Rolfiguren en lichaamswerk zijn voor

de ervaren therapeut niet altijd zaligmakend, omdat het gemis zich soms op emotioneel niveau bevindt en niet op letterlijk lichamelijk niveau.

Het *derde* hoofdstuk gaat in zijn geheel over basisbehoeften. Hierbij komt de voor Pesso zo karakteristieke- en in deze tijd zo noodzakelijke behoefte aan begrenzing ruim aan de orde. Hoofdstuk *vier* beschrijft de werkrelatie tussen therapeut en cliënt, hier spreekt de ervaren meester.

Wij kennen allen het concept *possibility sphere*. Maar hoe deze zo te maken dat de cliënt werkelijk de uitnodiging voelt om zijn mogelijkheden te onderzoeken. De auteur laat zien hoe de possibility sfeer uit wel vierentwintig (!) factoren is opgebouwd, waarvan de moedige erkenning van het niet weten de laatste is. Door dit soort analyses krijgen we de stappen aangeboden om aan dit belangrijke vermogen in onszelf te blijven schaven. Ook gewone basiszaken zoals overdracht in Pesso-psychotherapie, het werken vanuit het eigen centrum, uittesten, de lonende slachtofferpositie, het vermijden van negatieve constructies in structures en dat therapie geen vervangwereld is, worden uitvo-

erig besproken.

Bij de factor 'aandacht voor lichaamstaal' kwam ik een mooi miniatuurtje tegen, waarin de getuige optreedt. In de praktijk komen getuigen ons soms onnatuurlijk over. In de volgende dialoog zeker niet:

'Ik vind de woorden niet' zei de cliënt toen ik hem vroeg hoe hij zich voelde.

De woorden waren er niet, maar zijn ogen en mimiek spraken boekdelen: uitzichtloos en verlamd.

Therapeut: 'Wanneer er bij dit gesprek een ooggetuige aanwezig zou zijn, dan zou die nu kunnen zeggen: 'Ik zie hoe hopeloos en verlamd jij je voelt.' Klopt dat?'

'Ja', zei hij langzaam en het leek of hij eensklaps uitzicht had op een heel andere wereld.

'Ja', zei hij nogmaals: 'hopeloos en alleen gelaten.' 'Alleen gelaten?'

'Ja, als een klein achtergelaten kind.'

'Het klinkt alsof je dat kent...'

De paragraaf onbegrenstheid in de hulpverlening verraadt van Havers ervaringen als supervisor. Hij kent de signalen van onbegrenstheid in de hulpverlener zelf, het te grenzeloos zor-

gen bijvoorbeeld, het voorspel van burn-out. Een goed geformuleerd en doorgesproken contract kan hier zowel therapeut als cliënt beschermen.

Aan dit vaak zo verwaarloosde contract en aan voorbereiding, intake en indicatie voor specifiek Pesso-psychotherapie wordt heel hoofdstuk *vijf* respectievelijk *zes* besteed.

Na hoofdstuk *zeven* over de bedoeling van oefeningen, volgt hoofdstuk *acht* op de voet alle stappen in het therapeutisch proces. Aan de vraag waarom therapie soms niet werkt, wordt niet voorbijgegaan.

In hoofdstuk *negen* tenslotte komt een actuele zaak aan de orde: Kan Pessotherapie in individuele therapie worden toegepast en hoe staat het dan met symbolische rollen en lichaamscontact?

Van Haver schuwt heikele zaken niet en hier is de praktijkervaring van de opleider aan het woord. Hij werkt de bekende discussie uit: mag de therapeut een symbolische rol vervullen in een individuele sessie of moet hij dit juist niet doen? Kan het een teken van angst zijn om een cliënt hardvochtig keurig te behandelen of is een aanraking hier menselijk of zelfs therapeutisch noodzakelijk?

Dit laatste hoofdstuk wordt geïllustreerd met enkele uitgeschreven individuele sessies waarin de Pessomethodiek wordt gebruikt en aangepast.

De *bibliografie* is een goudmijntje, waarin veel literatuur is opgenomen, waaronder ook publicaties uit ons Tijdschrift voor Pesso-psychotherapie, maar ook ons onbekende licentiaatscripties van studenten aan Vlaamse Universiteiten.

Psychotherapeuten en Pessotherapeuten vinden in dit boek essentiële zaken die elders nauwelijks beschreven staan. Het is aan te bevelen voor bevriende collega's van andere richtingen die hun therapie willen verrijken, maar vooral ook voor onszelf.

Een nieuw boek over Pesso-psychotherapie in het Nederlandse taalgebied, geschreven in de mooie Vlaamse taal, met veel humor. En met wijsheid, zoals 'Je hoeft niet altijd aan jezelf te werken, want 'Leven is ook suf-fen''. Of: 'Als je steeds vochtplekken in je kamer hebt, ga dan ook eens in de kelder kijken'. En: 'Wie het stromend water volgt, komt hoe dan ook bij de zee terecht' (met andere woorden: volg gewoon het lichaamsgeheugen).

Van Havers boek is een aanvulling en actualisatie van het boek *Aan den lijve*, het bekende boek van Mariëtta van Attekum als inleiding op de Pesso-psychotherapie.

Ik kan het niet alleen iedere therapeut van welke therapeutische school dan ook aanbevelen, maar door zijn toegankelijkheid ook aan iedere cliënt.

Het boek is gelardeerd met van Havers bekende uitstapjes naar de oude Grieken, waar in plaats van de soms irreële Amerikaanse droom ook chaos heerst en het rondwaren in een schimmenrijk waar de waanzin regeert. Ook het nieuwe Griekenland komt aan bod.

Hedendaagse Grieken voert hij ten tonele, die hij ontmoet vanuit zijn huisje op Kreta waar hij mijmerend kan luisteren naar de eeuwige golfslag en kan uitkijken over de wijde zee en de dageraad.

Willy van Haver heeft het grootste deel van zijn boek in Griekenland geschreven. De voortzetting van de Pesso-psychotherapie thuis heeft hij uit handen gegeven aan een jongere generatie. Gedeeltelijk met pensioen laat hij ons iets na: een terugblik op zijn lange geschiedenis met de Pesso-psychotherapie.