

INHOUD

- 3 Redactioneel
THEO VAN DUIJVENBODEN
- 5 Begrenzing bij vroege tekorten: wegwijzers en valkuilen
DIANE RUTHGEERTS
- 24 Over doel en de reikwijdte van (Pesso-)psychotherapie
Het verband tussen veranderen en accepteren, tussen 'Becoming' en 'Being'
LOUIS SOMMELING
- 32 De Koureten: vechten om de pijn niet te voelen
WILLY VAN HAVER
- 44 Pesso-psychotherapie zonder mannen
HENNY SLEGH
- 57 Verslag van twee bijscholingsdagen
MARJANNE VERMEER
- 60 Verslag van twee lezingen op de Dag van de Psychotherapie
THEO VAN DUIJVENBODEN

Redactioneel

THEO VAN DUIJVENBODEN

Wat is het doel van psychotherapie? Freud zei: van neurotische problemen gewone problemen maken. Dat is vaak niet het antwoord dat cliënten zich wensen. Zij stellen zich de uitkomst van een psychotherapie meestal anders voor. Ze hopen dat ze, verlost van hun klachten, eindelijk (weer) kunnen gaan leven, het liefst zonder problemen.

Het resultaat van een (geslaagde) psychotherapie is echter vaker dat een cliënt ‘*sadder and wiser*’ geworden is dan gelukkiger (een uitspraak van Halberstadt-Freud, aangehaald in de Psy). ‘*Sadder and wiser*’ impliceert acceptatie en het opgeven van illusies. Een essentieel onderdeel van elke goede psychotherapie is, zou je kunnen zeggen, de rouw. De rouw om wat er niet geweest is, maar er wel had moeten zijn. De Pesso-psychotherapie onderscheidt zich van andere therapierichtingen door de ideale ouders, de *antidote*, waarmee voor de cliënt voelbaar wordt hoe het had moeten zijn. Tegelijk daarmee wordt echter ook het verlies voelbaar om wat ontbroken heeft. Zo kan de rouw hierom een aanvang nemen.

Maar er is niet alleen de pijn om wat ontbroken heeft, er is ook de rouw om de beperkingen in jezelf, de narcistische krenking van het tekort, de grenzen die zo moeilijk te aanvaarden zijn. Hoe vaak blijkt niet in een psychotherapie dat het grootste probleem niet schuilt in de gevreesde kwetsbaarheid, de angst voor de pijn, maar in de grootheidsgedachten waarin bescherming gezocht wordt, die alle energie en creativiteit opslokken.

Begrenzing is niet voor niets een van de basisbehoeften die door Pesso worden genoemd. Een van de belangrijkste dingen die wij voor onze cliënten kunnen doen is hen te helpen hun grenzen te accepteren en hun grootheidsgedachten te laten varen.

Dit is in grote lijnen het onderwerp van het nummer van het Tijdschrift voor Pesso-psychotherapie dat voor u ligt. Een nummer met een hoog Vlaams gehalte, want twee van de artikelen zijn van de hand van onze Belgische collega's. Diane Ruthgeerts laat zien hoe belangrijk het bieden van grenzen is en wat daarbij komt kijken met cliënten in een residentiële setting, terwijl in een boeiend stuk van Willy van Haver de moeite met acceptatie aan de orde komt. Hij trekt een parallel tussen de

REDACTIONEEL

mythe van de Koureten en “het vechten om de pijn niet te voelen” dat we bij zoveel van onze cliënten aantreffen.

Acceptatie is ook het onderwerp van het artikel van Louis Sommeling. Hij grijpt terug op het werk van Maslow om het verband tussen *Becoming* en *Being* te belichten, met de vraag wat er van acceptatie in de Pesso-psychotherapie terechtkomt.

Dat met praktische beperkingen heel creatief kan worden omgesprongen laat Henny Slegh zien in de door haar beschreven ervaringen met Pesso-groepen zonder mannelijke deelnemers. Ze gaat daarmee in tegen de gevestigde norm dat mannenrollen door mannen en vrouwenrollen door vrouwen gespeeld dienen te worden. Welke verrassende effecten haar (noodgedwongen?) keuze heeft opgeleverd leest u in haar verslag.

Tenslotte wordt door Marjanne Vermeer bericht over een tweetal interessante bijscholingsdagen van de Vereniging voor Pesso-psychotherapie, terwijl ondergetekende verslag doet van twee lezingen op de Dag van de Psychotherapie.

Moge dit nummer u tot bron van inspiratie zijn.

*Begrenzing bij vroege tekorten: wegwijzers en valkuilen**

DIANE RUTHGEERTS

Een consequent omgaan met voldoende goede begrenzing is van doorslaggevend, vaak miskend, belang in opvoeding, onderwijs, hulpverlening. Bij patiënten met vroege tekorten is het aanbieden van grenzen cruciaal in de behandeling. Toch is er bij hulpverleners veel misvatting rond de manier waarop dit moet plaatsvinden. Teveel wordt het accent eenzijdig gelegd op inperken of afgrenzen. In dit artikel wordt vooral aandacht besteed aan de houding van de hulpverlener als voorwaarde voor beklijvende verbale en lichamelijke begrenzing. Hierbij komt het ‘verwelkomende aspect’ van begrenzing meer op de voorgrond. Deze thematiek wordt gekaderd tegen de achtergrond van het Pesso-gedachtegoed (Pesso, 1991) en geïllustreerd met voorbeelden en interventies uit therapeutisch groepswork op een afdeling persoonlijkheidsstoornissen in residentiële psychiatrie.

Inleiding

Het valt op hoeveel patiënten met vroegkinderlijke traumatische ervaringen of complexe problematiek geen besef hebben van wat ‘grenzen’ betekenen. Ze zijn vaak overgeleverd aan onbegrensde impulsen en gevoelens. Ze voelen zich geregeld heen en weer geslingerd tussen ‘alles kunnen’ en ‘niets kunnen’, tussen ‘almachtsgevoelens’ en gevoelens van ‘nietigheid’. De menselijke maat is zoek.

Bij patiënten met een groot gebrek aan basisveiligheid zien we vaak een sterke behoefte aan prikkels. Alsof slechts bij het ervaren van sterke prikkels (bijv. automutilatie) iets van begrenzing of contour ervaren wordt.

** Met dank aan Louis Sommeling voor zijn ondersteunende feedback en suggesties en een blijk van erkentelijkheid voor Tjeerd Jongasma. Van hem leerde ik het essentiële.

Diane Ruthgeerts is Pesso-psychotherapeute, werkzaam in psychiatrisch ziekenhuis Sint Camillus te Sint Denijs-Westrem, Gent, België en privé praktijk. Correspondentieadres: Hundelgemsesteenweg 1066, 9820 Merelbeke, België. Tel.: 09 362 65 52. E-mail: dianeruth@tijd.com

BEGRENZING BIJ VROEGE TEKORTEN: WEGWIJZERS EN VALKUILEN

Het geconfronteerd worden met ‘een bodem’ en een grens voelen aan overweldigend gevoel is een erg waardevolle ervaring. Dit geldt niet alleen voor gevoelens van woede, maar ook voor wanhoop, kwetsbaarheid, angst, verdriet, chaos, haat, wreedheid, sadisme.

De Pesso-methode biedt een geschikt kader om met de thematiek van onbegrensde om te gaan. Niet alleen door de duidelijke structuur, een doorzichtige techniek en het lichaamsgeoriënteerde van de methode maar ook door de consequente en heldere manier waarop begrenzing als basisbehoefte in de methode vervat zit.

Na het uitdiepen van het begrip basisbehoeften wordt specifiek ingegaan op begrenzing als basisvoorwaarde voor groei en ontwikkeling. Hierna wordt geïllustreerd op welke manier patiënten met vroege tekorten correctief begrenzendes ervaringen kunnen opdoen binnen therapie, zowel verbaal als lichamelijk. Concluderend worden enkele wegwijzers en valkuilen voorgesteld.

De beschreven visie en wegwijzers zijn uiteraard ook bruikbaar in andere settings: ambulante hulpverlening, opvoedings- en onderwijssystemen, justitiële hulpverlening, e.a. Welke therapeut heeft geen cliënten met almachtsgevoelens of bodemloos lijkende wanhoop? En welke ouder zou niet weten dat kinderen ook om begrenzing vragen en dat dit een vorm van aandacht en tegemoetkoming is?

1. Basisbehoeften

Pesso onderscheidt een aantal basisbehoeften die in de vroege jeugd essentieel zijn, maar gedurende het hele leven van belang blijven: de behoefte aan plaats, voeding, bescherming, steun en begrenzing. Volgens Pesso is het zoeken naar invulling van deze basisnoden een genetisch bepaald, algemeen menselijk gegeven en één van de basisvoorwaarden voor het uitbouwen van een leven met plezier, bevrediging, betekenis en verbondenheid.

Een optimale ontwikkeling en vervulling van deze basisvoorwaarden vindt niet plaats in isolement maar noodzakelijkerwijs in relatie met anderen. Wanneer een kind voldoende goede antwoorden krijgt of reacties ontmoet op deze basisbehoeften (door ouders of sleutelfiguren) kan het zich ontwikkelen en uitgroeien tot wie het in potentie is. Adequaate ingevulde basisbehoeften kunnen in de opgroeiende persoonlijkheid geïntegreerd worden en dit vormt de basis voor een bevredigend omgaan met de realiteit. Fundamentele behoeften die geen voldoende antwoord krijgen blijven onverminderd energie opslorpen. Wat we niet gekregen heb-

BEGRENZING BIJ VROEGE TEKORTEN:
WEGWIJZERS EN VALKUILEN

ben blijven we zoeken. Oude, oningevulde noden zitten in de weg en kleuren de manier waarop we omgaan met de realiteit.

“We see the present through the lens of our genetic nature, colored by the filter of memories of unmet needs in the past (Pesso, 1991)”.

De interacties van patiënten met ernstige deprivatie zijn ongewoon fel gekleurd door starre en vertekende gevoelens en gedragspatronen. Borderline patiënten en mensen met persoonlijkheidsproblematiek leven vaak buiten de realiteit, in een ingekleurde wereld, met een andere waarneming van de feiten en met een realiteit die vol is van symbolische betekenissen (De Boer, 1998). Met deze dynamiek hebben we constant te maken in hun pathologie en symptomen.

Een jonge borderline patiënte reageert op een team-evaluatie met de overtuiging dat men haar beu is en dat men haar weg wil hebben.

Een patiënte die opnieuw een erg (zelf)destructieve relatie oppakt met een bevriende drugdealer vraagt hierover advies bij haar toewijzerverpleegkundige. De geboden feedback ervaart ze als het ultieme bewijs dat “iedereen tegen haar is, ze nooit de mogelijkheid krijgt om haar eigen leven uit te bouwen, we haar in de psychiatrie willen houden”. Wie niet expliciet en totaal akkoord gaat met haar, beleeft ze als massaal afbrekend en afwijzend. Ze generaliseert en projecteert meteen in elk ander teamlid het negatieve aspect van haar moeder die haar klein wil houden en haar voortdurend kritiseert.

2. Behoeftte aan begrenzing

Begrenzing is nodig om de eigen energie te kanaliseren, om de eigen krachten te leren hanteren. Begrenzing heeft dus betrekking op gevaar van binnenuit of, om met Pessoa te spreken, op *‘the powerful genetic nature’*. We onderscheiden dit van de behoefte aan bescherming die veeleer betrekking heeft op gevaar van buiten dat dreigt binnen te komen. Een kind kan zijn behoeften, driften en mogelijkheden slechts hanteren wanneer het in de buitenwereld voldoende goede begrenzende interacties heeft ervaren. Zoniet, dan blijven die krachten oncontroleerbaar, onnipotent en oneindig. Wanneer een jong kind in zijn ontwikkeling geconfronteerd wordt met veilige grenzen in een vertrouwde fysieke interactie met ouders (of sleutelfiguren) ontstaat een éérste besef van eigen contour en afgrenzing tegenover de omgeving. Wie onvoldoende duidelijke

BEGRENZING BIJ VROEGE TEKORTEN:
WEGWIJZERS EN VALKUILEN

grenzen krijgt, ontwikkelt die afbakening van de persoonlijkheid niet. Er is dan in zekere zin de neiging om grenzeloos 'verder te gaan'. Pessó gebruikt hier de vergelijking met een ballon die tot in het oneindige op te blazen is. Een onbegrensd iemand is enerzijds overgeleverd aan gevoelens van mateloosheid, almacht en anderzijds aan gevoelens van wanhoop en nietigheid.

Problematisch rond grenzen doet zich niet alleen voor bij een gemis aan grenzen, maar ook wanneer het kind teveel of te strakke grenzen krijgt. Niet voldoende kunnen experimenteren, niet genoeg kunnen stoeien of spelen, je boosheid of protest nooit mogen uitdrukken... leidt tot een opeenstapeling van ongeuite energie. Dit kan aanvoelen als 'een bom' binnenin. Pessó spreekt over 'explosieangst'. Met deze term valt goed uit te leggen waarom iemand zo bang is nooit eerder geuite impulsen naar buiten te brengen.

Grenzen stellen blijft in alle ontwikkelingsstadia essentieel. De begrenzing moet afgestemd zijn op de leeftijd en de capaciteiten van het kind. Aanvankelijk zijn de eerste ervaringen van begrenzing vooral puur lichamelijk van aard: huidcontact, knuffelen... Pas later zit het meer in de regels, afspraken en structuur (Van Attekum, 1997).

Goede begrenzing krijgen gebeurt fundamenteel via interacties. Een gebrek aan grenzen houdt dus altijd een gebrek in aan 'contact'. Kinderen hebben niet alleen behoefte aan ouders die goede begrenzing aanbieden; het kind moet die grenzen ook voldoende kunnen beproeven en 'ervaren' in een veilige 'ouderlijke speelruimte' om ze tenslotte te leren 'accepteren'. (Hoeveel redelijk goed functionerende volwassenen blijven geen neiging houden om grenzen uit te testen, en deze te willen overschrijden)?

Op een afdeling met persoonlijkheidsproblematiek is het onvermijdelijk dat de geboden grenzen voortdurend worden uitgetest en overschreden. Dit gebeurt op vaak subtiele, wanhopige en moeilijk hanteerbare manieren. Patiënten aldaar moeten voldoende en steeds opnieuw gelegenheid krijgen om de grenzen te testen vooraleer ze deze in hun ervaring kunnen inbouwen. Essentieel hierbij is dat de begrenzer voldoende stevig is om én consequent te blijven limiteren én tegelijkertijd voldoende begrip op te brengen voor de krenking die het krijgen van grenzen met zich meebrengt. Alleen vanuit deze empathische confrontatie kan de hulpverlener de beste hulp bieden om deze mensen te leren omgaan met de keerzijde van de almacht: de nietigheid, het gevoel niets te kunnen, niets te betekenen.

BEGRENZING BIJ VROEGE TEKORTEN:
WEGWIJZERS EN VALKUILEN

In de vorm waarin goede begrenzing gebeurt valt het ‘verwelkomende’ aspect meer te benadrukken dan het ‘afgrenzende’ (“*laat maar zien wat je binnenhoudt, wat in u leeft, wij kunnen dat hier hebben en zorgen wel voor de nodige containing*”). Het spreekt voor zich dat een goed begrip van dergelijke begrenzing cruciaal is en ook toepasbaar in andere settings (ambulante hulpverlening, opvoeding, onderwijs, gesloten jeugdinstituten, gevangenissen). Voorbeelden van begrenzing met een louter verbiedend, bestraffend of inperkend aspect missen vaak hun effect. En voorbeelden van begrenzing met een ‘verkrachtend’ aspect waarbij een hulpverlener (bewaker) op mensen met lastig gedrag duikt en de eigen almacht en/of sadistische impulsen afreageert in een krachtmeting heeft niets van doen met het begrip begrenzing zoals hier bedoeld.

Uiteindelijk geeft elke goede begrenzing achteraf opluchting. Vooral ook, omdat het ingehoudene naar buiten mag komen en verwelkomd kan worden. Via de juiste interactie hoeft iemand zich niet meer zo in te houden en zijn onbegrensde gevoelens in isolement te beleven. De bevroren behoeften in het organisme kunnen smelten en in beweging komen, hetgeen welbehagen van het lichaam oplevert.

Het corrigeren van onbegrenstheid is iets dat behoort tot het moeilijkste werk binnen therapie en hulpverlening. Mensen geven op de een of andere manier hun ‘almachtspositie’ niet gemakkelijk op. Het is ontzaglijk pijnlijk voor een mens om zijn schijnidentiteiten, zijn valse zelf, zijn grootheidsfantasieën te gaan afleggen. Het is een hevig rouwproces. Deze grootheidsfantasieën worden door een kind opgebouwd om, wanneer het in chronische verschrikking leven moet, zichzelf nog enigszins te kunnen troosten, door een soort (schijn)zelfbeeld op te bouwen. Wanneer de zware lasten, die iemand zich hiermee op de hals haalt, ondraaglijk gaan worden is de prijs om dit alles los te laten en op zoek te gaan naar het Ware Zelf* zeer hoog: aanvankelijk een desolate leegte en gemis, een rouw, soms nauwelijks te verdragen (Sommeling, 1991). Men ervaart op een afdeling persoonlijkheidsstoornissen dat de meeste patiënten bewust of onbewust met almachtsfantasieën leven (veel thera-

** Echte of Ware Zelf: wat zich potentieel zou kunnen ontwikkelen onder ideale fysieke, emotionele en psychologische omstandigheden. In Pesso-psychotherapie proberen we het nog niet gerealiseerde gedeelte van iemand tot ontwikkeling te laten komen.

BEGRENZING BIJ VROEGE TEKORTEN:
WEGWIJZERS EN VALKUILEN

peuten trouwens ook!)*: fantasieën die het moeilijk maken om anderen echt toe te laten. Het alsnog accepteren van interactie en (daarmee) grenzen, is een lang en pijnlijk proces. Pas bij het begeleiden van langer durende processen leert men beter begrijpen hoe hardnekkig deze problematiek is. Mensen hebben vaak erg lang geïnvesteerd in die 'bijzondere plek' (*"Ik kan het wel alleen! Niemand anders kan wat ik kan! Niemand valt te vertrouwen! Er is niemand die mij aankan"*). Deze houding helpt om te overleven, dus mensen moeten voldoende last hebben van het eenzame, eigen aan die almachtspositie, vooraleer ze bereid zijn die bijzondere plek op te geven. En dan nog valt het niet mee om een 'levenslange troon' te verlaten (Van Attekum, 1997)!

3. Verbale en lichamelijke begrenzing in Pesso-psychotherapie

Hoe wordt er vanuit Pesso-psychotherapie concreet omgegaan met de behoefte aan begrenzing? We belichten achtereenvolgens verbaal en fysiek limiteren. In de marge hiervan komen we in contact met andere ingrediënten uit de Pesso-psychotherapie die kunnen worden gebruikt bij de behandeling van persoonlijkheidsproblematiek, met name: het stap voor stap appèl op zelfcontrole, zelfsturing, eigen verantwoordelijkheid en autonomie. Concluderend worden enkele standpunten, wegwijzers en valkuilen samengevat en geïllustreerd.

3.1 Verbaal limiteren

Gewoonlijk is er veel onduidelijkheid rond de vraag waarom iemand in opname en behandeling komt. Het vage, ongedefinieerde en chaotische dat eigen is aan mensen met vroege tekorten dient waar mogelijk een grens te krijgen. Noodzakelijke limieten zitten vooreerst vervat in een veilige structuur en een voorspelbaar kader van hulpverlening. Op de afdeling wordt gezocht naar eenduidigheid en eensgezindheid in de algemene omgang met patiënten en er wordt systematisch gewerkt met uitgeschreven behandelcontracten*. Het behandelcontract wordt opge-

** Vanuit het 'drama van het begaafde kind' kozen zij vaak het hulpverleningsvak en zetten daarbij het ideaal voort van de wereld die van hen afhangt.

** Met dank aan Lowijs Perquin voor de modelformulieren: behandelovereenkomst PCA Valeriuskliniek, Amsterdam (Metz en Perquin, 1991).

BEGRENZING BIJ VROEGE TEKORTEN:
WEGWIJZERS EN VALKUILEN

steld in samenspraak met de patiënt vóór het opstarten van de eigenlijke behandeling. Het zorgt voor houvast, ondersteuning en leidraad. Het heeft een preventieve functie in het helpen voorkomen dat de behandeling onnodig wordt verstoord door de grenzenloze, destructieve impulsen van de patiënt. Een behandelcontract heeft echter pas zin als er ook gesproken wordt over wat therapie of behandeling precies inhoudt. Vooraleer iemand, na de observatiefase, in de therapiegroep** komt is er een bijkomend individueel intakegesprek. Het is belangrijk dat een patiënt zo exact mogelijk weet wat hij in therapie komt doen. Er worden groepsafspraken gemaakt die de eigen verantwoordelijkheid benadrukken, engagement en motivatie omschrijven, het belang van het sturend ik onderlijnen en vrijheid garanderen om al dan niet mee te doen met de lichaamsgerichte Pesso-oefeningen. Hoe explicieter en duidelijker de verbale afspraken hoe meer kans op succes.

Een goede overeenkomst schept niet alleen houvast en duidelijkheid maar heeft ook de functie van limitering. Magische verwachtingen kunnen worden aangepast: de therapeut is niet omnipotent en evenmin de drager van de oplossingen. Bij behandelcontracten gaat het dus essentieel om het goed aflijnen van de grens tussen patiënt en hulpverlener. Zonder goede afgrenzing bestaat het gevaar dat patiënten hun hulpverlener willen 'opeten' of 'opgegeten' willen worden. De patiënt moet zich realiseren dat hij eigen verantwoordelijkheid heeft in zijn proces en de hulpverlener moet ook voeling houden met zichzelf en zijn eigen 'center' (zoals weergegeven in volgend citaat).

"In the work of establishing the contract, the most important step is first establish your own dimensions, your own self in your own role and function and in your own process, with great clarity, so that when demands are being made in either an implicit or explicit expectation of the client, you can know at once when the client's demands require you to be different from how you know yourself to be. At such a moment you make decisions in reaction to the pressure coming from the client, who may ask you to do what you think is not best for the client. Working from your own centre gives you a reference point" (Pesso, 1996, p.25).

Maar naast het voorgaande limiteert men bovenal vanuit de attitude als

**** Structurerende werkgroep voor persoonlijkheidsvorming waar hoofdzakelijk vanuit de Pessomethodiek wordt gewerkt – frequentie van samenkomsten: driemaal per week anderhalf uur.

BEGRENZING BIJ VROEGE TEKORTEN:
WEGWIJZERS EN VALKUILEN

hulpverlener. Bij confrontaties en begrenzing vanuit eigen irritatie, projecties of machteloosheid zal de boodschap niet overkomen maar gezien worden als afwijzing. Emotioneel gekwetste mensen zijn in het bijzonder gevoelig voor afwijzing. Effectieve begrenzing vraagt interventies die gekleurd zijn door een attitude van zorg en respect, door een bereidheid bij de hulpverlener om zich bewust af te stemmen op de beleving van de patiënt en deze subjectieve beleving ten volle te respecteren.

Het scheppen van die sfeer waar ‘het echte zelf’ van de patiënt tevoorschijn kan komen noemt Pessoa de *‘possibility sphere’*: een plek waar de cliënt zich uitgenodigd voelt om de delen van zichzelf naar buiten te brengen die tot dan toe verborgen waren of onvoldoende plaats, naam of validatie kregen.

“Possibility sphere is the tool that we cultivate in ourselves as therapists to surround the client with a benign seeing, reacting, accepting, naming process, that allows all the new birthings of the self to have a place, to have a response and to have a name.... Naming and blessing starts functioning (Pessoa, 1992, p.8)”.

Kortom: een klimaat van ‘welkom’ heten aan al wat leeft binnenin, al is dit nog zo bizar, bevreemdend, beangstigend, onbegrensd. Dit klimaat heeft dus alles te maken met ontvankelijk zijn voor de beleving, en hiervoor ruimte kunnen maken. Hoe verhoudt zich dit alles tot de basisvaardigheid van begrenzen? Het bieden van ruimte betekent niet dat men onvoorwaardelijk alles slikt wat de patiënt wenst of vraagt. Precies door begrenzend te zijn behoudt men zijn bereidheid om die *possibility sphere* te scheppen. Er is pas een vol ‘ja’ als er ook een duidelijk ‘neen’ kan bestaan. In begrenzend interacties moet die onderliggende attitude van *‘possibility sphere’* proefbaar zijn. Een accepterend, inlevend en hoopvol reageren op alles wat zich aandient blijft noodzakelijk, zonder de confrontatie met de grenzen van de realiteit te verdoezelen.

Ook wanneer men als hulpverlener met hopeloosheid en onmacht bij patiënten te maken heeft, wanneer ze laten voelen dat hun leegte niet te vullen is, wanneer ze willen overtuigen dat toch niets zal helpen, is het belangrijk dit, vanuit een empathische houding, op zijn minst verbaal te begrenzen. Niet door te trachten hen te overtuigen, waarmee men toch alleen maar in een welles nietes strijd verwickeld raakt, maar door iets weer te geven van eigen hoop, eigen visie op leven.

“zinnvolle ervaringen in het leven bestaan, het is in principe mogelijk dat mensen vol-

BEGRENZING BIJ VROEGE TEKORTEN:
WEGWIJZERS EN VALKUILEN

doende goede antwoorden kunnen ontvangen op noden en ik hoop dat ook jij daar iets van kunt proeven”.

“Ik merk dat je dit nog niet kunt aannemen. Jouw ervaringen hebben het je ook anders geleerd. Voor mij is het prima dat je dit nog niet accepteert”.

Patiënte zegt in groep: “ik weet dat wanneer ik mijn verhaal echt zou vertellen er toch niemand is die het aankan. Het is veel te zwaar om te dragen”.

Dit soort uitspraken dragen het onbegrensde in zich en vragen om een verbale grens met voldoende speelruimte.

“Wat een mens kan voelen en ervaren kan in principe gebanteerd worden - We kunnen dat hier samen aan”.

“Als je mij toch die betekenis geeft van iemand die het niet aankan klopt dat wellicht met jouw beleving. Ik herken dat echter niet voor mezelf. Maar misschien kun je iemand kiezen die de symbolische rol op zich neemt van iemand die je verhaal niet aankan. We kunnen dan samen zien wat er verder gebeurt”.

Het gaat hier veeleer om het scheppen van een cultuur van hoop als tegenwicht voor het hopeloze, het grenzeloze. Patiënten hebben vaak grote moeite het hoopvolle aan te nemen. Uiteraard is het essentieel dat men als hulpverlener die attitude van ‘hoop en geloof in evolutie’ ook bezit. En er is veel van dit geloof nodig, opdat een hulpverlener geen coalitie zou sluiten met de moedeloosheid van de patiënt en dan, uit angst, wat flitsende technieken van stal haalt om de wanhoop te verdoezelen en ‘valse hoop’ te scheppen. Hiermee houdt men iemands ‘valse zelf’ alleen maar in stand. Zeker mensen met vroege tekorten voelen exact aan in welke mate men als mens authentiek is en in welke mate de uitspraken ‘body’ hebben. Belangrijk is wel niet in discussie te gaan en de interventies kort maar krachtig te formuleren.

Ook wanneer patiënte een *onduidelijk verhaal* brengt, vaag blijft, mist verspreidt, kan een begrenzende interventie een deuropener zijn naar datgene wat men verborgen leerde houden.

Een patiënte spreekt over ‘niet durven buiten gaan’ en ‘eigenlijk liefst van al naar buiten willen’. Ze blijft wat in het ijle doorgaan met herhaaldelijk uitdrukkingen als: “bij manier van spreken” en “als het ware”, maar het essentiële blijft onuitgesproken. Ik zeg: ‘stop eens even, ik hoor wel wat je zegt maar ben niet zeker te snappen wat jij nu precies bedoelt’. Of: ‘hoe moet ik dit precies begrijpen’? Of: ‘ik wil goed kunnen

BEGRENZING BIJ VROEGE TEKORTEN:
WEGWIJZERS EN VALKUILEN

verstaan wat je bedoelt en hoe dat voor jou voelt'. Patiënte reageert verbaasd met: 'ben ik dan niet duidelijk? Ik durf niet naar buiten te gaan' waarbij ze het woord 'buiten' beklemtoont. Hierop volgt: 'ik wil je graag beter verstaan en ruimte maken voor wat in je leeft, hoe beangstigend ook'. Patiënte vervolgt: 'ja maar ik kan daar de andere mensen toch niet mee belasten. Ik loop daar zelf van weg en ik wil dat anderen niet aandoen'.

De zorg die ze heeft voor medepatiënten kan gevalideerd worden maar het lijkt hier van cruciaal belang dit te begrenzen zodat ze leert ervaren dat een groep haar gevoelens kan dragen.

Ook wanneer men als hulpverlener te maken heeft met *eindeloos gepraat* kan een confronterende bevraging helpen om de experiëntiële ervaring te verdiepen (Depestele, 1977).

"Ik krijg het gevoel dat je nu wel heel erg veel praat. Hebben we het nu nog over waar het eigenlijk om zou moeten gaan"?

Wanneer een therapeut zelf over *de grenzen van de tijd* heengaat, kan dit een signaal zijn dat hij of zij niet in balans is, teveel wil doen, onvoldoende gelooft in de kracht van de cliënt (zie voetnoot blz. 10). De eigen lichaamshouding (naar voren zitten) kan voor de therapeut een signaal zijn van deze onbalans.

3.2. Lichamelijk limiteren

Pesso verbindt de verbale dialoog met non-verbale ervaringen. Op grond van zijn ervaringen veronderstelt hij dat het lichaam een eigen geheugen heeft. Met name zouden vroegere ontwikkelingstekorten een herinneringsspoor in het lichaam achterlaten. Recent neurofysiologisch onderzoek lijkt deze veronderstelling te bevestigen. Vaak is in de manier waarop mensen zich lichamelijk gedragen iets terug te vinden van de onderliggende onbegrensdeheid.

Het profijtge lachje waarmee een patiënte telkens aangeeft dat niemand haar kan helpen.

Het licht optrekken van de wenkbrauwen.

Het neerkijken op.

Patiënt zegt bij herhaling en met een triestige gelaatsexpressie dat hij een overwegend goed weekend had om daarna met een extra glans in het gezicht te zeggen dat hij vreest er nooit bovenop te zullen komen.

BEGRENZING BIJ VROEGE TEKORTEN:
WEGWIJZERS EN VALKUILEN

In specifiek begrenzende accommodatieoefeningen* kunnen mensen een symbolische ervaring krijgen van wat ze aan veilige begrenzende ervaringen gemist hebben in hun geschiedenis. De lichamelijke impuls (bijv. ingehouden aanzet tot beweging) van de patiënt kan gevolgd worden en er kan worden geëxploreerd om een passende interactie te vinden. Pessoa spreekt van shape/countershape – te vertalen als vorm/tegenvorm (Pessoa, 2000).

Het lichamenlijk contact dat in die therapeutische setting geboden wordt heeft naast een letterlijke ook een symbolische betekenis.

Iemand met tomeloze woede die de passende tegenkracht ervaart voelt niet alleen de tegenkracht letterlijk en concreet, maar er komt ook een symbolische betekenis binnen zoals: iemand kan mij aan, zo ben ik veilig.

Bij ingehouden woede wordt de inhouding die iemand zelf toepast 'uitgeleend' aan de rolfiguur. Iemand anders neemt het over, zodat nu pas echt de volle woede gevoeld kan worden en tot uitdrukking kan komen op een veilige begrensde manier. Hierdoor krijgt de woede haar 'vorm' en kan de patiënt er beter contact mee maken, zodat ze in deze wereld met haar woede passender en adequater kan omgaan.

Een vrouw met ernstige deprivatie en een gevoel van verlatenheid ('er is nooit iemand voor mij geweest en er zal ook nooit iemand zijn') kan op het moment dat ze via een symbolische interactie een contactfiguur kan toelaten (die er voor haar had kunnen geweest zijn vroeger) een correctieve én begrenzende ervaring opdoen. Ze kan de nabijheid concreet lijfelijk voelen. Het kan voor haar ingekleurd worden met een betekenis als: iemand vindt mij de moeite waard en loopt niet weg als ik in nood ben.

In elke passende accommodatie zit de idee van 'een grens' vervat en elke passende invulling is in principe een begrensde invulling. Het gebruik van accommodatie in het opbouwen van correctieve ervaringen helpt mensen met persoonlijkheidsstoornissen om voeling te krijgen met basisbehoeften en passende invulling, de betekenis van energie in hun li-

** Accommodatie betekent: het precies passende antwoord krijgen op oningevulde verlangens of onuitgedrukte impulsen. De patiënt kan een groepslid kiezen in een positieve of negatieve rol en, afhankelijk van de rol, experimenteren met het uitdrukken van kwaadheid of lichamenlijk nabijheid, steun, bescherming, fysieke begrenzing...

BEGRENZING BIJ VROEGE TEKORTEN:
WEGWIJZERS EN VALKUILEN

chaam, de omzetting ervan in actie, het opbouwen van een passende interactie, en het verinnerlijken van nieuwe betekenissen.

ENKELE STANDPUNTEN EN VALKUILEN

- *Gebrek aan grenzen is gebrek aan contact*

Ook bij automutilatie is er contact. Het is evenwel een destructief ‘zelf/zelf’ contact (met vingernagels in hand krassen) of een ‘zelf/object’ contact (met hoofd tegen muur bonken, met mesje in arm snijden). In accommodatie gaat het om een ‘zelf/ander’ contact waarbij een ander levend wezen voor invulling van noden kan zorgen op een symbolisch niveau. De uitdaging bij patiënten met deze problematiek is hen in contact brengen met de mogelijkheid om invulling van basisnoden te krijgen via de buitenwereld. In het zoeken naar alternatief gedrag voor automutilatie is het zinnig om oog te hebben voor de achterliggende nood aan invulling via interactie (zelf/ander). Iemand het gebaar en de aandrift tot automutilatie laten uitvoeren terwijl de beweging begrensd wordt zodat het lichaam niet geraakt kan worden, is voor de suïcidale en/of automutilerende patiënt een enorm beklievende ervaring en wordt als ‘werkelijke aandacht’ beleefd.

- *Gelimiteerd worden vraagt vertrouwen*

Limitering is slechts betekenisvol en effectief als eerst de hulpverlener als mens en als ‘professional’ is uitgetest. De ideeën die je als hulpverlener over het leven hebt worden op hun waarde getest vooraleer begrenzing voor de patiënt aanvaardbaar en geloofwaardig is. Vertrouwen laat zich niet dwingen en is vaak een erg langdurig proces. Valkuil: ervan uitgaan dat als de grenzen voldoende duidelijk zijn deze ook direct aanvaard zullen worden. De dagelijkse moeilijkheden die men ervaart in het werken met deze populatie is niet steeds een teken van gebrek aan motivatie. Het kan ook een aanduiding zijn dat er nog onvoldoende vertrouwen is.

- *Ontlading van energie is slechts zinvol als het binnen een interactie doel treft*

Energie is voornamelijk interactief. Correctieve ervaringen aanbieden aan mensen met onnipotente gevoelens vraagt om een interactief gebeuren. Uitdrukking alleen, zonder interactie, blijft vaak frustrerend. Er is nood aan de ‘onmisbare andere’ die een adequaat antwoord geeft. Uitdrukken van kwaadheid vraagt iemand op wie de kwaadheid kan worden gericht

BEGRENZING BIJ VROEGE TEKORTEN:
WEGWIJZERS EN VALKUILEN

en een positief begrenzende figuur die kan helpen om de woede te reguleren; iemand waarbij men kan voelen dat hij of zij al die kracht aan kan; zoals bijvoorbeeld een ideaal passende vader vroeger had kunnen stoeien met zijn kind, niet om te winnen, maar om de vreugde van het krachtenspel.

Een patiënt heeft geleerd zijn emoties te onderdrukken. In zijn verhaal is de onderliggende woede voelbaar. Hij weet er geen raad mee omdat hij tot nu toe geen zinvolle ervaringen opbouwde en zijn impulsen nooit via menselijke interacties beproefde.

Deze emotie blijft echter in zijn lichaamstaal om aandacht schreeuwen. Een en ander wordt merkbaar doordat de patiënt zijn verhaal kracht bijzet met een gespannen vuist (energie). Deze energie vraagt om uitdrukking (actie: mogelijk slaan). Dit alles vraagt om een adequate interactie. Hier kan bijvoorbeeld een begrenzende figuur (medegroepslid neemt symbolische rol op van iemand die de energie kan omvatten en de tegenvorm biedt) een hand leggen om de gespannen vuist en voldoende tegenkracht bieden zodat de hoofdfiguur op een veilige en gecontroleerde manier kan exploreren dat het tot uitdrukking brengen van zijn onderdrukte gevoelens niet destructief of oncontroleerbaar hoeft te zijn maar op een veilige, gelimiteerde manier kan plaatsvinden, in contact met een juist gedefinieerde symbolische rolfiguur. In de interactie met die symbolische rolfiguur kan de patiënt ervaren dat in het leven 'principieel' een antwoord te vinden is op zijn basisnood en dat deze symbolische ervaring verinnerlijkt kan worden (met een juiste betekenis, in de juiste context en op het juiste leeftijdsniveau – zie verder).

Zo kan binnen Pesso-psychotherapie elke prominent aanwezige energie, en niet alleen woede, op het geschikte moment uitgedrukt worden en een omvattende (begrenzende) interactie ontmoeten op een symbolisch niveau. Voorbeelden: een neiging om zich teveel seksueel open te stellen vraagt om limieten (een symbolisch begrenzende figuur kan 'ja' zeggen tegen de impuls om zich open te stellen maar de benen bijhouden en er aldus voor zorgen dat die onbegrensde openheid gelimiteerd wordt en zich niet tegen de patiënte hoeft te keren). Het uitdrukken van overspoelend verdriet vraagt mogelijk een contactfiguur die je niet alleen laat met zoveel verdriet en kan helpen om dit verdriet aan te kunnen (het bodemloze van het verdriet kan dan letterlijk een bodem vinden op een symbolische moederschoot). Voor meer achtergrondinformatie verwijst ik hier naar het artikel van Perquin (2000) waar limiteringstechnieken beschreven worden en diverse thema's aan bod komen als: schuld, dwanggedachten, zelfhaat, zelfdestructiviteit, narcistisch isolement, parentificatie, on-

BEGRENZING BIJ VROEGE TEKORTEN:
WEGWIJZERS EN VALKUILEN

begrensdde ervaringen na seksueel misbruik, promiscuïteit, ‘acting out’. Daar wordt ook duidelijk gemaakt hoe deze interventies kunnen worden toegepast met respect voor de autonomie en zelfsturing van de patiënt volgens de principes van ‘flexibiliteit’, ‘validering’ en ‘stap voor stap’.

- *De essentie van grenzen krijgen ligt op betekenisniveau*

Omgaan met onbegrensdde gevoelens vraagt niet alleen de juiste interactie maar ook betekenisvolle grenzen. Het gaat bijvoorbeeld bij een agressie-ontlading niet zozeer om het fysieke op zich. Er zit een valkuil in een fysieke krachtmeting of catharsis zonder zicht op betekenis. Mensen zijn trouwens erg spitsvondig in het herhalen van hun negatieve levensgeschiedenis. Het is belangrijk geregeld stil te staan bij de betekenis die het gebeuren heeft voor de patiënt.

In een therapiegesprek vertelt een jonge patiënte hoe ze haar agressie had ontladen door verschrikkelijk lang en hard op een bal te schoppen. Ze ervoer dit als essentieel omdat ze anders ‘zeker was gaan snijden in haar arm’. Bij navraag bleek uit haar verhaal hoe ze zichzelf had gesymboliseerd in die bal en dus eigenlijk op zichzelf had staan schoppen. Dit is een voorbeeld van een ontlading die er op het eerste zicht zinnig en onschuldig uitziet. Wanneer je de betekenis bekijkt die het gebeuren krijgt voor patiënte is dit een modelvoorbeeld van een negatieve reconstructie. Het bevestigt de patiënte alleen maar in haar ongelimiteerde agressie. Het schiet zijn doel voorbij. Zulke ervaringen worden soms eerst als triomf beleefd om vrij vlug om te slaan in schuldgevoelens, extreme gevoelens van verlating en depressie.

- *De juiste context en het juiste leeftijdsniveau moet duidelijk gemaakt worden*

Als de context duidelijk is kan de beweging ‘gericht’ worden op ‘iemand buiten’. Vaak schieten patiënten in een ontlading van hevige emoties heen en weer tussen een ervaring als volwassene en een ervaring destijds als kind. In hun realiteit lopen verschillende bewustzijnsniveaus door elkaar. Belangrijk hierbij is dat ze getraind worden om die verschillende niveaus te leren hanteren en meer bewust een verschuiving te maken van het ene bewustzijnsniveau naar het andere. Patiënten met vroege tekorten hebben daar weinig zicht op en dus ook weinig controle. Zeker bij borderline patiënten is het van belang hun volwassen niveau of hun ‘pi-

BEGRENZING BIJ VROEGE TEKORTEN:
WEGWIJZERS EN VALKUILEN

lot** te versterken. Deze sturende functie van het ego stelt hen in staat om te overzien wat ze denken, in het centrum van hun beleving te staan, en van daaruit keuzes te maken op volwassen niveau en autonome stappen te zetten (voorbeeld: “ik ben nu razend, wil niet gaan snijden maar vraag hulp bij de verpleging). In het volgende voorbeeld wordt niet alleen het belang van het hanteren van leeftijdsniveaus duidelijk maar wordt ook het begrenzende van huidcontact geïllustreerd.

Een afhankelijke patiënte die in een acute stresssituatie zit drukt een grote nood uit aan steun en houvast. Ze smeekt letterlijk met de woorden “help mij!” Deze nood is overduidelijk in haar lichaam aanwezig: ze kijkt me smekend aan, met paniek in de ogen, en haar houding is licht voorovergebogen naar mij. Tegelijkertijd verwoordt ze dat ze haar leven alleen wil aankunnen en het zonder hulp wil kunnen stellen. Ze vindt het vervelend zo afhankelijk te zijn en wil op zich zelf kunnen bestaan. Ze zegt: “ik ben een volwassen vrouw en ik wil het alleen kunnen”.

Hoe kan ik deze patiënte op haar volwassen stuk aanspreken zonder haar kindstuk uit het oog te verliezen en omgekeerd? Ik leg uit dat haar volwassen kant inderdaad gelijk heeft dat ze dingen alleen moet aankunnen. Daarnaast refereer ik naar wat ik noem ‘de stem van haar innerlijke waarheid’ die zegt dat ze sterk moet zijn, vooruit moet gaan met haar leven en vooral niet mag blijven stilstaan bij haar nood. Daarnaast zeg ik er getuige van te zijn hoe heel haar lichaam smeekt om hulp en er allicht op een ander niveau (een kindniveau) een terechte, legitieme behoefte is die vraagt om ernstig genomen te worden. Een nood aan steun, hulp, iemand die haar niet alleen laat met al die overweldigende gevoelens? Patiënte onderkent dit en voelt zich aangesproken. Ik help haar om vanuit het midden van die beleving zelf te kiezen en een (volwassen) beslissing te nemen. Als therapeut wil ik in overleg met haar ‘volwassen stuk’ nadenken over wat haar ‘kind stuk’ nodig heeft aan correctieve interacties. Ze begrijpt wat ik bedoel.

Zij kan er voor kiezen om binnen een vooraf afgesproken tijd zorg te dragen voor haar kindnoden en een stukje krijgen van wat ze in de realiteit heeft gemist (deze patiënte kiest een medegroepslid in de rol van een figuur bij wie ze kan wegkruipen, bij wie ze mag voelen wat zich aandient en die haar kan helpen om wat zich aandient te verdragen). De ‘stem van haar waarheid’ (die tijdens deze ervaring uiteraard komt opduiken) wordt ook visueel voorgesteld via een rolfiguur waardoor ze een compleet

** Pessó spreekt over ‘pilot’ om het bewuste, observerende, coördinerende en keuzemakende aspect van de persoonlijkheid aan te duiden (het bewuste ego).

BEGRENZING BIJ VROEGE TEKORTEN:
WEGWIJZERS EN VALKUILEN

overzicht krijgt van haar totale beleving (langs de ene kant haar verlangens, langs de andere kant haar normen, geboden, verboden).

Het belang van goede psycho-educatie kan niet genoeg beklemtoond worden. Zo kan theorie rond de verschillende bewustzijnsniveaus een bruikbaar kader geven waarbinnen patiënten hun onbegrijpelijke reacties en verwarrende emoties kunnen plaatsen.

- *Kracht is niet noodzakelijk (zelf)destructief maar legitiem en eindig*
Energie die doel treft, eindigt bevredigend en vindt haar voltooiing.

Een jonge intelligente patiënte met een levensloop vol grensoverschrijdende ervaringen (seksueel misbruik, alcoholmisbruik, automutilatie, zich niet kunnen houden aan regels en afspraken, rebels verzet tegen structuren) komt voor een proefweeke in de therapiegroep. Op de afdeling is veel grensoverschrijdend gedrag merkbaar (vb.: niet bijtijds uit bed, aangaan seksuele relatie met medepatiënt). Na een intake met duidelijke afspraken komt ze steeds op tijd in de groep. In de groep klinkt vaak haar protest tegen afdelingsregels.

Naast haar protest is er ook een invoelbare vraag om hulp. Haar gevoelens slaan vaak op hol en ze is het beu om steeds maar in de problemen te zitten. Het geeft soms wel een 'kick' die echter van korte duur is. In de kern is het onveilig, beangstigend en eenzaam. Nood aan begrenzing is hier wel erg cruciaal. Je merkt dat ze op geen enkel vlak een idee heeft van wat grenzen zijn. Na een proefweeke besluit ze de groep verder te volgen. Ze blijft op tijd komen en is telkens aanwezig.

Op een bepaald moment in de groep zegt ze zich zodanig kwaad te voelen dat ze 'alles wel kort en klein zou kunnen slaan'. Haar energie is erg voelbaar. Ik peil haar bereidheid om deze met behulp van begrenzing te exploreren. Ze voelt daar wel iets voor: ze beseft dat dit het cruciale thema is en haar impasse in de realiteit wordt overduidelijk.

Ik zorg vooreerst voor een helder contract. De oefentijd wordt op voorhand afgesproken. Ik benadruk dat ik wil kunnen rekenen op haar volwassen stuk dat bereid is om een constructieve ervaring op te bouwen. Daarna leg ik de oefening uit waarbij ze iemand kiest in de rol van positief begrenzende figuur, waartegen ze met haar handen kan duwen en die met de handen tegendruk geeft zodat ze de limiet lijfelijk kan exploreren. Het idee van iemand te kiezen als positief begrenzende figuur klinkt haar wat vreemd. Ze is voldoende nieuwsgierig en kiest een man voor die rol.

De man neemt de rol op met het gebruikelijke ritueel: "ik stap in de rol van positief begrenzende figuur". De oefening begint. Ik instrueer de rolfiguur om wat tegendruk te geven zonder echter haar kracht te beknotten. Het gaat niet om afbreken maar om

BEGRENZING BIJ VROEGE TEKORTEN:
WEGWIJZERS EN VALKUILEN

verwelkomend ruimte bieden aan haar impulsen mét de nodige grenzen. Er ontstaat een veilige experimenteer ruimte. Een vibrerende levende wand die niet slap teveel meeg geeft maar ook niet volledig de kracht wegdunt. Wat aanvankelijk een spel lijkt wordt stilaan ernstig. Ze zegt al haar kracht te willen gebruiken om zich weer opnieuw kwaad te kunnen gaan voelen. Ik spreek met haar af dat de ene rolspeler uitgebreid zal worden met drie andere mensen van de groep die de rol opnemen van; “uitbreiding van de positieve begrenzing”. Zij komen achter de rolspeler te staan en beletten dat deze achteruit gaat door de kracht van de patiënte. Iedereen voelt hoe belangrijk het is dat ze ‘die grens’ niet kan overschrijden. De oefening wordt voortgezet. Dankzij de roluitbreiding kan ze nu al haar beschikbare kracht gebruiken en toch limieten blijven voelen. De rolspelers geven nu en dan, op mijn aanwijzing, verbale ondersteuning via aanmoedigende boodschappen als: “het is voor ons O.K. dat je al je kracht gebruikt, wij kunnen dit aan – laat maar zien wat in je leeft -wij houden het wel veilig – we zorgen er voor dat je die kracht niet tegen jou hoeft te keren”. Ik let erop dat de verbale ondersteuning telkens klopt met de betekenis die het gebeuren heeft voor haar en dat de ervaring constructief blijft binnenkomen (en niet als inperkend wordt beleefd).

Ze wordt nu echt kwaad, dunt uit alle macht maar voelt lijfelijk de tegendruk wat haar gaandeweg opluchting geeft maar ook verdrietig maakt. Ze drukt uit dat haar verdriet te maken heeft met een voelbaar gemis. Op de voorziene tijd stopt de oefening.

Achteraf vertelt patiënte ‘hoe nieuw’ de ervaring van tegenkracht voor haar was. “Ik dacht eerst dat het een spelletje was en dat het mij niet veel zou geven – maar die oefening heeft echt iets geraakt – ik voelde uiteindelijk dat iemand mij aankan”.

Tot verschillende dagen daarna is ze de opluchting van die ervaring blijven voelen.

Besluit

Een consequent omgaan met voldoende goede begrenzing is bij mensen met vroege tekorten in een residentiële setting niet alleen nodig om de orde te handhaven op een afdeling maar evenzeer om individuele correctieve ervaringen aan te bieden. Dit laatste geldt trouwens voor iedereen die therapie vraagt.

Goede grenzen kunnen op verschillende manieren aangeboden worden, maar in essentie vraagt het een attitude ‘*beyond the tools*’ (Sommeling, 1999) en gaat het veeleer om het ‘verwelkomende’ aspect van begrenzing dan om het louter afgrenzende.

Het kader van een gestructureerde, lichaamsgefundeerde en op interactie gerichte therapie als Pesso-psychotherapie wordt goed bruikbaar be-

BEGRENZING BIJ VROEGE TEKORTEN:
WEGWIJZERS EN VALKUILEN

vonden waarschijnlijk omdat de impulsen die bij deze thematiek horen zo nauw verbonden zijn met het lichamelijke.

Goede begrenzing biedt opluchting en veiligheid, vermindert angst en schuldgevoelens en vergroot een adequater vertrouwen in eigen kracht.

Enkel vanuit een 'verwelkomende' begrenzing voelen mensen zich gezien en ernstig genomen en kan (mag) men als begeleider een glimp zien van hun gevoeligheden achter de vaak sensationele façade: eenzaam, onzeker, onbemind, verward, wanhopig, rusteloos, ontroostbaar.....

Literatuur

Attekum, M. van (1997). *Aan den lijve. Lichaamsgerichte psychotherapie volgens Pesso*. Swets en Zeitlinger.

Boer, L. de (1998). Pesso-psychotherapie bij Borderline-persoonlijkeheidsproblematiek. *Pesso bulletin* 2, 46-52.

Depestele, F. (1997). Over grenzen en aanverwante problemen van de cliëntgerichte psychotherapie. *Tijdschrift voor Cliëntgerichte Psychotherapie* 35, 33-64.

Haver, W. van (1990). *Het contract in Pesso-psychotherapie*. Niet gepubliceerd artikel, Kern, Sint Niklaas, 10p.

Jongsma, T. (1996). *Contract: an essential element of therapy definition*. Lecture reported by B. Gooss, C. Marchessault and L. Perquin. Proceedings of the first PBSP trainers and supervisors meeting, Eelde. *Pessobulletin*, Nederland, 2.

Metz, G. en Perquin, L. (1991). Werken met een behandelovereenkomst in de psychiatrie. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* 46, 12p. 1326-1240.

Perquin, L. (2000). Omnipotentie en limitering in Pesso-psychotherapie. *Tijdschrift voor Pesso-psychotherapie* 3, 110-134.

Perquin, L. en Rehwinkel, P. (1999). Pesso-psychotherapie: een lichaamsgerichte psychotherapeutische methode. *Handboek voor groepspsychotherapie*, 1999.

Pesso, A en Crandell, J. (1991). *Moving Psychotherapy*, Cambridge: Brookline Books.

Pesso, A. (1992). Awakening the pilot. *Pesso bulletin*, Nederland, 1.

Pesso, A. (1992). On becoming. *Pesso bulletin*, Nederland, 1.

BEGRENZING BIJ VROEGE TEKORTEN:
WEGWIJZERS EN VALKUILEN

Pesso, A. (2000). Ego development and the body. *Tijdschrift voor Pesso-psychotherapie, congresuitgave*, 3, 12-23.

Sommeling, L. (1991). Het loslaten van omnipotentie: een hevig rouwproces. *Pesso bulletin* 2, 31.

Sommeling, L. (1995). Bodybased. Pesso-psychotherapie meer dan body-oriented. *Pesso bulletin* 2, 53-55.

Sommeling, L. (1999). The art of Pesso-psychotherapy. Ways to reach the masterlevel. Focus on the therapist. In: *congresbundel Osloconferentie*. Te verkrijgen via zijn website: www.oprit.rug.nl/sommeling

*Over doel en de reikwijdte van (Pesso-)psychotherapie**

Het verband tussen veranderen en accepteren, tussen 'Becoming' en 'Being'

LOUIS SOMMELING

Naast de ons bekende 'D-needs' (de deficiency-behoefte) zal de uitwerking van de B-needs (de zijnsbehoefte) ons kunnen helpen om theorie en therapie te ontwikkelen voor de niet-groei, voor acceptatie en integratie. Deze aandacht voor 'being'-waarden en het doordenken en uitwerken van dit eigenlijke doel van psychotherapie, zal onze therapeutische attitude voeden. Door de aanvankelijk gedachte tegenstelling tussen veranderen en accepteren meer als een verzoening te leren zien, zullen we meer openstaan voor wat er is ('the center of truth'). Hierdoor behouden we onze spontaniteit en natuurlijkheid als therapeut.

Inleiding

Spiegelen wij onze cliënten het doel van de Pesso-psychotherapie voor als de volledige vervulling van al hun potenties, als de genezing van al hun verwondingen ten bate van een harmonieus bestaan, als een nieuw leven, '*bringing about total harmonious balance and full energy*' (Pesso)? Pretenderen wij te kunnen vervangen wat zij gemist hebben en op te heffen wat onaf voelt in hun bestaan?

De nadruk op *verandering* komt mij voor als vitalistische, enigszins Amerikaanse nonsens. Is het doel van psychotherapie niet veeleer *acceptatie*,

** Dank aan Hans Stuyling de Lange voor het redigeren van de tekst.

Louis Sommeling is leertherapeut en supervisor voor de Pesso-psychotherapie. Correspondentieadres: Eikenlaan 45, 9321GC Peize. E-mail: l.sommeling@oprit.rug.nl
Website (ook over Pesso-psychotherapie) : www.oprit.rug.nl/sommeling

OVER DOEL EN DE REIKWIJDTE
VAN (PESSO-)PSYCHOTHERAPIE

zoals ook Han Sarolea* concludeerde tijdens een van haar laatste lezingen? Zij beschreef hoe zij aanvankelijk geïmponeerd was door de magische kanten en beloften van de Pesso-psychotherapie, maar aan het eind van haar leven tot de slotsom kwam: ...”*I considered that the goal of psychotherapy could be a letting go of many desires (also the one to change)*”... (Sarolea 1995).

Deze verschuiving van verandering als doel van psychotherapie naar acceptatie is van belang voor onze therapeutische attitude en dientengevolge voor ons praktisch handelen als Pesso-psychotherapeut. De uitdagende uitspraak van Sarolea dat het doel van therapie acceptatie is en niet zozeer verandering, is ingegeven door haar jarenlange ervaring als supervisor. Zij realiseerde zich dat veel Pesso-psychotherapeuten vooral denken dat veranderingen door henzelf van buitenaf moeten worden aangebracht bij hun cliënten. Dit idee doet snel een onderwaardering ontstaan voor de waarde van wat in de cliënt al gewoon aanwezig is. Sarolea zag ook - en dat is ook mijn ervaring als supervisor - hoe veel Pesso-psychotherapeuten hun spontaniteit verloren en onder invloed van deze vermeende opdracht hun toevlucht namen tot geleerde technieken. Het risico hiervan is een versterking van het valse zelf van de cliënt en het ontkrachten van zijn of haar eigenheid door illusoire beloften van buitenaf. De magie zit niet zozeer in de techniek maar in de mogelijkheden van wat al simpel voorhanden is. Voor veel Pesso-psychotherapeuten lijkt het moeilijk om hiervan doordrongen te blijven en deze open houding tot leidraad van hun interventies te kiezen. Er worden veel inspanningen verricht om het doel *daarginds* te bereiken, terwijl de kortste weg erheen is om te geloven, te waarderen en te accepteren wat er *hier* is.

Meer nadruk op acceptatie opent ook de mogelijkheid om in de Pesso-psychotherapie een plaats te geven aan bijvoorbeeld de zogenaamde dalende levenslijn, aan de problemen die samenhangen met het ouder worden en het verminderen van onze lichamelijke en geestelijke vitaliteit. We zullen beter kunnen stilstaan bij de waardegebieden die bij deze levensfase in het geding zijn. We zullen open kunnen staan voor de ervaring dat er soms niet geheeld kan worden maar dat de acceptatie van deze realiteit wel een plaats kan krijgen. Aan de orde zijn met andere woorden de grenzen en het bereik van Pesso-psychotherapie.

** Han Sarolea was een van de eerste Pesso-psychotherapeuten in Nederland.

1. Over de termen 'Becoming' en 'Being'

De termen 'Becoming' en 'Being' vormen een goede leidraad voor een nadere bezinning op het doel van therapie en het verband tussen veranderen en accepteren. De term 'Becoming' verwijst naar een proces van groei, naar worden wat je nog niet bent. De term 'Being' daarentegen verwijst naar een concrete werkelijkheid, naar wat er hier en nu aanwezig is, en nodigt uit tot acceptatie van het zijnde en verzoening met de menselijke onafheid. Acceptatie is respect en laat ruimte voor spontaniteit; niet-acceptatie is pressie, dwang en disharmonie.

Natuurlijk kent ook de Pessó-psychotherapie naast de ervaring van 'Becoming' die van 'Being'. Zij spreekt van de 'center of truth': datgene wat al aanwezig is, en niet overgeslagen kan worden. En Pessó wijst erop dat het tijdstip voor verandering niet geforceerd kan worden, maar dat de tijd er rijp voor moet zijn. Hij wijst op het genadevolle moment: de *kairos* (Sommeling 1999). Toch blinkt de Pessó-psychotherapie meer uit door haar aandacht voor groei en het tot ontwikkeling brengen van wat in de knop aanwezig is. Pessó heeft een rotsvast vertrouwen in de mogelijkheden van de cliënt tot groei en zelfactualisatie. Niet voor niets gaf hij aan het magistrale artikel waarin hij de samenhang van zijn gedachten omschrijft de titel mee 'On Becoming' (1992). Een hoofdartikel met de titel 'Being' schreef hij echter niet en evenmin is hij ingegaan op de verzoening tussen 'Being' en 'Becoming'. Toch is het voor Pessó-psychotherapeuten van groot belang om na te gaan hoe de ogenschijnlijke tegenstelling tussen verandering en acceptatie tot verzoening kan komen. Laten wij hiervoor eens bij Maslow te rade gaan.

2. Verzoening van 'Becoming' en 'Being'

Maslow (1971) de meester van de 'zelfactualisatie' en de inspirator van de groeibewegingen der zestiger jaren, schreef wel een boekje over het belang van 'Being'! Over de polaire termen zegt hij:

The terms 'Being' and 'Becoming' as I use them throughout this book are even better, even though they are not yet widely enough used to serve as common coin. This is a pity because the Being-psychology is certainly very different from the Becoming-psychology and the Deficiency-psychology, as we shall see. I am convinced that psychologists must move in this direction of reconciling the B(eing)-psychology with the D(eficiency)-psychology, i.e. the perfect with the imperfect, the ideal with the actual, ...the timeless with the temporal, end-psychology with means-psychology.
(Maslow 1968)

OVER DOEL EN DE REIKWIJDTE
VAN (PESSO-) PSYCHOTHERAPIE

In het kunnen verzoenen van deze twee werelden, die van het tijdelijke en actuele met die van het ideale en tijdloze, die van het uiterlijke met het innerlijke, ligt voor Maslow de sleutel tot volwassenheid. Maslow maakt hierbij een onderscheid tussen zijnsbehoefte (B-needs) en deficiëntiebehoefte (D-needs). Het *becoming*-aspect is voor Maslow (1971) verbonden met deficiëntiebehoefte, met het laten groeien van iets wat ontbreekt, met de vervulling van 'unmet needs', dat wil zeggen de 'basic needs' van Pessó. In het domein van de therapie, waarvan het doel immers vaak is iemand van zijn ziekte af te helpen, is vooral sprake van D-needs. Maslow verwijst de psychologie nu dat zij zich vooral met deze *deficiency*-aspecten bezighoudt. Voor een gezonde maatschappij is het namelijk niet alleen nodig dat mensen niet-ziek zijn, maar minstens zo belangrijk dat hun persoonlijkheid gezond tot bloei kan komen. Daarvoor zijn volgens Maslow B-waarden (zijnswaarden) en B-kennis nodig en moet er een theorie ontwikkeld worden over 'Being'. Juist deze B-waarden dragen de kiem van volwassenheid, die niet meer zo 'behoefstig' is in haar verlangens, objectiever in haar kennis, en meer gericht op acceptatie en integratie. Bij deze B-waarden gaat het niet meer zozeer om toekomstverwachtingen, als wel om beleving en acceptatie van wat er is in het heden en wat er nog aan nieuwe dingen te beleven valt - zonder deze te zien als compensatie voor een gemis. Ik laat hier Maslow uitvoerig aan het woord vanwege het belang van zijn tekst:

(a). The D-need gratifications come from the world outside the person, not from within. Therefore adaptation to this world is made necessary, e.g., reality-testing, knowing the nature of this world, learning to differentiate this world from the inner world, learning the nature of people and of society, learning to delay gratification.....

(b). The world is in itself interesting, beautiful and fascinating. Exploring it, manipulating it, playing with it, contemplating it, enjoying it are all motivated kinds of action (cognitive, motor, and esthetic needs).

But there is also action, which has little or nothing to do with the world, at any rate first. Sheer expression of the nature or state or powers (Funktionslust) of the organism is an expression of Being rather than of striving. And the contemplation and enjoyment of the inner life not only is a kind of 'action' in itself but is also antithetical to action in the world, i.e. it produces stillness and cessation of muscular activity. The ability to wait is a special case of being able to suspend action.....

OVER DOEL EN DE REIKWIJDTE
VAN (PESSO-) PSYCHOTHERAPIE

Of course, being in a state of Being needs no future, because it is already there. Then becoming ceases for the moment and its promissory notes are cashed in the form of the ultimate rewards, i.e. the peak-experiences, in which time disappears and hopes are fulfilled. (Maslow 1968, 1971, blz. 219)

Mijn indruk is dat in de PESSO-psychotherapie het 'ontzielen' en de zelfactualisatie niet zo sterk als in Maslows tekst onderscheiden worden en meer in elkaar overlopen. Er is in de PESSO-psychotherapie wel aandacht voor zijnswaarden (*meaning, integration of polarities*), maar deze staan toch voornamelijk in de context van *becoming* en *development*. Het nadeel daarvan is dat er geen goed einddoel van PESSO-psychotherapie geformuleerd wordt en in haar theorie ook geen relativering van de therapeutische mogelijkheden wordt geboden. Tevens is er nog geen heldere visie op de niet-groei, de gezichtsrimpels en de dalende levenslijn.

3. Een symbool voor 'acceptatie' in een PESSO-psychotherapie

Als illustratie dat in de praktijk van de PESSO-psychotherapie *Being*-aspecten wel degelijk aan bod komen het verslag van een sessie waarin de onafheid van het leven en de acceptatie daarvan prachtig door een cliënte gesymboliseerd worden (leegte die volheid blijkt te zijn). Cliënte schreef een jaar later dat het goed met haar ging en dat de structure waaruit dit fragment gekozen is haar het meest is bijgebleven

*Licht op een lege stoel**

....Veel heeft ze doorgewerkt en in de loop der tijd een plaats gegeven. Met regelmaat heeft ze symbolische rolfiguren vóór zich op een stoel gezet. Ze heeft haar ideale vader uitgetest op zijn grenzen. Om de diepte van haar behoeften te onderzoeken heeft zij haar groepsleden de rol van ideale moeder laten spelen, een moeder met wie ze contact kan maken en voor wie ze niet hoeft te zorgen.

Het is een van haar laatste sessies. Ze vertelt dat haar vriend haar nog steeds niet kan geven waar ze behoefte aan heeft. Wanneer ik

** Ingekort openingsfragment uit Sommeling, L. (2001) *Leren leven en studeren. Psychologische hulp in de studententijd*.

OVER DOEL EN DE REIKWIJDTE
VAN (PESSO-) PSYCHOTHERAPIE

zeg dat als er een getuige geweest zou zijn, deze had kunnen zien hoe eenzaam ze van jongs af aan in haar zoeken is geweest, is ze diep geraakt. Ze kleurt en schiet vol verdriet. Dit duurt even, maar dan wordt haar gezicht rustig, het is alsof de wereld stil staat... De groep houdt de adem in... Na een tijdje vraag ik of we nog iets voor haar kunnen doen.

Ze zegt: *"ik kijk naar die lege stoel, leeg en mooi met die lichtval"*.

Nu ze dat zegt weet ik dat de therapie klaar is. Ze heeft zichzelf gevonden. Ik voeg er, wat overbodig, aan toe: "en die stoel zal altijd leeg blijven! Geen vriend en geen ander mens zal je ooit helemaal kunnen geven wat je van je moeder nodig had. Maar dat is niet erg. Je hebt een moeder in jezelf ontdekt, wees voor jezelf als een moeder. Die stoel zal altijd leeg blijven, maar dat geeft niet".

In de feedback een week later is ze springlevend, ze is onbezorgd en vrolijk, Ze heeft zich de afgelopen week heel goed gevoeld. Aanvankelijk kan ze weinig van de laatste sessie reproduceren, maar dan zegt ze over de betekenis van ons contact bij haar eigen ontdekkingen iets verrassends: "jij symboliseerde voor mij een vader die zei: "je kunt het zelf wel, het komt wel goed". Ze is opgelucht dat ze niet meer naar steun hoeft te zoeken, ze is zich bewust geworden dat ze alles in zich draagt. Ik vraag naar beelden.

Ze kijkt naar de lege stoel voor zich.

"Dat licht", zegt ze, *" ik voel me lichter"*.

"Dat jij je lichter voelt, dat is toch iets anders dan het licht op deze stoel?", vraag ik.

"Nee", zegt ze, *"het is hetzelfde"*.

Wat leert dit fragment ons? Volgens de Pessó-psychotherapie moet de ideale moeder van buiten worden aangeboden om verdriet en pijn over gemis te ervaren. Op grond daarvan kan vervolgens acceptatie volgen. De cliënte kan hierdoor namelijk in de moeder in zichzelf leren geloven.

OVER DOEL EN DE REIKWIJDTE
VAN (PESSO-) PSYCHOTHERAPIE

Maar het gemis blijft! De ideale moeder kan ons geheugen wel van nieuwe bakens voorzien voor onze bestaansoriëntatie, *maar zij kan de echte moeder niet vervangen, en de afwezigheid van de echte moeder zal bij tijden - wel als zodanig herkenbaar - blijven opspelen*. De acceptatie van deze (beperkte) reikwijdte van de therapie, is tegelijkertijd haar goede einde. En vele van de zijnswaarden (de B-needs) van Maslow (zie ook 1971, blz. 89) zijn tot volle wasdom gekomen.

Tenslotte

Over wat acceptatie vermag en wat niet, hoorde ik de volgende anekdote: toen aan een beroemd therapeut gevraagd werd of hij zelf ook in therapie geweest was, knikte hij bevestigend. En wat was het verschil tussen ervoor en erna, vroeg men hem. "Ach", zei hij: "vroeger bonsden de neurosen op mijn deur, vielen naar binnen, mij in paniek en zonder adem achterlatend. Nu daarentegen wordt er soms zachtjes op mijn deur geklopt. Ik doe open, nodig een neuroosje binnen, we drinken samen een kopje thee, ik praat er even mee en dan stuur ik hem* weer weg".

Summary

Pesso titles one of his beautiful articles 'On Becoming'. Writing another article called 'On Being' would be a good idea, in addition to Maslow's book on humanistic psychology: 'Toward a psychology of Being' (1968). Emphasizing 'Becoming', a potential but not yet actualized goal, might easily be understood as a promise of unrealistic goals. Such a promise would deny the limitations of psychotherapy, life's decline, dying or sickness of the body and the imperfection of our creation. It could easily make us unsatisfied by what has already been achieved and presented in the here and now by ourselves, our client or trainee, in other words by the 'O.K.-ness' of Being. Reconciling the paradox of becoming and being supplies the therapeutic attitude with naturalness and spontaneity.

Literatuur:

Maslow, A. (1968) *Toward a psychology of Being*. N.Y.: Van Nostrand Reinhold Company.

** Ik beschouw een neuroosje als mannelijk omdat vrouwen vanaf Eva al teveel als oorzaak van alle kwaad gezien worden.

OVER DOEL EN DE REIKWIJDTE
VAN (PESSO-) PSYCHOTHERAPIE

Maslow, A. (1971) *Psychologie van het menselijk zijn*. Rotterdam: Lemniscaat.

Pesso, A. (1992) On Becoming. In *First International Meeting*. (*Pessobulletin 2e versie*): p.2-9.

Sarolea, H. (1995) About the goal of Psychotherapy. In: *First international meeting of trainers and supervisors*. Eelde.

Sommeling, L. (1999) *The art of Pessopsychotherapy. On kairotime*. (Osloconferentie. Het artikel is te printen of te lezen via de website (zie noot 1).

Sommeling, L. (1999) *Leren leven en studeren. Psychologische hulp in de studententijd*. Assen: van Gorcum. Meer gegevens op website (zie onder noot 1).

De Koureten: Vechten om de pijn niet te voelen

WILLY VAN HAVER

Inleiding: Griekse mythologie en Psychotherapie

De oude Griekse mythes zijn niet zomaar verzinsels. Ze zijn de kristallisatie van het toenmalig weten; wetenschap die op dat moment nog erg ongedifferentieerd was. Dat maakt dat men deze mythologie vanuit verschillende disciplines kan bekijken. Sommige mythes proberen het ontstaan van de wereld te verklaren; sommige geven een verklaring voor natuurverschijnselen; sommige zijn pure geschiedschrijving; sommige de kristallisatie van morele codes en normen.

Ook psychische waarheden en fenomenen zitten hierin verweven. Ook toen projecteerde de mensheid zijn eigen ervaren van het bestaan in observeerbare fenomenen buiten zichzelf en in zogenaamde feiten.

In de mythes hoor je telkens weer het verhaal van de menselijke ziel in al zijn facetten. Het was Freud, ook hij alweer, die als eerste de link zag tussen deze mythologische waarheden en een wetenschappelijke psychologie. Zijn analyse van de Oedipus-mythe blijft een fenomenaal prachtwerk. Maar daarbij verkeek hij zich op deze mythe alsof dat de enige mythe was die de waarheid van de psyche beschrijft. Gelukkig hebben C.G. Jung en later de Jungiaanse school deze visie opnieuw opengetrokken.

De studie van deze oude mythes blijft voor de psycholoog en de psychotherapeut een bijzonder boeiende bron die hem kan helpen om de psychische fenomenen waarmee hij in zijn werk geconfronteerd wordt, te verstaan. Hierbij zullen we als westerling vaak gemakkelijker aansluiting hebben bij de Griekse mythologie omdat die mede de basis vormt van onze eigen cultuur.

Daarbij komt dat het Oudgriekse godendom erg gedifferentieerd was. Bijna ieder menselijk gevoel of psychisch fenomeen werd gepersonaliseerd door een aparte godheid. Athena stond voor de wijsheid, Dionisos

Willy van Haver is psycholoog, psychotherapeut, opleiding Pesso-therapeut, -supervisor en -trainer, directeur Kern, Centrum voor psychotherapie en relatievorming, Sint-Niklaas, België.

DE KOURETEN:
VECHTEN OM DE PIJN NIET TE VOELEN

voor de uitbundige vreugde, Artemis voor wraaklust, Ares voor agressie, Eros voor verliefdheid, enzovoort.

Door alles buiten zich te plaatsen probeerde de mens ook toen, vat te krijgen op de ongrijpbare dynamiek van zijn eigen psyche. Zonder mij op religieuze of theologische paden te willen begeven zou men kunnen stellen: “En de mens (de oude Grieken) schiep god naar zijn beeld en gelijkenis”.

Wanneer we connecties willen maken tussen mythologische waarheden en psychotherapie die zoekt naar een wetenschappelijke basis, moeten we ons ook realiseren dat mythologie een neerslag is van intuïtief weten en niet van analytisch deductief denken, zoals dat in een actueel wetenschappelijke benadering gebruikelijk is.

De “waarheden” die men uit de mythes kan distilleren zijn meestal voor verschillende interpretaties vatbaar. De “waarheid” die een lezer in een mythe meent terug te vinden, zegt dan ook meer over de lezer zelf dan over de psyche in haar algemeenheid en haar functioneren als dusdanig. Dit hoeft niet te betekenen dat deze waarheden daarom minder valabel of minder bruikbaar zouden zijn. Tenslotte weten we dat ook psychische waarheden die door deductief wetenschappelijk onderzoek verkregen worden, gekleurd worden door de onderzoeker, door de context van het onderzoek of door de tijdsgeest. Zeker in psychotherapie bestaan er nu eenmaal geen absolute waarheden.

De Koureten

Om de betekenis van de Koureten duidelijk te maken, moet ik mijn verhaal beginnen bij de Oudgriekse godheid Chronos. Deze mythe situeert zich in de ontstaansgeschiedenis van de wereld toen het ene goddelijk geslacht kampte met het andere goddelijk geslacht met als inzet: de alleenheerschappij over de hemel, de wereld en de onderwereld.

De strijd ging er - hoe zou het anders kunnen - erg bloeddorstig aan toe, waarbij één van de gebruikelijke strategieën was: de heersende vaderfiguur castreren en hem dan van de troon verdrijven. Ook Chronos had die tactiek met succes toegepast en zijn vader Ouranos aan de kant gezet. Maar de Grieken hadden, zelfs in hun mythes, zin voor tragedie en zo'n machtsgreep bleef niet straffeloos. In zijn val voorspelde Ouranos aan zijn zoon dat hem hetzelfde lot te wachten stond: één van zijn kinderen zou hem zijn ballen afsnijden en zou een einde maken aan zijn heerschappij. Chronos was dus gewaarschuwd.

DE KOURETEN:
VECHTEN OM DE PIJN NIET TE VOELEN

Hij gebruikte dan ook een drastisch middel om dit onheil te voorkomen. Wanneer zijn vrouw Rhea een kind baarde, at hij dat meteen na de geboorte op; op die manier zou hij het lot te slim af zijn. (Chronos, de tand des tijds, vernietigt alles wat hij zelf tot leven brengt). Tot zijn vrouw Rhea dit mannelijk thema van heersen en macht doorbrak. (De vicieuze cirkel waarin men gevangen zit door het streven naar macht, wordt door het vrouwelijke doorbroken). Zij wou als moeder tenminste één van haar kinderen zien opgroeien en de stem van haar moederhart overtrof de trouw aan haar man.

Toen Zeus, haar jongste kind, geboren werd, moffelde ze hem weg en gaf aan de vader een steen die in doeken was gewikkeld. Als hun macht op het spel staat, slikken machtsmensen alles, en Chronos verorberde de steen in de waan dat hij op die manier beveiligd was tegen de mogelijke concurrentie van zijn laatstgeboren zoon. Zijn moeder smokkelde Zeus naar Kreta waar ze hem in een grot in het Idagebergte verborg, een plan dat Rhea overigens was ingefluisterd door Gaia, de grootmoeder van Zeus (nota van een grootvader!). Daarbij werd hij niet aan zijn lot overgelaten, maar werd gevoed door de geit Amalthea, die op die manier het symbool voor vruchtbaarheid werd. Later maakte Zeus van het vel van deze geit een schild, de Aegis, waardoor hij in het gevecht met vijanden onoverwinnelijk was. (De moederlijke zorg wordt later de bescherming tegen bedreigingen van de buitenwereld).

Rhea had voor de bescherming van haar kind op Kreta ook nog de Koureten aangesproken. De Koureten waren een soort goedaardige demonen die zich vooral bezig hielden met vechten voor de goede zaak. Godheid, of niet, ook Zeus had een moeder nodig, en begon als klein wicht telkens weer te wenen omdat hij de geborgenheid van zijn moeder miste. Telkens als de kleine Zeus begon te huilen, maakten de Koureten lawaai door met hun zwaard op hun schild te slaan. (Een gebaar dat door rijkswacht en politie nog steeds gebruikt wordt om een betogende massa te intimideren). Door het maken van dit lawaai konden de Koureten verhinderen dat Chronos de huilende baby zou horen en Zeus zou ombrengen. Mede dankzij de Koureten kon Zeus overleven en kon hij later de goddelijke oppertroon bestijgen.

Tot hier het mythologisch verhaal.

Het gekwetste kind

Uit dit ganse verhaal wil ik één zin uitlichten: het huilend kind wordt overstemd door het lawaai van de krijgslieden.

DE KOURETEN:
VECHTEN OM DE PIJN NIET TE VOELEN

In het psychotherapeutisch werk kom je dit fenomeen vaak tegen: mensen gebruiken als volwassene allerlei technieken om de pijn die hen als kind werd aangedaan te maskeren. Eén van de wegen tegen het voelen van de pijn is vechten.

We worden geboren met een aantal fundamentele behoeften die zich niet alleen op fysiek vlak situeren, maar die ook voor ons psychisch welbevinden implicaties hebben: de behoefte aan een eigen plaats, zich kunnen hechten, bescherming krijgen, gesteund worden, gekoesterd worden en later: grenzen krijgen en zelfstandig zijn eigen weg gaan.

Pesso-psychotherapie benadrukt dat de vervulling van deze basisbehoeften als kind significant bepalend zal zijn voor de levenskwaliteit van de volwassene. Wanneer het kleine kind geen gepast antwoord krijgt op wat het nodig heeft, lijdt het ongemak, de baby gaat huilen. Wanneer dit ongemak blijft aanhouden, bereikt dit de pijndrempel; het kind lijdt pijn.

Een levend organisme probeert zich tegen deze pijn te verdedigen, het zoekt hoe het zijn welbevinden en zich goed voelen, kan herstellen. Veel keuze heeft men hierin niet. Ofwel slaagt men erin om de oorzaak van de pijn uit te schakelen (voorbeeld: een man scheidt van zijn vrouw door wie hij telkens weer bedrogen wordt). Wanneer dit niet lukt, blijft er maar één oplossing over: het aanpassen van de beleving van de situatie: men gebruikt één of andere “techniek” om geen pijn meer te voelen: dissociatie, splitsing, ontkenning, rationalisatie, enzovoort. Maar daarmee is de kous niet af. Het niet vervullen van een basisbehoefte heeft twee effecten die ogenschijnlijk tegenstrijdig zijn, maar die eigenlijk complementair zijn, dat wil zeggen: het ene houdt het ander in stand.

De negatieve waarheid

Enerzijds ontstaat een negatieve predictie.

“Hecht je niet te veel aan iemand. Want dan ben je affectief afhankelijk en kunnen ze je in de steek laten (hetgeen pijn veroorzaakt)”. Cliënte verloor haar moeder toen ze zes jaar oud was. “Laat een vrouw niet te dichtbij komen, want dan ontnemen ze je alle vrijheid en je eigen levensruimte”. Cliënt moest zich altijd afsluiten voor zijn bazige, opeisende moeder. Mensen maken van hun eigen ervaringen “de waarheid” en gebruiken die waarheid als kompas in het leven. “De waarheid” zegt ons hoe het leven in elkaar zit en wordt richtinggevend voor de positie die we kiezen in het leven en de relaties die we aangaan.

De negatieve ervaring wordt verabsoluteerd tot “*de* waarheid” en gaat functioneren als de spreuk in het wapenschild. Zoals het wapenschild

DE KOURETEN:
VECHTEN OM DE PIJN NIET TE VOELEN

symbool staat voor een familie, een clan of een gemeente, gaat men zich met deze voorspellende waarheid vereenzelvigen en wordt het typerend voor de persoonlijkheid en de manier waarop men met anderen omgaat. Andere mensen zien dat vaak scherper dan de persoon zelf. “Zo een koele kikker”. “Een sloef van een vent”. “Een kruidje-roer-me-niet”, enzovoort.

We zijn geneigd om de “waarheden” die ons drijven en bepalen, te ontkennen omdat ze zo direct met onze pijn, met de oude pijn die we leden, verbonden zijn. Het onderkennen van de waarheid van onze ervaring roept pijn en gemis op en dat voelen we liever niet.

Dus A: de negatieve ervaring wordt richtinggevend voor nieuwe situaties en men wil op die manier voorkomen dat men opnieuw gekwetst of teleurgesteld zou worden.

Hoop tegen beter weten in

Maar ook B: men blijft hopen op een positieve invulling van de behoefte. Men blijft zoeken naar iemand die wel te bieden heeft wat men nodig heeft. Het “echte zelf” geeft het zoeken naar vervulling zo vlug niet op.

Nadat de Griekse goden de mens, die uiteraard mannelijk was, hadden geschapen, schonken ze hem ook een vrouwelijke levensgezellin in Pandora. Als welkomstgeschenk kreeg deze haar befaamde doos mee, waarin iedere godheid zijn of haar “gift” voor de mensheid had geborgen. Pandora mocht die doos niet openen - de oude Griekse goden waren eigenlijk pestkoppen - iets wat natuurlijk niet strookte met haar vrouwelijke nieuwsgierigheid. Het resultaat is bekend: uit de doos ontsnapte alle onheil en ongeluk. Gelukkig kon Pandora haar doos nog tijdig sluiten zodat naast alle onheil, nog een laatste goddelijk geschenk bewaard bleef: de hoop.

Wanneer een basisbehoefte niet bevredigd wordt, blijft men zoeken naar een antwoord. Het kinderlijke stuk blijft hopen, ook al weet de volwassene beter. Vaak zal het actieterrain daarbij verschuiven van realiteit naar fantasie. Kinderen gaan in het spel met hun poppen of met vriendjes realiseren wat ze missen in hun realiteit.

Ook volwassenen bedekken hun realiteit met fantasie: ze kijken naar films waarin mogelijk wordt wat hun realiteit niet te bieden heeft: ze lezen romans; ze kijken uit naar een ideale vakantie; ze bouwen een droomwereld op rond “met pensioen gaan”; als ultieme kans is er het

DE KOURETEN:
VECHTEN OM DE PIJN NIET TE VOELEN

groot lot van de lotto waardoor plots alles mogelijk wordt; en... ze spelen spelletjes, dooernstige spelletjes met elkaar.

Nieuwe relaties moeten het oud gemis opvullen: “Waar vind ik iemand die mij begrijpt; waar is diegene die zorgt voor mij; waar is de man die respect heeft voor wat ik doe; waar is de vrouw die mij de gemiste warmte en koestering geeft; wie is in staat om mijn streven naar macht en invloed te begrenzen”; etcetera, etcetera.

De partner, vrienden, collega's en zelfs kinderen worden ingeschakeld in dit scenario. Vaak zal de partner als eerste ongevraagd in aanmerking komen om de rol te spelen van de ouderfiguur die men gemist heeft. Men vecht om in de relatie vooralsnog te krijgen wat men gemist heeft: een unieke plaats, gerespecteerd worden in zijn eigenheid, aandacht, bescherming...

Iedere nieuwe relatie of beginnende relatie houdt de belofte in: deze keer zal het mij lukken, waarbij de nieuwe medespeler de rol krijgt van datgene wat nog ingevuld moet worden. De kans is groot dat deze invulling de realiteit van de ander vertekent; hij is niet alleen een warme, begrijpende man, hij heeft ook zijn vervelende en scherpe kantjes en zij is niet alleen een koesterende vrouw, zij vraagt soms ook aandacht tot vervelens toe. Deze invulling wordt tot een thema in de relatie, tot een gevecht. Kost wat kost zal zij van hem een warme, begrijpende man maken, en zal ze de scherpe kantjes weg krijgen. Hij accepteert alleen de koesterende vrouw; de rest zal hij haar wel afleren. Lukt het niet, dan dreigt de relatie te breken en begint men opnieuw met de volgende kandidaat, in de hoop vroeg of laat iemand tegen te komen die beantwoordt aan wat men nodig heeft. Het echte zelf weet immers dat wat men zoekt, ook bestaat.

In Pesso-psychotherapie gaan we ervan uit dat het leven zo geconstrueerd is, dat iedere behoefte per definitie ook het bestaan van een antwoord inhoudt. Wanneer er bij mij thuis een klein geitje geboren wordt, dan krijgt het van de natuur de code mee dat er in de buitenwereld iets te vinden is dat het antwoord is op een hongerig muiltje dat wil zuigen. Het begint meteen te zoeken, in de “overtuiging” dat er ergens een voedende tepel te vinden moet zijn. Wat meer is: de moedergeit heeft niet alleen de mogelijkheid om voor melk te zorgen, ze heeft ook de behoefte om melk te geven. Haar uier is gespannen en vraagt om een klein geitje dat melk nodig heeft. Zoals het kind van nature basisbehoeften heeft, hebben ouders van nature de behoefte om te moederen en te vaderen. De behoefte van het kind en de ouderlijke zorg vormen een natuurlijke eenheid.

DE KOURETEN:
VECHTEN OM DE PIJN NIET TE VOELEN

Ons echte zelf weet dit.

Onze ervaring spreekt dit tegen.

De grilligheid van het leven maakt dat deze rechtlijnige en eenvoudige wetmatigheid niet altijd klopt.

Vechten om niet te voelen

Het gemis wordt dus een thema en een blijvend zoeken in iemands leven. En hoe vreemd het ook moge klinken: het gevecht om te krijgen wat men gemist heeft en waar men recht op heeft is daarbij soms aantrekkelijker dan het krijgen. In het proces dat mensen doormaken om uit de greep van dit negatief patroon te geraken, bijvoorbeeld in therapie, merk je nogal eens dat de verleiding om in het gevecht te blijven, groter is dan kunnen toestaan dat men ook krijgt waar men eigenlijk naar hunkert. Blijven vechten voor iets wordt hoofdzaak; krijgen wat men nodig heeft, wordt bijzaak en wordt onaantrekkelijk en oninteressant, ook al ontkent het bewustzijn deze onlogische stellingname.

Eén van de motieven om het gevecht aan te houden is dat op die manier de aanklacht gehandhaafd blijft. Wanneer men zich openstelt om te krijgen wat men zoekt, verliest de oude aanklacht haar kracht en is het niet langer een thema. Men zegt dan eigenlijk: “Zo is het goed; ik ben tevreden” en men vreest dat de oude kwetsuur op die manier zou vergeten worden.

Een neveneffect is dat men zijn oude houvast verliest. De oude positie is niet comfortabel, maar biedt tenminste zekerheid; men weet waar men aan toe is. Is die nieuwe positie wel te vertrouwen? Deze dynamiek verklaart waarom je als Pesso-psychotherapeut regelmatig geconfronteerd wordt met het feit dat cliënten het in een structure soms erg moeilijk hebben om een ideaal-figuur te accepteren en toe te laten in hun leefwereld. “Dit bestaat niet; de realiteit is anders; dit is niet geloofwaardig;...” Eigenlijk vreest de cliënt dat door het “ja” zeggen tegen de ideaal-figuur de oude kwetsuur en het onrecht dat hem/haar toen is aangedaan zou weggewassen en vergeten worden. Je merkt deze dynamiek bijvoorbeeld ook in het feit dat men in Vlaanderen, 60 jaar na wereldoorlog II, nog altijd geen amnestie kan verlenen aan mensen die destijds “fout” waren en collaboreerden met de bezetter. Kan men het wel riskeren om de wapens af te geven wanneer de vrede beloofd wordt? Stoppen met vechten betekent: het voelen van de oude pijn. Pas daarna kan er mentale ruimte zijn voor een positief antwoord van de omgeving op het gemis. Groei is maar mogelijk wanneer de oude pijn gevoeld wordt, het gekwetste er-

DE KOURETEN:
VECHTEN OM DE PIJN NIET TE VOELEN

kend wordt en men voeling krijgt met het verlangen dat nooit ingevuld werd. Zolang men vecht tegen het voelen van de pijn, blijft men gewapend en geraakt men niet in de positie van het-nog-niet-gewapend kind dat nodig heeft. Het wapengekletter van de Koureten verhuult de pijn van het gekwetste kind. Dit kinderlijk gemis kan maar verzorgd en geheeld worden wanneer het kind ook gehoord wordt en de kwetsuur onderkend wordt.

Voorbeelden

Voorbeeld A: “Ik kan het niet laten om de ene man na de andere te versieren. Op het moment dat het ernstig wordt, verbreek ik de relatie. Op die manier wil ik voelen dat ik graag gezien word”.

Het is pijnlijk om te voelen dat men niet graag gezien werd.

Voorbeeld B: op het Kretensisch terrasje zit aan het naburig tafeltje een Duitser die eindeloos praat en zit uit te leggen aan zijn tafelgenoten die duidelijk niet geïnteresseerd zijn en die er nauwelijks een woord tussen krijgen. Zijn eindeloos (vervelend) gepraat is de vraag: “Luister naar mij”.

Het is pijnlijk om te voelen dat er niemand is die luistert.

Voorbeeld C: “Al drie jaar heb ik met mijn man geen seks. Hij wil wel, ik wil niet. Door neen te zeggen, dwing ik hem om respect te hebben voor wat ik wil”.

Het is pijnlijk om te voelen dat men niet gerespecteerd wordt in wat men wil.

Voorbeeld D: “Mijn baas waardeert niet dat ik mij inzet voor mijn werk. Ik eis dat hij die inzet apprecieert door een extra vergoeding”.

Het is pijnlijk om te voelen dat er geen waardering was voor wat men deed.

Voorbeeld E: “In een relatie neem ik zelf nooit initiatief, het initiatief moet van de ander komen, zodat ik zeker ben dat ik gewenst ben”.

Het is pijnlijk om te voelen dat men niet gewenst is.

Voorbeeld F: Professor F. probeert in alle mogelijke commissies en verenigingen een sleutelpositie te veroveren.

Het is pijnlijk om te voelen dat er met jou geen rekening gehouden wordt.

Voorbeeld G: “Telkens als we ’t gezellig hebben, breekt mijn man dit af en gaat hij nog even naar zijn vrienden. Ik voel me dan in de kou staan”.

Het is pijnlijk om te voelen dat er niemand is.

DE KOURETEN:
VECHTEN OM DE PIJN NIET TE VOELEN

Voorbeeld H: “Ik durf me niet sexy te kleden, want dan trek ik te veel de aandacht van mannen”.

Het is pijnlijk om te voelen dat er geen betrouwbare grenzen zijn.

Voorbeeld I: “In het contact met mensen trek ik een muur op en sluit ik mij automatisch af”.

Het is pijnlijk om te voelen hoe kwetsbaar men is wanneer men zich open stelt.

Voorbeeld J: “Ik zal aan de wereld bewijzen dat ik de opvolger van Christus ben”.

Het is pijnlijk om te voelen dat men voor niemand iets betekent.

Voorbeeld K: “Ik heb de ene passionele liefde na de andere nodig”.

Het is pijnlijk om te voelen hoe doods het leven is.

Voorbeeld L: “Alleen als ik de nodige antidepressiva neem, is het leven doenbaar”.

Het is pijnlijk om te voelen hoe zinloos alles is.

Voorbeeld M: “Wanneer ik geen medicatie neem, word ik ’s nachts verkrampt van angst wakker”.

Het is pijnlijk om te voelen hoe dreigend het bestaan is.

Voorbeeld N: “Je ziet me toch” is het leidmotief van de vrouw die per se wil opvallen.

Het is pijnlijk om als kind niet gezien te worden.

Therapie of accepteren?

Betekent dit dat zowat de hele mensheid in therapie moet gaan? Iedereen heeft wel ergens zijn thema of heeft hier of daar wel een windmolen staan waarmee men telkens weer in het gevecht geraakt. Soms hoort men ook in therapeutenland een ideologie verkondigen die gedragen wordt door een soort uitzuivering die alleen in Karmelietenkloosters thuis hoort. Iedereen moet werken aan zijn problemen, zodat het leven niet meer vertekend wordt door de kwetsuur die men gaandeweg heeft opgelopen en men opnieuw een soort natuurlijke zuiverheid bereikt. Het herwonnen aards paradijs kan dan niet ver weg meer zijn. Het doet soms denken aan het dictaat van de modewereld die beheerst wordt door een schoonheidsideaal waarbij zowat iedereen constant moeite moet doen om aan onmogelijke slankheidsnormen te beantwoorden en vroeg of laat toch gedoemd is om te mislukken.

Niemand heeft een ideale moeder of vader gehad; iedere reële vader of moeder heeft wellicht hier of daar een steek laten vallen. Iedereen wordt dus de baan opgestuurd met een leidmotief. Onze opdracht in het leven

DE KOURETEN:
VECHTEN OM DE PIJN NIET TE VOELEN

is niet alleen om deze onvolkomenheden te verwerken of weg te werken, maar ook om het leven te accepteren zoals het is, met zijn onvolkomenheden, met zijn kronkels en zijn pijn.

Toch mogen we de consequenties van dit vechten tegen de pijn niet onderschatten en wel om drie redenen. Een eerste reden is dat dit gevecht ontzettend veel levensenergie kan opslorpen en op die manier de kwaliteit van iemands leven ernstig kan aantasten. Men investeert zijn tijd en vitaliteit in dit onproductief en zinloos vechten; vitaliteit die anders zou kunnen resulteren in genieten van het leven, in zinvolle activiteit, in levensgeluk, waardevolle verbondenheid en tevredenheid. Denken we maar aan de eindeloze innerlijke dialogen die met een dergelijk vechten gepaard gaan. Deze verinnerlijkte dialogen kunnen zo hinderlijk en zo overheersend worden dat ze het hier-en-nu-beleven van de realiteit in de weg gaan staan.

“Ook toen ik op vakantie ging, bleef ik innerlijk bezig met discussies met deze vrouw en kon ik niet genieten van al het mooie en goede rondom mij”.

Het vechten gaat het leven beheersen en maakt ontspannen, tevreden rust en genieten onmogelijk.

“Voortdurend was ik bezig met de vraag of hij mij eigenlijk wel graag zag. Ook tijdens het vrijen spookte die vraag telkens weer door mijn gedachten. Op den duur werd daardoor ieder goed moment tussen ons verkorven en is onze relatie finaal op de klippen gelopen”.

Ten tweede zien we dat dit vechten vaak destructieve gevolgen heeft. De bedoeling van het leven is dat men zijn energie constructief gebruikt in functie van zijn eigen behoeften. Het resultaat is plezier hebben in het leven, genieten, tevredenheid en zingeving. Vaak zie je dat energie die gebruikt wordt in functie van een “oud thema” niet alleen niets oplevert voor de persoon, maar ook zijn geluk en levensvervulling in de weg gaat staan. Dit vechten is destructief omdat men het gevecht op een verkeerd terrein levert. Het is het kind in de volwassene dat iets gemist heeft, dat pijn lijdt en huilt en dat een antwoord moet krijgen. Ook al krijgt men als volwassene het juiste antwoord, dan nog wordt de kinderlijke kwetsuur niet geheeld. Het kind gaat dan een soort obstructie voeren, ten nadele zelfs van de volwassene. Wanneer een trein op een verkeerd spoor staat moet hij terug tot aan de wissel waar het fout is gegaan.

Veel “gevechten” die in gerechtshoven worden gestreden, zijn een voorbeeld van de intense destructiviteit die kan ontstaan uit kinderlijke gekwetstheid en gemis. Advocaten fungeren dan nogal eens als aanvoer-

DE KOURETEN:
VECHTEN OM DE PIJN NIET TE VOELEN

ders van de Koureten: hoe harder je vecht tegen de ander, hoe minder het huilend kind kan gehoord worden.

Ten derde mogen we dit vechten tegen het voelen van de pijn niet onderschatten omdat dit leidmotief een echt lijdmotief kan worden. Men voelt zich gevangen in een vicieuze cirkel van missen, zoeken, hopen dat het deze keer lukt, moeite doen om te slagen en toch weer mislukken. Het is soms erbarmelijk om te zien hoeveel menselijk lijden dit meebrengt, lijden voor de persoon zelf of voor zijn omgeving.

Vechten als overlevingsstrategie

Tenslotte mogen we in dit verhaal niet vergeten dat het wapengekletter van de Koureten ook een positieve functie had: op die manier kon Chronos het huilend kind niet horen en werd de kleine Zeus ervoor behoed dat hij zou afgeslacht worden. De Koureten zorgden ervoor dat de kleine Zeus kon overleven.

De prijs die Zeus betaalt is dat hij als kind niet gehoord wordt en dat zijn huilen dus ook niet gehoord wordt als signaal van kinderlijk gemis. Verdriet wordt in de kiem gesmoord omdat men te kwetsbaar is. Dit is het dilemma waarmee iedere cliënt in zijn therapeutisch proces geconfronteerd wordt: in de menselijke relatie met de therapeut datgene aan bod laten komen wat kwetsbaar en pijnlijk is, met enerzijds het gevaar dat men opnieuw teleurgesteld en gekwetst wordt en met anderzijds de kans dat het oude patroon doorbroken wordt en men eindelijk vindt wat men nodig heeft. “Wie garandeert mij (als cliënt) dat ik ook in de therapeutische relatie niet opnieuw zal gekwetst worden?” De therapeut natuurlijk. Iedere verkoper zegt dat zijn koopwaar goed en degelijk is. Als therapeut moet men beseffen dat de cliënt worstelt met dit dilemma, en dat dit geduld vraagt. Therapeut zijn betekent: geduldig aanwezig blijven bij het zoekproces waar de cliënt in zijn leven mee bezig is, en waarbij hij de therapeut als kompaan engageert. Je lost deze worsteling niet op door therapeutische protocollen, iets wat dezer dagen erg in de mode is. Nu in de mode, en straks in de uitverkoop. Binnen 10 of 20 jaar zullen we meewarig glimlachen als we terugkijken naar deze modetrend. Emotionele groei is maar mogelijk binnen een kader dat veiligheid biedt en respectvol is, ook voor de aarzelingen en de angst van de cliënt. Leven betekent onvermijdelijk: kwetsuren oplossen.

De Koureten zorgen ervoor dat men niet steeds weer met die waarheid geconfronteerd wordt. Op die manier wordt Chronos, de tijd die de toe-

DE KOURETEN:
VECHTEN OM DE PIJN NIET TE VOELEN

gemeten levensruimte wegtikt, niet achterdochtig en kan men zichzelf paaïen en rustig verder leven alsof er geen Chronos bestaat.
Tenzij men de moed heeft om naar de pijn van het gekwetste kind te luisteren.

Pesso-psychotherapie zonder mannen

HENNY SLEGH

Inleiding

In de Pesso-psychotherapie methode gaan we er van uit dat mannenrollen niet door vrouwen en vrouwenrollen niet door mannen vertolkt kunnen worden. Juist in deze lichaamsgerichte vorm van psychotherapie, waarin cliënten kunnen experimenteren met symbolische interacties, moet in een ‘mannenrol’ een man met een mannenlijf en een mannenstem de gewenste interactie bieden. Die valt niet te vertolken door een vrouw, en omgekeerd.

De praktijk leert ons echter dat meer vrouwen dan mannen zich aanmelden voor Pesso-psychotherapie. Er ontstaat dan een ongelijke verdeling van mannen en vrouwen in de groep. Daarnaast zijn er behandelvormen, waar uitsluitend met seksehomogene groepen wordt gewerkt.

Op welke wijze kan er dan toch met de Pesso-methode gewerkt worden in een groep met uitsluitend vrouwen? Wat zijn de effecten van een homogene groepssamenstelling en welke mogelijkheden biedt de Pessomethode in dergelijke behandelvormen?

Dit verhaal is geen pleidooi voor een nieuwe aanpak van de Pesso-psychotherapie, maar een verslag van een pragmatische oplossing uit de praktijk.

Ik ga op bovenstaande vragen in door een beschrijving te geven van mijn ervaring met het werken in vrouwengroepen op twee verschillende werkplekken. Omdat de context van beide groepen erg verschillend is, beschrijf ik eerst de specifieke context van de groepen (1). Vervolgens doe ik verslag van de werkwijze in de groepen en de aanpassingen die ik heb gemaakt aan de methode (2). Dan ga ik in op de verschillen tussen de groepen (3). Tenslotte eindig ik met enige concluderende opmerkingen (4).

Henny Sleg is psychomotorisch therapeut en Pesso-therapeut. Werkzaam op de polikliniek van de GGZ Noord-Holland-Noord en in een vrijevestigde praktijk in Amsterdam.

1. Beschrijving van de groepen

a. De eigen praktijk

In mijn eigen praktijk, waarin ik PESSO-groepen doe met Jeanne Jonkers, kregen we te maken met een groep cliënten die zich aanmeldde voor PESSO-psychotherapie, voor wie wij de wekelijkse PESSO-structuregroep niet geïndiceerd vonden. Een vorm van steunend-structurend behandelen zou meer op zijn plaats zijn, vanwege ernstige persoonlijkheidsproblematiek en het feit dat ze in hun leven op meerdere terreinen moeizaam functioneerden en hierbij ondersteuning nodig hadden.

Context van de groep

Als experiment hebben we een groep gestart met als doel steunend-structurend werken met oefeningen en ministuctures. In deze groep ging het alleen om vrouwen, omdat er geen mannelijke cliënten waren die in aanmerking kwamen.

Onze belangrijkste motivatie was dat we meenden dat allerlei aspecten van deze methodiek een meerwaarde zouden kunnen hebben voor deze groep cliënten, waarbij we het ontbreken van mannelijk accommodatoren van ondergeschikt belang vonden.

Een vrouwengroep omdat er geen mannen beschikbaar waren.

Beschrijving van de groep.

De groep bestond bij de start in januari 2000 uit 8 vrouwen, in leeftijd variërend van 25 tot 55 jaar. Deze groep kwam eens per twee weken bijeen op vrijdagochtend. De vrouwen in deze groep hadden enkele kenmerken gemeen: ze namen niet meer deel aan het arbeidsproces, sommigen tijdelijk. Ze hadden ervaring met eerdere behandelingen, sommigen hadden gesprekstherapie naast de groep. Alle vrouwen hadden trekken van een borderline- of afhankelijke persoonlijkheidsstoornis. In de voor-geschiedenis van twee vrouwen kwam seksueel misbruik voor, bij de anderen was sprake van ernstige verwaarlozing in de vroege jeugd.

Allen waren identiteitszwak, hun pilot was veelal onvoldoende ontwikkeld. De klachten varieerden van negatief zelfbeeld, moeite met grenzen stellen, eenzaamheid, somberheid tot lichamelijke klachten. Op alle levensgebieden functioneerden ze op een minimale wijze.

b. Vrouwendeeltijdbehandeling

PESSO-PSYCHOTHERAPIE ZONDER MANNEN

Deze behandeling vindt plaats op de Oosthoek in Limmen en is onderdeel van het behandelaanbod van de afdeling voor klinische en deeltijd-klinische psychotherapie van de GGZ-Noord-Holland-Noord. De deeltijdbehandeling is bedoeld voor vrouwen die klachten en problemen hebben die nauw verband houden met het feit dat ze vrouw zijn, met hun vrouwelijke ontwikkeling, hun opvoeding als vrouw en de wijze waarop zij hun vrouwelijke rol en identiteit hebben kunnen vormgeven. Dit kan het gevolg zijn van specifieke ervaringen zoals seksueel geweld en/of onderdrukking, maar kan ook een andere achtergrond hebben.

De vrouwen volgen een deeltijdprogramma van drie dagen per week. In het behandelpakket krijgen ze psychotherapie, psychomotorische therapie, creatieve therapie, psychodrama en sociotherapie. Op indicatie kunnen ze deelnemen aan specifieke groepen zoals een traumagroep en een eetgroep. Het behandelteam bestaat uit 5 vrouwelijke therapeuten.

De context van de groep

Op de vrouwendeeltijdbehandeling van de Oosthoek werd ik gevraagd gedurende een halfjaar in te vallen als Pesso-therapeut. Daarmee zouden ze Pesso-psychotherapie krijgen in plaats van psychodrama. Ik zag hierin een mogelijkheid om te kijken wat de Pesso-methode deze doelgroep te bieden had. Ik ging er vanuit dat er in de methodiek veel goede en bruikbare elementen zouden zitten, die juist bij dergelijke kwetsbare en gekwetste cliënten erg helend zouden kunnen werken.

Ik besloot in ieder geval te beginnen met een oefeningenreeks, ook omdat niet duidelijk was hoe lang de vervanging zou duren. Ik liet bij mezelf de mogelijkheid open of ik verder zou gaan met structures. Uiteindelijk ben ik, na twee maanden oefeningen, verder gegaan met structures.

In de opzet van de behandeling is het een gegeven dat de behandeling voor vrouwen is en door vrouwen wordt uitgevoerd.

Een vrouwengroep omdat mannen niet welkom zijn.

Beschrijving van de groep

In de deeltijdbehandeling bestond de groep uit 8 vrouwen. De groep was half open, dat wil zeggen dat er in de loop van de tijd groepsleden de behandeling afronden en vervangen werden door nieuwe groepsleden.

De leeftijd van de vrouwen varieerde van 25 tot 50 jaar. Ongeveer de helft van hen had te maken gehad met seksueel misbruik of andere geweldservaringen. Algemeen gezegd had het overgrote deel van de vrouwen te kampen met problemen als gevolg van een afhankelijke- of borderline persoonlijkheidsstoornis (volgens criteria van de DSM-IV). Klachten en problemen lagen vooral op het gebied van moeite met eigenwaarde, met name als vrouw, moeite met grenzen stellen, moeite met assertiviteit en agressie, problemen met macht en onmacht, lichamelijke klachten en ongenoegen over het vrouwelijke lichaam. Daarbij was er ook vaak sprake van drankmisbruik, automutilatie en eetproblemen. Vaak leidden de vrouwen een crisisachtig bestaan. Voor de meeste vrouwen was dit een vervolgbehandeling, na ambulante psychotherapie of een klinische fase op de Oosthoek.

Verschillen

Er waren drie grote verschillen in de context van de groepen die mogelijk effect hebben gehad op de resultaten:

- Eén of twee therapeuten
- Geen mannen beschikbaar/geen mannen gewenst
- Groep in ambulante praktijk/groep ingebed in een deeltijdbehandeling

➤

2. Werkwijze en aanpassingen aan de methode

Zowel in de groep uit de eigen praktijk als bij de deeltijdbehandeling heb ik uitvoerig stilgestaan bij de uitgangspunten van Pesso-psychotherapie. Eerst heb ik vijf keer uitsluitend met oefeningen gewerkt. Bij de start heb ik veel tijd besteed aan de theorie van de basisbehoeften en het middels een opdracht de vrouwen laten kijken naar de manier waarop voldaan is aan de verschillende basisbehoeften in hun leven. Ook is uitgebreid geoefend met het concept ideale ouders, waar deze aan moeten voldoen en hoe dat er specifiek voor een ieder zou hebben uitgezien. Ik heb uitgelegd dat we idealiter werken met mannen voor mannenrollen, maar dat we in dit geval de methode hebben aangepast omdat er alleen vrouwen in de groep waren.

Praktisch heb ik dit als volgt vormgegeven:

- Tijdens de oefeningen experimenteren we expliciet met ‘mannelijke’ accommodatoren. bijvoorbeeld bij de *controlled approach* oefening. Een accommodator komt in de rol van een mannelijke vriend, een vader, een broer, een oom, een buurman, etc. Daarbij oefenen we ook met onderscheid tussen positieve en negatieve personen, bijvoorbeeld een man die je erg aardig vindt, een man waar je bang voor bent, etc.
Hierdoor worden de vrouwen zich bewust van het feit dat er verschil zit in de beleving van afstand en nabijheid tussen mannen en vrouwen en positieve en negatieve mannelijke figuren. Ze merken dat dit verschil ook fysiek waarneembaar is.
Daarnaast biedt de oefening een mogelijkheid om te oefenen met het aangeven van grenzen jegens een man en daarmee het ervaren van controle.
- Wanneer een mannelijk figuur in een rol nodig is kan iemand een object kiezen of een persoon. Ik vraag specifiek naar het voorstellingsvermogen van de vrouwelijke cliënt om in de gekozen persoon een man te zien. Als ze daar teveel moeite mee heeft, stel ik zelf voor een object te kiezen. Het object krijgt een plek, een eventuele stem wordt vertolkt door een gekozen groepslid, dat achter het object plaats neemt.
Ik vraag bijvoorbeeld naar de specifieke lijfelijke verschijningsvorm van de gekozen man. Is hij breed, sterk, tenger, heeft hij een zware stem, enz. Mijn ervaring is dat het wel geloofwaardig is als een accommodator in lichaamshouding iets kan aannemen wat overeenkomt met de vertolkte man.
Hiermee doe ik in feite een beroep op Al Pesso's theoretische concepten over de *minds eye* en de *minds body*. Op het moment dat je je voorstelt dat er een grote, sterke man voor je staat, gebeurt er ook fysiek iets anders dan wanneer je een warme, zachte vrouw voor ogen hebt.
- Wanneer een stem of fragmentfigure in de rol komt, vraag ik naar het geslacht.
- Wanneer er tijdens het werk geen mannen voorkomen, en alles lijkt te gaan over vrouwen, vraag ik actief naar de plek van mannen in het geheel. Met name in het zoeken naar een antidote, gebeurt het

niet zelden dat helende en genezende ervaringen worden gezocht bij ideale vrouwen. Door te vragen naar of een voorstelling te geven van een ideale mannelijke figuur, worden soms nieuwe mogelijkheden geboden, waar de vrouw op dat moment zelf niet op komt.

- Als een vrouw een ideale vader vertolkt, is er gewoon interactie en lichamelijk contact, zoals we dat met ideale figuren gewend zijn te doen. Mijn ervaring is dat cliënten prima in staat zijn om de positieve en helende ervaring van het lichamelijk contact in te nemen, zich voorstellend dat het om een ideale vader gaat. Het wordt pas ingewikkeld als het concept wordt losgelaten, dat ideale ouders bestaan uit een man en vrouw. Ik sta nooit toe dat iemand twee ideale moeders kiest.

3. Verschillen tussen de groepen

a. Eigen praktijkgroep

Deze groep was ontstaan als vrouwengroep omdat er geen mannen waren. Vanaf het begin was dit voor een aantal vrouwen een punt. Er werden vaak grapjes gemaakt over mannen en fantasieën over het binnenhalen van bouwvakkers die in de buurt van de praktijk aan het werk waren.

In de minisstructures kwam dit gemis nog explicieter naar voren. Vanaf het begin werden vrouwen in een mannenrol gezet, veelal positieve of ideale mannen.

Thema's gingen over een eigen plek mogen hebben, welkom zijn, afstand en nabijheid, op je strepen mogen staan. Er was behoefte aan ideale ouders die hier ruimte voor gaven, vaders met wie je kon stoeien en die je grenzen respecteerden, die achter je stonden en je steunden. Boosheid werd mondjesmaat geuit. Het bleef veelal bij validerende figuren die zeiden dat het mocht en steunende figuren die hielpen.

Onderling was het een hechte groep, die er naar uitkeek om elkaar te zien. Ze hadden tussendoor telefonisch contact als iemand moeilijk zat. In het groepsproces was veel herkenning van elkaars thema's, veel behoefte om direct op elkaar te reageren en een sterke onderlinge betrokkenheid. Aanvankelijk was er de neiging om ons als therapeuten sterk te idealiseren en de groep te zien als het belangrijkste in het leven. Dit 'warme bad' gevoel maakte na verloop van tijd steeds meer plaats voor een fase waarin wij getest werden op stevigheid, en waarin wij soms heftige kritiek te verduren kregen.

In de overdracht werden we afwisselend gezien als ideale moeders die er altijd zijn en eindeloos geduld hebben en tekortschietende moeders die niet genoeg kunnen geven. We voelden beiden het sterk zuigende appel, waar we met moeite grenzen aan konden stellen. We werkten te hard, raakten in tijdnood, omdat we iedereen tevreden wilden stellen. We waren achteraf vaak boos op ze, omdat we ons leeggezogen voelden. Ze stelden zich volledig afhankelijk van ons op. Ze namen geen enkele verantwoordelijkheid voor de tijd en structuur. Tegelijkertijd werd de door ons geboden structuur op velerlei wijzen onderuit gehaald. Wij moesten samen alle zeilen bijzetten om duidelijke grenzen te handhaven.

Beschouwing

In de opzet van deze groep was het gemis aan mannen een gegeven. Het zou kunnen dat dit gemis werd beleefd als een afwijzing of in de steek gelaten worden. In de ministructures kwam dit aspect van afwezige vaders ook expliciet naar voren. Er kon worden geëxperimenteerd met ideale vaders en met het voorzichtig uiten van woede naar afwezige en tekortschietende vaders. In de overdracht werden we met name als moeders getest op onze stevigheid. Al onze interventies gericht op het nemen van eigen verantwoordelijkheid en begrenzing in tijd en structuur, riepen enorme woede op. Ze voelden zich verwaarloosd en niet goed genoeg verzorgd, als wij niet in de grenzeloze zorg meegingen. Het leek wel alsof de meer mannelijke aspecten, als begrenzing en structuur niet werden geaccepteerd van ons als vrouwelijk therapeutenkoppel.

In ieder geval kunnen we zeggen dat we gelegenheid gaven tot het voelen van boosheid en kritiek op ons als tekortschietende moeders. Dat wat nog niet in de interactie met negatieve rolfiguren lukte, kwam wellicht bij ons terecht.

In de evaluatie kwam naar voren dat we model stonden voor een eenheid, die ook onderling mocht verschillen. Wij konden het openlijk oneens zijn met elkaar en bleven toch bij elkaar. Bovendien konden wij tegen kritiek.

In vergelijking met de deeltijdgroep was in deze groep meer ruimte voor boosheid en kritiek. Het verlangen naar en het gemis aan positieve en ideale mannen kwam vaker aan de orde.

Wat ze eraan hebben gehad:

- Het mogen spelen van mannenrollen gaf gelegenheid om met onbekende en verboden kanten in zichzelf te experimenteren. Zowel positieve kanten als negatieve kanten;
- Veel herkenning van elkaar: je staat er niet alleen voor;
- Van boosheid vergaat de wereld niet;
- Meer acceptatie van zichzelf en openstaan voor positieve ervaringen door erkenning voor de eigen problematiek;
- Je beter kunnen voorstellen dat je ook een goede moeder kunt zijn voor je eigen kinderen;
- “Ik weet beter om te gaan met mijn eigen driftige peuter. Ik snap hoe belangrijk het is om ook boos te mogen zijn”;
- Leren herkennen en aangeven van grenzen.

b. Deeltijdbehandeling

Over het algemeen gingen structures in de deeltijdbehandeling vooral over moeders die geen ruimte en bescherming gaven. Moeders die je gebruikten voor eigen behoeftes, moeders die het allemaal niet aankonden en die je niet serieus namen. In het begin kwam boosheid hierover vooral naar buiten in verdriet en pijn om het gemis. Er kwamen veel steunfiguren in beeld. De symbolisering van de ambivalentie jegens moeder, met behulp van rolfiguren gepolariseerd in goede en slechte kanten, bleek enorm verhelderend te werken. Dit gaf ruimte om de soms massale en gevreesde gevoelens van woede te richten op de negatieve rolfiguur. De limiteringsoefening sloeg erg aan.

Ze experimenteerden met ideale moeders die op eigen benen stonden, die bescherming konden bieden, die je leerden grenzen aan te geven. Hoewel ik de rol van vader in het geheel en de mogelijkheid van een ideale vader wel noemde, kreeg die in eerste instantie geen plek. De *highest energy* lag meer in de interactie met moeder.

Ik kreeg impliciet de rol van een vader die streng en duidelijk was, met wie niet te sollen viel en die niet snel van zijn voetstuk leek te vallen.

In de loop van de tijd kwamen mannen meer in beeld. Eerst vooral negatieve, misbruikende mannen. De nadruk lag vooral op pijn en verdriet om het feit dat er geen bescherming was geweest en niemand had kunnen stoppen wat er gebeurde. De boosheid en woede over de pijn kwamen niet zo in de structures. Later kwam er meer ruimte voor de ideale vader, die goed voor de ideale moeder zorgde, door te blijven en haar te respecteren.

Beschouwing

Ik denk dat de thema's in de structures alles te maken hadden met de context. Het meest opvallende vond ik de overdracht naar mij als een soort ideale vader. De context van het geheel was een behandelteam dat als gevolg van ziekte grote moeite had met het bieden van continuïteit in de behandeling. Bovendien stelde het team zich op als een overbezorgde moeder, die zich schuldig voelde en zich tekort voelde schieten. In dit geheel werd ik ingehuurd als redder van het programma. Daarbij kwam ik met een methodiek die zich kenmerkte door nogal wat 'mannelijke' elementen. Veel structuur, begrenzend afspraken over onderlinge interacties en een benadering waarbij met name een appèl werd gedaan op de pilot/autonomie van de vrouw. Ik liet weinig tot geen ruimte voor agerend gedrag in de groep. De beginronde was vaak een moment waarop men zich beklaagde over het tekortschietend team en het gevoel te worden verwaarloosd en niet serieus te worden genomen. Daarbij heb ik me steeds duidelijk gepresenteerd als teamlid en duidelijk gemaakt dat hun kritiek en teleurstelling ook mij aangingen. De Pesso-groep was voor hen de plek waar je nog kon werken, waar ze zich gesteund en gerespecteerd voelden.

In de evaluatie van deze groep was men erg positief. Ik werd (overdreven) geprezen. De boosheid werd op het team gericht. Deze splitsing was goed bespreekbaar in het overleg met het team en daardoor in de andere therapieën bewerkbaar.

Wat ze eraan hebben gehad:

- Meer inzicht in eigen patronen
- Meer respect en begrip voor elkaars problematiek
- Erkenning bij zichzelf voor alles wat ze gemist hadden aan positieve interacties
- Minder angst voor emoties
- Meer hoop dat er ondanks alles toch iets positiefs mogelijk is
- Mogen spelen van rollen, waarin je iets voor een ander kon betekenen
- Mannenrollen gaven gelegenheid te experimenteren met mannelijke eigenschappen: stoer, sterk, krachtig
- Negatieve rollen gaven gelegenheid slechte en niet gewenste kanten in jezelf te laten spreken
- Steun in het opvoeden van eigen kinderen. Hoe kun je een goede moeder zijn

c. Mogelijke effecten van de verschillen

➤ *Een of twee therapeuten*

In de deeltijdbehandeling deed ik de groep alleen, waardoor het wellicht moeilijker was om kritiek op mij te hebben. Ik werd geïdealiseerd. De boosheid ging naar het team. In de eigen praktijk durfden de groepsleden ons meer uit te testen in stevigheid. Wij werden ervaren als model voor het omgaan met onderlinge verschillen en samenwerking.

➤ *mannen gemist/mannen ongewenst*

In de deeltijdbehandeling zijn mannen niet welkom. Zowel in de groep als het behandelteam zijn geen mannen. Dit heeft misschien een impliciete boodschap dat mannen de veiligheid verstoren, mannen onbetrouwbaar en slecht zijn.

Voor een aantal vrouwen was dit ook de realiteit uit hun voorgeschiedenis. In de structures duurde het relatief lang eer mannen werden toegelaten. Erg veel nadruk lag op het gemis aan een moeder die er voor je was. Als therapeut werd ik geïdealiseerd als een vrouw die er voor hen was, met mannelijke eigenschappen. In een later stadium kwamen ook mannen in een rol, eerst vooral negatief. Later ontstond ruimte voor positieve en ideale mannen.

In de eigen praktijkgroep werden mannen gemist. Dit speelde wellicht ook een rol in de overdracht naar ons als vrouwelijke therapeuten. Wij konden het als vrouwen eigenlijk niet goed genoeg doen. Tekortschietend, of te streng... gelijk hun eigen moeders. Vanaf het begin kwamen mannen in een rol, vaak in de vorm van gemiste en gewenste steunfiguren en beschermers.

➤ *Deeltijdbehandeling/ ambulantebehandeling*

➤

De context van beide groepen was totaal verschillend. De problematiek van de vrouwen had wel overeenkomsten, maar het niveau van functioneren in het dagelijks leven lag voor vrouwen uit de deeltijdbehandeling veel lager. Je zou kunnen zeggen dat coping en afweer op een primitiever niveau lagen.

De vrouwen in de eigen praktijk konden iets meer ambivalentie verdragen. In de overdracht was, naast idealisering, ook boosheid en kritiek op ons als tekortschietende moeders. Bij de evaluatie kon dit ook naast elkaar bestaan.

In de deeltijdbehandeling werd boosheid meer afgesplitst en was de ambivalentie moeilijker te verdragen: ik was goed en de rest van het team was slecht. Een behandelteam geeft meer gelegenheid om de overdracht te spreiden over andere teamleden en daarmee te verdunnen. Bovendien is er meer holding in het behandelprogramma, waardoor de vaak heftige emoties, opgeroepen in de behandeling, beter gecontained kunnen worden.

In beide groepen leek men er weinig tot geen moeite mee te hebben om vrouwen in mannenrollen te vragen. Negatieve mannenrollen werden vaker in objecten gesymboliseerd. Ideale vaders/partners werden meer liefelijk vertegenwoordigd door vrouwen in een mannenrol.

4. Concluderende opmerkingen

Mogelijke voordelen van seksehomogene groepen

- voor vrouwen met seksueel geweldservaringen is het veiliger om eerst met objecten en door vrouwen gespeelde mannen te werken. Hierdoor is er meer speelruimte om woorden en expressie te geven aan de ervaringen. Ze kunnen langzaam vertrouwd raken met de mogelijkheid hoe het geweest zou zijn met een ideale vader.
- Vrouwen kunnen experimenteren met typisch positieve en negatieve mannelijke kanten, als stoer, stevig, grenzend stellend, autonoom, agressief, hanig, etc.
- Vrouwen die ernstig getraumatiseerd zijn en geen tot weinig beeld hebben gekregen van gezonde opvoedingssituaties leren veel van het concept ideale ouders. Ze leren wat een kind nodig heeft en hoe ze een goede moeder kunnen zijn.

Valkuilen en extra aandachtspunten

- mannen worden overgeslagen, zijn te negatief en daarom ongewenst;
- mannen worden vooral gemist: ideale onbereikbare figuren;
- grote onderlinge verbondenheid: wij zijn een en wij zijn slachtoffer;
- te sterke afhankelijkheid van de therapeuten en de therapie;
- minder plaats voor woede.

Slotopmerkingen

In seksehomogene groepen valt uitstekend te werken met de Pesso-methode. Hoewel ik er van overtuigd ben dat de aanwezigheid van mannen in de groep verschil uitmaakt, ben ik van mening dat de methode voldoende mogelijkheden biedt om mee te werken in een seksehomogene groep.

De biologische, maatschappelijke en culturele verschillen tussen mannen en vrouwen zijn zo'n essentieel gegeven dat we ons een levendige voorstelling kunnen maken van het specifiek eigene van een man die een bepaalde rol vertolkt. The '*minds eye*' en de '*minds body*' helpen ons om het tevens een lichamelijke dimensie te geven.

In een bepaalde fase van de behandeling kan het werken in een seksehomogene groep met de Pesso-methode een essentiële stap bieden in het experimenteren met de rol en betekenis van mannen. Met name voor vrouwen met een verleden waarin seksueel misbruik is voorgekomen, kan deze manier van werken een meerwaarde krijgen. Voor deze groep vrouwen heeft het werken zonder mannen in een bepaalde fase van de behandeling juist voordelen. Het boeiende van de Pesso-methode is dan het binnenbrengen van 'mannen' via de methodiek, waardoor er ruimte ontstaat om gevoelens te uiten naar negatieve mannen. Vervolgens biedt het concept van ideale figuren/ouders de mogelijkheid om een nieuw en gezonder beeld te creëren.

Pesso-psychotherapie in een groep zonder mannen is mogelijk mits onderstaande punten onder de aandacht blijven:

- duidelijkheid over de uitgangspunten van Pesso-psychotherapie en het concept ideale ouders;
- verbaal aandacht besteden aan fysieke verschijning van een man in de rol;
- actief blijven inbrengen van ideale mannelijke figuren in de antidote;
- niet toestaan dat mannen vergeten en voor het gemak overgeslagen worden;
- aandacht houden voor de overdrachtsaspecten in de groep tussen de groepsleden onderling en naar de therapeut;
- de therapeuten moeten vrouwen zijn als het gaat om een seksespecifieke behandeling.

Tot slot zou ik eraan willen toevoegen dat Pesso-psychotherapie in een groep zonder mannen veel vraagt van de creativiteit, frustratietolerantie

PESSO-PSYCHOTHERAPIE ZONDER MANNEN

en het abstraherend vermogen van de vrouwelijke therapeut. Het is belijst zwaarder en intensiever dan een gewone gemengde groep. Een goede samenwerking en supervisie of intervisie is noodzaak.

Verslag van twee bijscholingsdagen

MARJANNE VERMEER

Afgelopen najaar 2001 werden 2 bijscholingsdagen georganiseerd door het COB.

De eerste bijscholing werd gegeven op 21 september door Willem de Haas in “De Kleine Swaen” te Amsterdam, met als thema:

Groepsdynamische verschijnselen in de Pesso-psychotherapie, herkenning en hantering.

In de ochtend werden met behulp van sheets de belangrijkste begrippen uit de communicatietheorie en groepsdynamica benoemd. In de communicatietheorie zijn inhoud (wat) en proces (hoe) altijd tegelijk aanwezig.

In de groepsdynamica gaat het om:

- Groepscohesie: indicatiestelling, samenstelling en doelstelling.
- Groepsnormen: veiligheid, therapeutisch klimaat en de cultuur.
- Groepsrollen: groepsrollen en persoonlijke rollen.
- Groepsfasen: ontwikkeling en stagnatie.
- Interactie: hierbij refereert De Haas aan het interactie-model van Leary waarin betrekkingen op twee dimen-

sies (verticaal: boven en onder, horizontaal: tegen en samen) worden gevat.

De eerste 4 begrippen vormen de ondersteunende dynamiek in een taakgerichte groep. In een Pesso-groep hebben cohesie en normen invloed. Met groepsfasen en -rollen wordt niet gewerkt. Interactie is alleen aan de orde indien er niet meer fatsoenlijk kan worden gewerkt. Groepsinteracties worden begrensd.

Voorbeelden worden met behulp van begrippen uit de groepsdynamica verduidelijkt. Zo kan blijken dat onrust bij groepsleden veelal herleid kan worden tot onduidelijkheid over groepsnormen. In een Pesso-groep kan dat vertaald worden naar bewaking van regels en veiligheid.

In groepstherapie gaat het uiteraard over de groepsdynamiek: groepsdynamische psychotherapie. Pesso-psychotherapie gebruikt uitdrukkelijk niet de groepsdynamiek. Het is een individuele psychotherapie in de groep. Hoe meer individuele dynamiek hoe beter het in het Pesso-kader geplaatst kan worden. De therapie is regressiebevorderend en dat maakt open naar elkaar. Geeft solidariteit, openheid en empathie. In de halfjaarlijkse evaluatie is er de

gelegenheid tot metapraten over de therapie.

In de middag gaat het om de vraag waar je staat als therapeut bij plotseling optredende spanningen. Wat doe je en waar val je op terug?

We onderzoeken dit aan de hand van voorbeelden en het uitspelen ervan met een therapeut, groepsleden en observatoren.

Zaak is dat de therapeut het thema benoemt. Stel dat de therapeut het gevoel heeft niets goed te kunnen doen, dan kan dat liggen aan de beeldvorming van een cliënt over de therapeut: deze is ideaal en reageert altijd goed en mag geen fouten maken. Je probeert het verhaal achter zo'n gebeurtenis duidelijk te krijgen. Dat soort werk is een berenklus en soms lukt het niet altijd. Maar zeker als iets zich herhaalt levert het alleen maar meer spanning op als je het er niet over hebt.

De Haas benadrukt het belang van het interactioneel maken en als therapeutische interventie het spiegelen van de interactie. Dit spiegelen is een cruciale interventie omdat je hiermee erkenning geeft aan de cliënten. Bijvoorbeeld: "wat ik jou hoor zeggen tegen haar" etc. Ook navragen wat het de cliënt doet als je dat zegt. Tegelijkertijd is

het ook zaak om niet te veel toestemming te vragen aan de cliënt. Als het spanningsveld op tafel mag komen dan gaat de groep daar iets mee doen. Er ontstaat dan een "metaspreken over de interactie". Het proces kan zich verdiepen.

Het is mooi om te zien hoe De Haas op een zorgvuldige en rustige wijze instrueert en verduidelijkt.

Wat me bijblijft is het belang van spiegelen als het managen van de interacties.

De tweede bijscholingsdag met Al Pesso zelf vindt plaats op 7 november 2001, eveneens in "De Kleine Swaen". Op deze dag waren 15 mensen aanwezig. Pesso leidt de dag in met een inspirerende uiteenzetting van zijn meest recente gedachtegoed. Hij maakt een levendige, vitale indruk, is "in goeden doen".

Ik volsta met een aantal indrukken en citaten.

Uitgangspositie is het volgen van het bewustzijn van de cliënt tijdens de werktijd vanuit de opvatting dat herinneringen dit bewustzijn aansturen. Deze herinneringen kunnen aanleiding geven tot problemen in het heden. In dit bewustzijn wordt de 'Minds Eye' geactiveerd en beginnen zich in het innerlijke the-

ater van de cliënt de verbeeldingscenes af te spelen die de blik en het lichaam beïnvloeden.

Al Pessó noemt dit ‘the theatre of imagination: new memories as creation of the ultimate theatre that is inside. We need this space to create a hippocampus where new memories can be stored. A new synthetic, symbolic memory. It is not all happening in the body, it is happening in the images’.

Tijdens een herinnering worden reacties geactiveerd, die van het hier en nu naar vroeger gaan. De cliënt gaat in zijn verbeelding personen en gebeurtenissen zien, die zich manifesteren in het lichaam. Als therapeut sluit je aan bij dit theater der verbeelding middels de woorden van de cliënt. Het is belangrijk voor de therapeut om precies te formuleren om daarmee aan te haken bij de ervaringen van de cliënt. De reacties van diens lichaam geven weer of het klopt.

In de vragenronde wordt nogmaals gesteld dat op grond van het geheugenconcept in Pessó-psychotherapie veranderingen plaatsvinden door het ‘nieuwe’ geheugen. In de historische scene is louter expressie niet het antwoord, maar is het noodzakelijk een antidote te maken. De inname hiervan is

essentieel en niet zozeer het uiteten van emoties.

Dit geeft een nieuwe aanzet tot denken over hoe mensen genezen.

De dag wordt vervolgd met twee structures onder leiding van Pessó.

Wat me opvalt is dat Pessó heel precies het tempo van de hoofdpersoon volgt en geen druk uitoefent. Hij blijft bij waar de persoon is. Dit is vooral van belang omdat een thema rondom gezien worden en niet gezien worden aan de orde is en de druk van verwachtingen. Hij bouwt de *true scene* op vanuit een laat-maar-komen houding en niet vanuit een techniek, benoemt een mogelijke overdracht en laat dit overnemen door een rolfiguur.

Bijzonder is hoe Pessó de betekenis van een kamer in de structure gebruikt. Er zijn twee werelden. De hoofdpersoon in de kamer van toen en de wereld buiten deze kamer. De kamer wordt ook in een rol gezet. Tevens laat Pessó zien dat hij een cliënt niet volgt, als er sprake is van niet realistische wensen.

Het blijft boeiend Al Pessó aan het werk te zien in zijn diversiteit en bedrevenheid als therapeut en bedenker van zijn the-

rapie, waarin hij zich blijft ontwikkelen.

Verslag van twee lezingen op de Dag van de Psychotherapie 21 december 2001 te Amsterdam

THEO VAN DUIJVEN-
BODEN

De psychotherapie lijkt een nieuwe inspiratiebron gevonden te hebben. Maatschappelijk staat de psychotherapie natuurlijk onder druk. Er moet korter en 'evidence based' gewerkt worden. In een poging zich te rechtvaardigen of een plek te veroveren doen steeds meer therapeutische scholen pogingen om een "harde" ondergrond te vinden in met name neurowetenschappelijk onderzoek. Door nieuwe, toegankelijke onderzoeksmethoden (scans ed.) is er een stroomversnelling ontstaan in de theorievorming op het gebied van hersenprocessen, geheugen en emoties.

Werd dit onderzoek eerst met de nodige argwaan bekeken, omdat de angst bestond dat de cliënt gereduceerd zou worden tot een reeks al of niet vurende neuronen en de psychotherapeut tot 'ingenieur van de geest', allengs werd duidelijk dat deze angst voor een groot deel onge-

grond was en dat de nieuwe ontdekkingen het vak juist een nieuwe, noodzakelijke impuls zouden kunnen geven.

Dit bleek ook weer op de jaarlijkse, door de NVP georganiseerde, Dag van de Psychotherapie, waar op deze ontwikkelingen werd ingegaan onder de voor Pessso-psychotherapeuten veelbelovende titel: Gedeelde eenheid: Lichaam en Geest. In het verslag van deze dag wil ik mij beperken tot de twee lezingen die wat mij betreft het meest op de beschreven ontwikkelingen ingingen. Margit Deben-Mager, psychiater en psychoanalytica, werkzaam bij het Nederlands Psychoanalytisch Instituut, gaf een uitgebreide maar voor mij te snelle uitleg van de fysiologie en werking van de hersenen, een soort *Brain for dummies*. Daarbij passeerden allerlei interessante bevindingen de revue. Zo zou uit onderzoek gebleken zijn dat slechts 5% van onze mentale activiteit bewust is, 95% dus onbewust. Of daarmee het onbewuste bewezen verklaard kan worden, zoals de spreekster leek te willen concluderen, lijkt mij nog maar de vraag. In elk geval niet voor wat betreft de psychoanalytische opvatting van het onbewuste, maar dat had de

spreekster, begreep ik, ook niet op het oog.

Voor de psychotherapie is belangrijk het onderscheid dat o.a. door Damasio gemaakt wordt tussen primair bewustzijn, dat een soort verbinding mogelijk maakt tussen het zelf en de omgeving, en reflexief bewustzijn, het soort bewustzijn dat we in therapie nastreven, waarbij je weet hebt van jezelf. Dit reflexief bewustzijn blijkt verbonden te zijn met processen in de frontale (relatief nieuwe) hersenen. Dit hersengebied geeft ook de mogelijkheid automatisch handelen uit te stellen. De therapeut kan dit bewustzijn aanspreken door anders op de cliënt te reageren dan deze gewend is. Het primaire bewustzijn is dan als het ware niet meer toereikend, de cliënt wordt genoopt over zichzelf na te denken.

Ook blijkt uit onderzoek dat er aanwijzingen zijn voor een vijftal zogenaamde emotie-actiesystemen die hun eigen anatomische representatie in de hersenen hebben: het zoek-interessesysteem, het vreugde-lustsysteem, het boosheid-woede systeem, het angst-vreessysteem en het angst-verlies-verdrietsysteem. Deze emotie-actiesystemen worden verbonden met de psychologische ervaringen die

het kind opdoet in het contact met anderen (in de eerste plaats de moeder). Moeder benoemt en geeft betekenis aan bijvoorbeeld gezichtsuitdrukkingen. Zo ontwikkelt het kind innerlijke patronen, interne werkmodellen, die van grote invloed zijn op betekenisgeving, werkelijkheidsbeleving en fantasieën.

In de psychotherapeutische praktijk wordt getracht deze interne werkmodellen te exploreren en bewust te maken. Deze conclusie was, na de interessante excursie op het gebied van het hersenonderzoek toch enigszins oude wijn in nieuwe zakken.

De volgende spreker, Gerrit Glas, hoogleraar reformatorische wijsbegeerte in Leiden, haalde eerst de gedachte onderuit dat de psychotherapie zich als professie zou kunnen handhaven door zich maar te beroepen op wetenschappelijkheid en *evidence based* methoden. Glas vindt juist dat psychotherapeuten "te weinig hebben laten zien waar ze staan", wat wil zeggen welke maatschappelijke waarden en belangen worden gediend met kundig handelen. Professionaliteit toont zich volgens Glas op drie gebieden: de praktijk, de theorie en de waarden. De praktijk wordt gevormd door de inzichten en technieken (*art*) die op een wetenschappelijke theo-

rie gefundeerd zijn (*science*) en bepaalde waarden (visie, wereldbeeld) vertegenwoordigen (*values*). De professie bepaalt de relevantie van de kennis en niet andersom. Voor de psychotherapie is het van groot belang een juiste balans tussen kundigheid, wetenschap en waarden te vinden.

In het tweede deel van zijn betoog over emotie en neurobiologie viel mij als Pesso-psychotherapeut direct de stelling op dat een emotie gezien moet worden als een actietendens, een protohandeling. Het onderzoek naar emoties, geheugen en hersenprocessen heeft als het ware een nieuw vak opgeleverd: experimentele psychopathologie, waarbij gebruik gemaakt wordt van scans, neuro-endocriene screening, onderzoek van genen, hormonale veranderingen en immuunprocessen en van leren geheugenprocessen. Damasio's boeken zijn toonaangevend op dit gebied en Glas greep dan ook regelmatig terug op zijn werk. Veel nadruk legde hij op de lichamelijke verankering van gevoelens (*embodiment*) die van groot belang is voor met name de *somatic marker* hypothese. In de hersenen vindt een voortdurende screening van het lichaam plaats voor het bepalen van onze gevoelens. We vergelijken

het lichaamsbeeld met dat wat we al eerder aan gevoelens meegemaakt hebben. Kleine lichaamssignalen (*somatic markers*) dienen vervolgens als alarmbel bij onze keuzes in de omgang met anderen. Ontbreken deze, zoals bij mensen met hersenschadigingen in de prefrontale cortex, dan leidt dit tot maatschappelijk onaangepast gedrag, terwijl de intelligentie, dus de mogelijkheid tot inschatting van de maatschappelijke context, onaangetast kan zijn.

De 'belichaming' van emoties is ook van belang om ons de gelaagdheid en het parallellisme van emoties te realiseren. Zo haalde Glas onderzoek van le Doux (1996) aan die het voorbeeld geeft van het *Two fears system*. Onder invloed van stressvolle situaties reageert de amygdala met primaire emoties, snel, ongericht, aspecifiek, terwijl de hippocampus juist langzaam en specifiek reageert. De reactie van de amygdala is op zichzelf niet te veranderen, maar via de cortex kan wel de uiteindelijke reactie gecontroleerd worden. Hier is dus een aangrijpingspunt voor de psychotherapeutische praktijk.

Het eerste en tweede deel van zijn lezing combinerend kwam Glas tot de conclusie dat de gedachte dat psychotherapie zal

verworden tot *just another way to rewire the brain* op een verkeerde aanname berust. De werkelijkheidsbeleving en betekenisgeving van mensen kan niet los gezien worden van hun hersenprocessen, maar dat wil nog niet zeggen deze twee systeemniveaus causaal tot elkaar te herleiden zijn. Psychotherapie werkt niet uitsluitend omdat ze invloed heeft op neuronale connectiviteit.

Het inspirerende van deze lezingen vond ik de belofte dat aloude veronderstellingen van de psychotherapie gesteund lijken te gaan worden vanuit een nieuwe, onverwachte hoek. Dat gaf wat mij betreft een verbindend element voor het vak wat eerder, met de nadruk op de verschillende scholen in de psychotherapie, zo vaak ontbroken heeft.