

INHOUD

- 3 Redactioneel
THEO VAN DUIJVENBODEN
- 6 Schema Therapy as an adjunct to PBSP
JOHN CRANDELL
HELEN ROBINSON
- 15 PBSP, DBT, MR, BPD: Letters that spell hope
JOANNE WILLIAMSEN
- 37 Remembering our roots, spreading our wings
Impressies van het vijfde internationale congres voor Pesso-therapie
MARJANNE VERMEER
- 48 Onderdompeling... en bodem vinden in hoop en vertrouwen
MAYKE DE KLERK & MARIJKE START
- 78 Waaraan ontlene ideale ouders hun bestaansrecht?
WILLY VAN HAVER
- 89 *Verslag van een lezing over weerstand door Tjeerd Jongma op 18 maart 2006*
THEO VAN DUIJVENBODEN

Redactioneel

THEO VAN DUIJVENBODEN

Een ‘buitenlands’ nummer dit keer, met bijdragen uit Amerika, België en Noorwegen.

De artikelen uit Amerika, van Crandell en Robinson en van Williamsen, zijn de neerslag van het PESSO-congres dat in de zomer van 2005 werd gehouden onder de titel: ‘Remembering our roots, spreading our wings’. Crandell en Robinson pleiten in hun artikel voor een integratie van de schemagerichte therapie van Young en PESSO-therapie. Ze roeren daarbij de kwestie aan dat de PESSO-therapie zich ontwikkeld heeft in een *workshopsetting*. Deze wijze van werken is, met kleine aanpassingen, overgenomen voor doorlopende groepen, waarvoor feitelijk een andere situatie geldt. In workshops wordt meestal eenmalig gewerkt met gemotiveerde cliënten, vaak ook nog vakgenoten, terwijl er in doorlopende groepen vaak sprake is van ‘echte’ cliënten, die geïndiceerd moeten worden, soms een gebrekkige motivatie hebben, bij wie er meestal meer van afhangt wat de behandeling oplevert aan symptoomreductie. Er moet meer oog zijn voor de grote lijn in de therapie, voor overdrachts- en weerstands fenomenen en ga zo maar door.

Als PESSO-therapeuten lijken we vaak vast te willen houden aan die ‘gouden standaard’ van de structuregroep, waarbij we elke structure weer vanaf ‘scratch’ met de *possibilitysphere* beginnen, zonder actief gebruik te maken van de resultaten van eerdere structures.

Anderzijds, is het niet zo dat PESSO-psychotherapie een vorm van inzichtgevende psychotherapie is, en is het ook in andere vormen van inzichtgevende psychotherapieën niet gebruikelijk om de cliënt te laten komen met wat hem of haar bezig houdt? De ‘unconditional positive regard’ in de experiëntiële psychotherapie en de vrije associatie in de psychoanalytische psychotherapie zijn varianten op de *possibilitysphere*. Deze manier van werken staat echter onder druk. Het is niet meer zo geaccepteerd om cliënten ‘non-directief’ te benaderen en los van enig geprotocolleerd programma de emotionele kant te exploreren. Hierin speelt de tijdgeest mee, het programmatisch denken in de GGZ, waar efficiëntie en doelgerichtheid de boventoon voeren.

Wanneer houdt Pesso-therapie op Pesso-therapie te zijn? Ik ben er voor vele bloemen te laten bloeien.

Rutger Kopland werd gevraagd wat hij er van vond dat zijn gedichten veel in rouwadvertenties gebruikt worden. Hij zei dat hij daar geen moeite mee had, mits er aan de gedichten niets veranderd werd om het meer op de desbetreffende persoon van toepassing te laten zijn. Daarmee zou het gedicht geweld aangedaan worden en iets anders worden. Zo ongeveer lijkt het me voor de Pesso-therapie op te gaan. Het gebruik van elementen uit de Pesso-therapie moet in overeenstemming zijn met de theoretische achtergrond en opvatting van dat element in de Pesso-theorie. De artikelen van Crandell en Robinson en van Williamsen geven daarin het goede voorbeeld. Williamsen maakt vruchtbaar gebruik van het begrip 'Pilot', in een behandeling voor zwak begaafde borderlinepatiënten. Het begrip 'Pilot' wordt daarbij op geen enkele manier geweld aangedaan.

Hetzelfde geldt voor het gebruik van 'ideale ouders' als aanvulling op de schemagerichte therapie van Young. Het gebruik van 'ideale ouders' blijft geheel in overeenstemming met het theoretische concept zoals het bedoeld is. Of dit ook het geval is in de behandelingen die op bepaalde websites als Pesso-therapie worden aangeboden is nog maar de vraag.

Wat natuurlijk niet mag ontbreken na een congres is de sfeerimpressie van één van de (weinig) Nederlandse deelnemers: een Nederlands bericht uit Amerika van Marjanne Vermeer. Wat heeft zij ervaren van de 'roots' en de 'wings'? Behalve de interessante uitbreidingen van de Pesso-psychotherapie die in eerder genoemde lezingen behandeld worden ben ik vooral nieuwsgierig naar de liaison met Bessel van der Kolk en de neuropsychologie. Daarvan wordt, afgezien van het al eerder geplaatste artikel van Lowijs Perquin, weinig vernomen de laatste tijd.

Uit Noorwegen komt de 'onderdompeling' van Pesso-therapeuten in opleiding in de 'supervisewateren' van Tjeerd Jongsma. Een stuk van Nederlandse schrijvers, Mayke de Klerk en Marijke Start, maar in Noorse sferen. Met al dat water kwamen associaties met 'dopen' bij mij op, maar gelukkig zijn de aanbevelingen van Jongsma zo prettig *down to earth* dat verdere gedachten aan godsdienstige rituelen op de achtergrond bleven. Zijn nuchtere meesterschap werkt steeds weer inspirerend, ook op ervaren collega's, zoals weer bleek bij zijn referaat over weerstand na de laatste ledenvergadering.

Tenslotte de bijdrage uit België, Willy van Haver gaat in op het bestaansrecht van ideale ouders. Geen techniek om louter te kunnen geven

REDACTIONEEL

waar cliënten behoefte aan hebben, ook geen ontkenning van de realiteit, maar een correctieve ervaring op de levensbepalende schema's (om maar eens een term van Young te gebruiken) die cliënten ontwikkeld hebben door de vaak negatieve ervaringen met hun reële ouders. Bovenal: een lichamelijk te ervaren correctie.

Dat is Pesso-therapie.

Schema Therapy as an Adjunct to PBSP

JOHN CRANDELL AND HELEN ROBINSON

Cognitive therapy often appears to be the antithesis of the emotional reeducation offered in Pessio/Boyden System Psychomotor (PBSP). The former is present-oriented, empirical, and aimed at altering thoughts. The latter reworks the past, derives its validity from compelling experience, and alters thoughts and actions as a consequence of emotional and physical expression. We do not want to dismiss the very real differences. But there is a great deal of common ground and potential for mutual benefit when the approaches are appreciatively compared. This is especially so with a derivative of cognitive therapy known as Schema Therapy (Young, 1999; Young, Klosko, & Weishaar, 2003). Schema Therapy (ST) is fundamentally compatible in orientation with PBSP. It can be fruitfully used as an adjunct. This paper will briefly outline some of the ways in which it can assist in orienting the client and organizing the course of therapy.

Schema Therapy

It is assumed that the reader is familiar with PBSP, and so there is no overview offered here. Schema Therapy has been developed over the last 20 years by Jeff Young, a former colleague of Aaron Beck. He began to look for ways to modify cognitive therapy for application with those more challenging clients who failed to respond or relapsed quickly when treated with standard cognitive therapy. He quickly identified that such clients, many of whom would be diagnosed with Axis II disorders, were not only difficult to engage in a therapy relationship but were also unable to modify underlying beliefs because they were so fixed and central to their identities. Such beliefs, learned in childhood or adolescence, and perpetuated throughout life by selective perception and self-fulfilling

John Crandell is a clinical psychologist in private practice in Winchester, Virginia, USA.

He is Certified PBSP psychotherapist and is a Supervisor/Trainer in training.

Helen Robinson is a Licensed Clinical Social Worker also in private practice in Winchester. She specializes in treating adults, combining PBSP and schema into depth therapy.

SCHEMA THERAPY AS AN ADJUNCT TO PBSP

prophecy in action, are known as Early Maladaptive Schema. Table 1 includes a list of the 18 schemas most often identified among patients in clinical settings.

Early Maladaptive Schema

Core Schema:

Abandonment
Mistrust/Abuse
Emotional Deprivation
Defectiveness/Shame
Social Isolation

Reactive Schema:

Depenence/Incompetence
Vulnerability to Harm
Emmeshment
Failure to Achieve
Entitlement/Grandiosity
Insufficient Self-Control
Subjugation
Self-Sacrifice
Approval Seeking
Negativity/Pessimism
Emotional Inhibition
Unrelenting Standards/
Perfectionism
Punitiveness

Table 1. Commonly observed schema.

ST developed as an approach to engage the client in a collaborative process of recognizing, distancing from, and ultimately replacing these schemas. Standard cognitive and behavioral tasks have been supplemented with techniques that evoke strong emotion. Usually this involves some form of imagery work which review the early relationships that were formative. Treatment also might involve a dialogue, with the therapist improvising one of the polarities, between the part of the person committed to the old ways of coping ('the Schema Side') and the part committed to new ways of coping ('the Healthy Side'). ST requires a strong alliance for the therapist to engage in "empathic confrontation" of allegiance to the old schemas. More emphasis is placed on the relationship than is typical in traditional cognitive therapy. Indeed, the therapist becomes a model for healthy adult functioning and engages in 'limited reparenting' within the therapeutic relationship. ST has developed into an approach to longer-term treatment of the self-defeating patterns

that lie beneath many of the presenting problems which clients bring to us.

Common ground

Many of the central elements in Schema Therapy are directly compatible with PBSP. Early Maladaptive Schemas are a way of understanding the *old map*. As with PBSP, healing is felt to require revisiting important relationships at the decisive historical moments of abuse, neglect, or missed attunement that gave rise to the schema. Like PBSP, ST changes expectations of the present by reworking the historical events. The use of imagery is somewhat like doing a head *structure*. ST tries to cultivate the 'Healthy Adult' to challenge the old belief system, much as the PBSP therapist works with and supports *pilot* function. The adult perspective, usually prompted by the therapist's modeling, helps the client reframe the original situation and ask for what would have been needed. Both in imagery and in the 'limited reparenting' in the therapy relationship, there is an attempt to provide an *antidote* and the development of a more effective and hopeful *new map*. ST lacks the concept of ideal parents but understands the need for healing in history. Like PBSP, ST regards emotion as key to the early learning and to the process of change. In each of these ways, ST draws close to PBSP while still retaining some of the tone and character of its cognitive roots.

What Schema Therapy can teach PBSP

Transparent terminology

There are many strengths in this tradition, and we would like to detail some of them. In each case there is a challenge: how could PBSP productively incorporate some of them while staying true to its own roots? If we can look at them nondefensively, they present us with the opportunity to consider how we in PBSP might improve our product. First, uses a language which is transparent. Its meaning is clear and nonstigmatizing. Often PBSP terminology is mysterious or confrontive. It is easier to own an Abandonment Schema than to own a *magical marriage* with the mother. ST focuses on content rather than process while PBSP tends to do just the opposite. The schemas are identified and objectified. They become the organizing focus around which the treatment develops. There are processes in, for example the dialogues between the Schema Side and the Healthy Side of the personality. But the process is clearly organi-

SCHEMA THERAPY AS AN ADJUNCT TO PBSP

zed around the transparent goal of lessening the influence of a given schema or mode. A Schema therapist enters a session with a clear agenda. In contrast, the PBSP therapist deliberately empties her/himself of expectation as part of offering an open *possibility sphere*. Previous content is deliberately set aside in the therapist's devotion to tracking the highest energy. This gives the PBSP structure a potential for surprise and freshness, but also a sense of mystery. The client who had intended to work on his relationship with his mother may be nonplussed to find himself in the middle of a limit structure. Over time, the client in PBSP develops openness to emotional process but may have little sense of where he or she stands in the course of therapy.

Transparent assessment and treatment steps

This gets us to the heart of what offers as a model to PBSP: ST has an articulated view of the sequencing of different treatment steps into an organized course of treatment. Assessment highlights schemas or modes to be addressed. There is an educational process which elicits the client's active agreement to challenge the operation of the old patterns, and then there are a series of behavioral homework assignments that help the client act differently in day-to-day life. In successive sessions, role-plays offer rehearsal of new coping styles while schema dialogues deepen the emotional commitment to change. The therapy session is seen as one meeting in a predictable and finite set of sessions which will result in contractually agreed goals of symptom reduction, schema change, and functioning from a healthy adult mode. We believe that PBSP could offer an equally organized course of treatment. Perhaps the closest approach is Al Pesso's discussion of the course of treatment for healing abuse (Pesso, 1991). But PBSP was developed in the context of workshop settings. Here, organized assessment and sequenced treatment are not highlighted; the emphasis is on the emotionally compelling healing that can happen in a single structure. Current training likewise emphasizes the skills brought to bear in the single session, with little discussion of what work is likely to precede or follow any given structure. There may be a clear contract between client and therapist about how to work together in any given structure, but there may be only a vague contract about the overall course of treatment. This makes it hard for the PBSP therapist to assign homework beyond reviewing the accumulated antidote experiences.

SCHEMA THERAPY AS AN ADJUNCT TO PBSP

This is where we are now. But it is relatively easy to imagine a course of PBSP treatment that was organized more as would be expected in. We have therapists trained to assess clients in terms of deficits in Tier 1, 2, and 3. It is not hard to imagine a PBSP interview process that helps the client join in developing a genogram which highlights the holes in roles that are implicated by the presenting problems. The PBSP therapist could easily develop an analogue of the Schema-Focused Case Conceptualization Form. This would highlight the anticipated structures that would occur during a course of treatment. We believe this is possible without compromising the emptiness of the possibility sphere that would allow any given piece of work to emerge in its own due time. If each structure is a pearl, then it is certainly possible to conceptualize how they could be strung together into a necklace the client could wear with pride.

We have been inclined to use parts of the ST assessment process to supplement our PBSP-oriented treatment. Clients will routinely complete the Young Schema Questionnaire and the Young Parenting Inventory. These help to identify any strong schemas while raising awareness of the continued influence of past events (*old maps*). ST deliberately labels the schemas that are evident in the transference relationship or in ‘voices’. Much as PBSP names the voices, ST identifies them as ‘modes’. So it would be typical for the schema therapist to say “that is your Critical Parent punishing you for having feelings”. The useful additional move in ST is to link the emerging voices with the schemas they perpetuate. So the Critical Parent voice is interpretatively tied to the Emotional Deprivation schema. As in PBSP, the voice is part of developing the *true* and *historical scenes*, and the interest is in identifying the original relationship events that created the Emotional Deprivation schema. But PBSP therapists seldom take time after a structure to review the voices with a client; it may be well to link them to the specific terrain of the *old map* and alert the client that their presence in consciousness is a sign that a schema has been activated. We also take advantage of the self-help book specific for schema work, *Reinventing Your Life* (Young & Klosko, 1993). In addition to its educational and self-assessment functions, bibliotherapy helps make the client an active partner in the contract to change. The challenge to the PBSP community is to create the educational and assessment instruments that clients can use to enrich their treatment.

SCHEMA THERAPY AS AN ADJUNCT TO PBSP

Cognitive strategies

Uses a wide array of techniques drawn from the cognitive behavioral tradition, and some of these could be useful adjuncts to PBSP work. The earliest change techniques tend to be cognitive. “Cognitive strategies help the patient articulate a healthy voice to dispute the schema, strengthening the Healthy Adult mode” (Young, et al., 1993, 91). This may be done by challenging the current evidence for the schema or by reframing the tendency to personalize what was a dysfunctional family pattern. More helpful, in our experience, are dialogues in which the client alternately argues for the schema or for the ‘Healthy Side’. The therapist plays coach or alter-ego in the dialogue, most often modeling ways to fight against the entrenched schema. Such advocacy is a different role for the PBSP therapist. But the dialogue itself is simply an elaboration of the *crossfire*, with the *pilot* process countering the externalized *negative voices*. Makes use of ‘flash cards’ to cope with anticipated triggers. The cards are brief written statements of the feelings, the schema behind them, and the cognitive and behavioral strategies to be practiced as an alternative. We have found these useful. The creative PBSP therapist could easily create a flashcard based on the antidote that results from a structure. The client could review the card, revisiting the *new map*, preparing themselves to cope more effectively with anticipated challenges presented in their day-to-day life.

Many of the symptoms that are addressed in Schema Therapy result from the coping styles with which clients handle their schemas. Expectably, people have a preferred mix of surrender, avoidance, or overcompensation. Someone with a strong Mistrust/Abuse Schema would surrender by passively tolerating a battering relationship, avoid by rejecting any invitation to intimate relating, or overcompensate by becoming aggressive to “get them before they get me”. Any of these ways of coping become entrenched habits. They are tackled in ST using a mix of role-play, behavioral rehearsal in imagery, and assigned homework for “pattern-breaking.” All of these techniques can be usefully appended to PBSP practice. However powerful a structure may be in helping a client create a new vision of how life could be, there will still be a need to replace old habits with new ones. We believe the willingness to work with here-and-now issues and the assignment of homework are an important part of transforming lives which should be part of the repertoire of the PBSP practitioner offering ongoing psychotherapy.

Transference

Acknowledges the centrality of the therapeutic relationship to the transformation of schema. The alliance must be strong and the therapist active if ingrained patterns are to be challenged. There is the expectation of a strong transference that is used transformatively. Perturbations in the relationship are acknowledged and analyzed for evidence of any schema involved in the ruptures. Nondefensive and admittedly imperfect, the schema therapist models self-acceptance while still trying to be consistently helpful to the client. The desired stance is one of ‘empathic confrontation’. There is a consistent acceptance of the patient’s point of view. But there is also a willingness to challenge it when it seems outmoded. The therapist is seen as the model for Healthy Adult functioning on the part of the client. The willingness to acknowledge the role of transference and to guide its application in the ongoing therapy relationship is a strength of ST that can be useful to the PBSP practitioner. Too often, the PBSP therapist acts as if enrolling objects or group members adequately averts transference. There is transference that develops in any ongoing course of treatment, even PBSP.

What PBSP can teach ST*Experiential work and motoric expression*

PBSP offers a much more developed methodology for experiential work. This is significant because, as Young notes, “experiential techniques seem to produce the most profound change” (Young, et al., 110). ST relies on imagery to allow clients to revisit the troubling past experiences that shaped their schemas. We have long argued that effective PBSP work can be done in imagery (Crandell, 1989, 1992), so there is no objection to the use of imagery. But there is less clarity and precision in ST. In imagery encounters with parents and other significant figures, clients vent anger, grieve for what was missed, and ask directly for what they would have needed. The therapist enters into the imagery as an active role-player, advocating on the part of the Vulnerable Child, provoking anger by playing a selfish parent, or modeling how a Healthy Adult might reassure the child state. The shifting roles may be confusing and the improvised comments may be off target. We believe that *microtracking* allows a much more precise sense of what injury is most important and which intervention will offer the best antidote. By carefully moving from *true scene* to the *historical scene*, the wound can be more effectively understood and expe-

rienced with more depth of feeling. PBSP works with a much broader palette of emotions than anger and grief. PBSP offers the release and satisfaction that goes with motoric expression. When it comes to the emotional work that is at the heart of changing the old schemas, PBSP offers great advantages relative to ST.

Symbolic reparenting

ST proposes that the therapist use the relationship to provide “limited reparenting” by treating the child as would a benign parent, by entering into imagery dialogues as an advocate for the child states of the client, and even by offering in imagery to perform such frankly parental functions as holding. We find this to be dangerous. Here, PBSP clearly has a safer and more effective methodology. Symbolic reparenting through use of the ideal parents provides the right response, in the right time, and from the right kinship relationship. It avoids the idealization of the therapist and the potential boundary erosion which can occur in ST.

Conclusions

A review of Schema Therapy suggests that it is compatible with PBSP and has complementary strengths. Designed for longer-term treatment, ST has useful ways of conceptualizing goals, sequencing the work, and managing the transference that will inevitably develop that can influence the practice of PBSP. The use of schemas as organizing content, and the assessment tools and process that identify the operative schemas, are particularly useful. The willingness to work on here-and-now coping styles and assign homework to help with the transfer of new learning is a contribution of ST that could be easily adopted in PBSP. In turn, the precision, range, and depth of the emotional work possible through PBSP offers major advantages that could be used by the schema therapist. As PBSP becomes moves into the mainstream of psychotherapy practices it can be confident of what it has to offer while appreciating the strengths of other approaches. It can appropriate what is useful while still remaining true to its roots and its traditions. We hope that more such cross-fertilization can happen in the future.

We would like to close with a comment about the zeitgeist that makes this discussion possible. As PBSP therapists, we find the very existence of Schema therapy to be gratifying. Through most of our adult lives, the cognitive revolution has brought a tyranny in which the importance of

SCHEMA THERAPY AS AN ADJUNCT TO PBSP

thought has been elevated over feeling, in which information processing has been the presumptively most important process, and during which the computer has been the dominant metaphor. It is refreshing that right at the heart of the cognitive therapy movement an approach has developed which champions so much of what we love about PBSP. The nonrational is valued, emotion is seen as decisive, the here-and-now is understood to be contextualized by past experience, and all of this can be modified in the context of a therapeutic relationship which values reparenting. One of its greatest services is that Schema Therapy represents a movement back toward a valuing of the totality of human experiencing, a totality that PBSP has championed for years.

References

- Crandell, J. S. (1989). Brief treatment of adult children of alcoholics: Accessing resources for self-care. *Psychotherapy, 26*, 510-513.
- Crandell, J. S. (July, 1992). Treating severe codependence. Paper presented at the first International Conference on Pesso System Psychomotor. Amsterdam, the Netherlands.
- Pesso, A. (1991). Abuse. In Pesso, A. & Crandell, J. (Eds.), *Moving Psychotherapy*. Cambridge, MA: Brookline Books. Pps. 169-188.
- Young, J. E. (1999). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach*. Sarasota, FL: Professional Resources Press.
- Young, J. E., & Klosko, J. S. (1993). *Reinventing your life*. New York: Plume.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema Therapy: A practitioners guide*. New York: Guilford.

PBSP, DBT, MR, BPD: *Letters that spell hope*

JOANNE WILLIAMSEN

*Persons with Mental Retardation experience mental illnesses with similar frequencies as people in the general population, including Borderline personality Disorder. Regardless of cognitive ability, this disorder is difficult to treat. Individuals dually diagnosed with Borderline Personality Disorder and Mental Retardation present unique challenges for clinicians. Treatment modalities need to be adapted to accommodate for visual and verbal processing limitations, concrete thinking patterns, and deficits with working memory. At **Advanced Behavioral Health** in Brooklyn Park, Minnesota, an emerging therapy for treating individuals with Borderline Personality Disorder and Mental Retardation is developing with positive treatment outcomes. This approach is based upon two different theories: **Dialectical Behavior Therapy** and the **Pesso Boyden System psychomotor** method. The purpose of this article is to introduce the therapeutic community to the development and history of this treatment approach called, the **PILOT Program**. Thirty clients have participated in the **PILOT Program**. The Intelligent Quotients of these 30 individuals range from a Full Scale IQ of 75 to 55.*

1. INTRODUCTION

This article begins by providing brief reviews of Mental Retardation (MR), Borderline Personality Disorder (BPD), Dialectical Behavior Therapy (DBT), and the Pesso Boyden System Psychomotor (PBSP) method.

Following these brief reviews, the author discusses the PILOT Program: an emerging therapy for treating individuals dually diagnosed with BPD and MR. The author of this article has been developing the PILOT Program along with Susan Voss, M.A., L.P.C., her business partner at Advanced Behavioral Health (ABH). The section on the PILOT Program reviews the therapeutic process from referral and initial interview to the

Joanne Williamson, M. Div, M.A. Licensed Psychologist.
Partner of Advanced Behavioral Health, Inc.

various aspects of the treatment program, which are currently developed and in use at ABH. This paper also includes material still under development at ABH.

The final two sections of this article include a discussion of treatment outcomes based on the clinical experiences at ABH and a discussion on the need for future research and development.

1.1 Brief review of mental retardation

The *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fourth Edition (DSM IV, p.46) identifies Mental Retardation as follows:

1. An IQ of 70 or less
2. Serious deficits in adaptive behavioral functioning
3. Occurs before age 18

Characteristics of people with MR or Developmental Disabilities (DD) include difficulties with working memory, difficulties with speech and communication, inadequate social skills, difficulty with emotion identification, difficulty with change, and dependency upon routine.

Individuals with MR are frequent victims of sexual/physical abuse, taunting at school and in the community, and financial exploitation. Their cognitive impairments make emotional expression difficult. Common teaching techniques include frequent repetition, hand over hand, modeling, role-playing, and chaining techniques.

For persons with DD, the world of emotion can be a frightening and confusing one. New clients come to us with the belief that feelings are bad and uncontrollable. They experience serious consequences as a result of explosive displays of emotion. They are frequently moved from home to home because "*No one can control me*". As they grow up, priorities are placed on learning communication and daily living skills with emotional education as a distant goal. With their deficits in cognitive processing and communication skills, emotional expression is frequently limited to behavioral displays. They have not made the connection between the 'icky' sensation in their stomach and the feeling of anxiety.

1.2 Brief review of Borderline Personality Disorder

The Bio-Social theory of BPD was developed by Marsha Linehan (1993), which states that there are two primary factors within BPD:

- 1) Emotion Dysregulation (*biological factor*), and
- 2) Invalidating environment (*social factor*).

Individuals experiencing emotional dysregulation are oversensitive, over-reactive, and cannot modulate strong emotion. This is a biological impairment of their emotion regulation system. Individuals who have been reared in an invalidating environment may have experienced sexual/physical abuse, neglect, taunting etc. An invalidating environment is one where the child's needs are disqualified or become secondary to another's needs. This is the social aspect of the Bio-Social theory.

Persons who meet these two factors will typically conform to the diagnostic criteria for BPD as outlined in the DSM IV (p.654). The BPD criteria follow:

FIVE OR MORE OF THE FOLLOWING:

1. Frantic efforts to avoid real or imagined abandonment
2. Pattern of unstable and intense relationships
3. Marked and persistent unstable self-image
4. Impulsivity that is potentially self-damaging
5. Recurrent suicidal and/or self-mutilating behavior
6. Affective instability due to a marked reactivity or mood
7. Chronic feelings of emptiness
8. Inappropriate/intense anger or difficulty controlling anger
9. Transient, stress-related paranoid ideation or severe dissociative symptoms

1.3 Brief review of Dialectical Behavior Therapy

DBT grew from Cognitive Behavior Therapy (CBT). Developed by Marsha Linehan, DBT addresses the complex psychological needs of individuals with BPD (1993). DBT assumes that the fundamental nature of reality is change. Additionally, the dialectic between individual parts and the whole is viewed as the interrelated characteristic of reality. The dialectical worldview describes reality as dynamic and not static.

From the dialectical perspective, however, conflict that is maintained is a dialectical failure. Instead of synthesis and transcendence, in the conflict typical of borderline individuals there is opposition between firmly rooted but contradictory positions, wishes, points of view, and so on. The resolution of conflict requires first the recognition of the polarities and then the ability to rise above them, so to speak, seeing the apparently paradoxical reality of both and neither. At the level of synthesis and integration that occurs when polarity is transcended, the seeming paradox resolves itself. (Linehan, 1993, pp. 35-36)

The following polarities represent dichotomous and extreme thinking, behavior, and emotion and impede the therapeutic process. Therefore, they become a special focus for therapy.

Self-acceptance in the present.	Need for change.
Getting what you need. (<i>Therapy</i>)	Losing what you need. (<i>Progress = Less therapy</i>)
Environment is the sole problem.	I am the sole problem.

Within DBT, there is a hierarchy of therapeutic goals. The initial goal is to reduce risky behavior, such as self-injury, suicidal threats and gestures, promiscuity, substance abuse, etc. The next goal is to reduce therapy interfering behavior. These would include skipping therapy, coming late to appointments, neglecting homework, and refusing to complete diary cards/chain analyses. The goals that follow include increasing various skills, such as: increased awareness, improved interpersonal functioning, increased ability to moderate/manage emotion, and enhanced ability to cope with distress. Lastly, addressing and healing wounds from the past are the final goals of the therapeutic process.

Basic components of DBT include the therapeutic contract, individual therapy, skills training groups, and phone coaching between appointments. The agreement between therapist and client is based on mutual respect and commitment to therapeutic goals. The primary goal in individual therapy is to address the motivational issues, particularly the motivation to live vs. the motivation to die and/or engage in borderline behaviors. Common elements of individual sessions include review of diary cards, chain analyses, and problem solving. Group therapy attends to teaching the following skills: mindfulness, interpersonal effectiveness, emotion regulation, and distress tolerance. Phone coaching between appointments assists clients in applying the skills to problematic situations in their lives, as needed.

Mindfulness skills begin by teaching about the three states of mind: rational mind (*thought without feeling*), emotional mind (*feeling without thought*), and wise mind (*using both thought and feeling*). Mindfulness skills increase abilities to observe, describe, and participate in experiences. Mindfulness skills also teach us to be non-judgmental, improve attention, and personal effectiveness.

Interpersonal effectiveness skills help clients to attend to relationships, improve conflict resolution skills, balance priorities, and build self-respect.

Emotion regulation skills assist with emotion identification and understanding, reduce emotional vulnerability, and decrease emotional suffering.

Distress tolerance skills assist individuals to cultivate positive uses for distraction, improve self-soothing techniques, and assess pros and cons for potential behavior.

1.4 Brief review of Pesso Boyden System Psychomotor

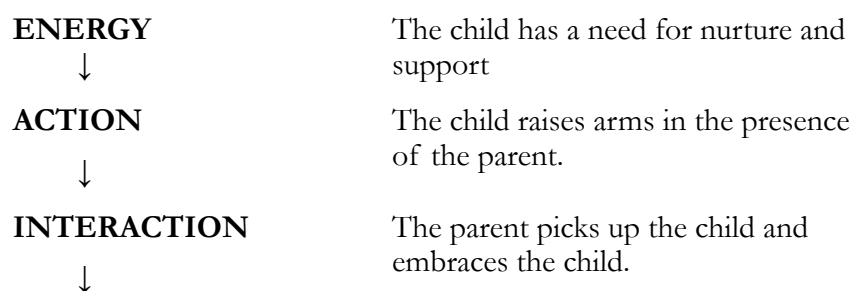
Diane Boyden and Albert Pesso developed PBSP in 1961 from their backgrounds as modern dancers and choreographers. By noticing the process of how feelings are expressed physically, Al and Diane uncovered basic patterns of human development. “As developmental drives unfold, they are experienced as emotions/impulses to action, and can be satisfied by specific responses from specific (genetically pre-programmed) target figures.” (Kaufman)

PBSP developed as a system of emotional re-education. This system uses the resources of the person’s body and mind to complete the five life tasks necessary for personal well-being.

1. Satisfaction of basic developmental needs (*place, nurture, support, protection, limits*)
2. Integration of polarities (*to 'own' the whole self*)
3. Development of the consciousness (*to know we are alive and why*)
4. Development of the PILOT (*to be in charge of one's own life*)
5. Development of personal uniqueness (*to become who we truly are*)

The goal of PBSP is to change one's psychological map. The first step is to discover the current psychological map within its historical roots. The second step is to devise creative ways for satisfying unmet developmental needs. Through the process of noticing energy in the body, physical sensations, and patterns of thought, developmental deficits reveal themselves. Thus, opportunities for growth, healing, and satisfaction are also uncovered. When we develop and strengthen our PILOT (our self-organizing command center), we increase our self-awareness, self-understanding, self-acceptance, and open ourselves to opportunities for healing through the completion and satisfaction of basic needs. "The ideal relationship of the child with the parents is not a static but an active and changing one. The process of becoming an autonomous, competent human being with a sense of one's own identity and place in the world is a resultant of a complex interaction of energies, behaviors, relationships, attitudes, and genetic processes" (Pesso, Chapter 4, 1973).

Here is an example of how psychological maps are formed:



INTERNALIZATION “I am loved, cared for, and safe.”

Here is an example of how unwanted detours or stop signs in our psychological maps may be formed:

ENERGY	The child has a need for nurture and support.
↓	
ACTION	The child raises arms in the presence of the parent.
↓	
INTERACTION	The parent turns away, yells, or hits.
↓	
SUBSTITUTE	Child may cry, pick up a teddy bear, or rock self.
↓	
INTERNALIZATION	“My needs are bad.”

Those unwanted detours and stop signs manifest through maladaptive patterns of behavior, thought, and relational ineffectiveness. In PBSP, the doorway to discovery and change is through the body (our physical movement, our physical sensations) and through the mind (our pattern of thinking and the wanted or unwanted injunctions that guide our lives). By using our mind’s eye and our mind’s body within the context of a highly structured and carefully composed intervention (called a structure), a more appropriate substitute is posited. The individual is invited to imagine a symbolic representation of a parent who would have seen the child’s need and responded to it.

Development of the PILOT is crucial to the task of psychological change. In order to develop, the PILOT needs information to perform its tasks of organizing and commanding one’s life.

The PILOT receives information from our internal states, takes in information from outside ourselves, and incorporates information from

our history. The PILOT can then organize this information and make choices about life.

Internal states:

Physical sensations

Thoughts

Injunctions

**Environmental
Conditions:**

Sights, sounds, touch,
smell

Societal conventions

PILOT

Historical conditions:

Met needs

Unmet needs

Abuse

Loss/grief

**Opportunities for
growth change:**

Using the mind's eye
& body

“Owning” the whole
self

Being in charge of
ourselves

Becoming our true
selves

2. The PILOT Program

DBT and PBSP make quite a jazzy combination. ABH utilizes the organizational principles of DBT along with its hierarchy for treatment goals. The use of diary cards, chain analyses, and combining individual therapy with skill building groups are tools from DBT.

From PBSP we utilize the concept of the PILOT and its teaching techniques and exercises. We also make use of symbolic therapy interventions within PBSP, specifically the ‘Witness’ figure and the symbolic projection of internal injunctions, called ‘Voices’, which become the basis for changing one’s psychological map.

The initial goal of therapy is to reduce risky behavior (DBT). The ultimate goal of therapy is to change the individual's psychological map (PBSP). Both goals require the therapeutic process to provide opportunities for one's PILOT to gain information about one's thoughts and feelings and one's urges and behavior. Both goals require the individual to be able to transcend oneself, to use one's mind's eye, and to think about one's thinking. Conventional wisdom teaches that persons with MR cannot perform these higher executive cognitive functions, such as thinking about one's thinking. At ABH we have experienced incredibly ground-breaking and thoroughly exciting breakthroughs. We have discovered that, by using concrete symbols and the educational exercises of PBSP, MR people can and, in fact, do engage in meta-cognitive tasks.

Recently, a client stated, "Staff don't have problems with their feelings." A crucial component of the PILOT Program, as developed by ABH, is our encouragement of active staff involvement. Clients experience staff as human beings who also need to utilize emotion regulation skills. Staff participation in the PILOT Program normalizes the process of coping with emotional ups and downs. It is common for staff to indicate to therapists and clients that they are using the tools they have learned in the PILOT Program to assist them in their everyday life. Staff participation enables the therapist to gather thorough information about current problems and allows the therapist to instruct the staff person about possible interventions at home.

2.1 Process of entering our program

Referral

Individuals in our clinic are referred by a variety of sources: social workers, guardians, group homes, psychiatrists, or crisis homes. We complete a screening over the phone that includes questions related to the person's current behavioral and emotional difficulties, cognitive functioning, physical difficulties, current medications, and history of psychological services, as well as previous diagnoses. With this information, we can determine what method is best suited to serve the individual.

Initial Interview

Both PILOT Program therapists conduct the initial interview. Caregivers and guardians are also encouraged to participate in the initial inter-

view. One therapist completes the diagnostic interview with the potential client, while the other therapist completes a Vineland Adaptive Behavioral Scales (VABS) with the caregiver. During the diagnostic interview with the client, we assess the client's understanding of his or her current difficulties, their assessment of previous strategies, the current level of hope, and the ability to grasp abstract concepts. The VABS provides us with an assessment of the person's current adaptive behavioral functioning, communication, daily living skills, socialization and maladaptive behaviors.

At the conclusion of the initial interview, the two therapists briefly consult with each other to determine the appropriate therapeutic avenue. If the individual has met certain criteria for entering our PILOT Program a primary therapist is chosen based on the therapists' current caseload, client needs, and mutual schedules.

The PILOT Program entrance criteria:

- The client agrees that (s)he needs to make changes
- The client, residential staff, and guardian understand the level of commitment
- The client's disability does not impair him/her from learning these concepts
- The client's residential staff commit to assisting the client in learning and implementing the concepts

Therapeutic Contract

When accepted into the PILOT Program, ABH establishes a therapeutic contract between the client and the caregivers. This contract outlines the expectations and level of commitment for the client, the therapist, and the caregivers.

Patient agrees to:

1. Attend all scheduled therapy sessions
2. Use safety management procedures to reduce harm to self and others
3. Appropriate use of the on-call phone
4. Stay in therapy session even when difficult

5. Attend PILOT classes
6. Do daily and weekly homework

Therapist agrees to:

1. Treat the patient with respect
2. Be reliable and ethical
3. Find ways to help the patient feel life is worth living, while disclosing that the therapist does not have the control to keep the patient from harming themselves
4. Not give up

Residential staff agrees to:

1. Remind the client to bring therapy notebook to appointment
2. Assist the client with his/her worksheet
3. Assist the client with his/her therapeutic goals
4. Attend identified individual and group therapy sessions as scheduled
5. Agree to confidentiality requirements

2.2 Individual therapy before group placement

Awaken the PILOT

The initial goal of therapy is to awaken the person's PILOT. The first stage to accomplish this is through identifying the physical location of the PILOT by pointing to the forehead. "The part of your brain that is located behind your forehead is what we call the PILOT. It is the big boss of you. It is the part that helps you make choices about what you do and how you behave. Just like a real pilot in a real airplane needs good information to get the plane to go where it needs to go, your PILOT needs good information about you so you don't crash. Your PILOT gets information from your 'feeling part' and information from your 'thinking part'."

At this point, the therapist raises their arms to simulate the wings of an airplane. The right arm represents the feeling part and the left arm represents the thinking part. The therapist then raises their right arm over

their head and says: “What happens to the plane if the feeling part takes over and the PILOT is not in charge?” “It crashes,” is the common response. Then the therapist raises their left arm (the thinking part) over their head and says, “What happens if my thinking part takes over and I’m having a lot of bad thoughts?” Again the common response is: “The plane crashes.” So, “therapy is all about giving your PILOT good information, so you don’t crash”.

Early PILOT exercises:

The next step is, “Let’s find your PILOT”. Typically, our clients are unaware that they have a mind’s eye. We will ask them to describe their bedroom. Usually when they describe their bedroom they point and gesture with their arms, indicators that their mind’s eye is at work. “That’s your PILOT working!” We will have them select an object. Then with their eyes closed, we have them describe it. “That’s your PILOT working!” We will have them close their eyes and ‘see’ themselves sitting in the office with their therapist. “That’s your PILOT working!” On one occasion following a mind’s eye exercise a client exclaimed: “Do you think my dad can do this?” She was excited to have discovered this skill, a skill that she had in common with her father. She found her PILOT and learned one way to give her PILOT information, so that she could more ably make good choices for herself.

We also lead clients in closed eye exercises where they ‘see’ themselves walking out the office door, going through the waiting room, down the stairs, out the front door, experiencing the current weather conditions, opening the car door, getting in, and driving off with their driver. “That’s your PILOT working! You can use your PILOT to help you plan events and practice events in your head.” Following this exercise, one young woman exclaimed to her therapist: “Dude! I do this all the time.” “Wow,” the therapist replied, “You already have a strong mind’s eye. That’s your PILOT working! Now your PILOT needs more information about your thoughts and feelings, and more experiences about how to handle the hard times.” She was proud to have had this success so early in therapy.

Goals of early therapy

An additional goal of this important stage of therapy is the reduction of risky behavior. Therapy is weekly. Every other week a staff person attends the individual sessions to learn about the PILOT and to assist in

problem solving related to relationships in the group home. Staff participation is crucial to success. They need to understand the concepts, language, and tools of the PILOT Program. Staff people are key, as they assist clients to globalize this learning to other areas of life.

In reducing risky behavior, we stress that regardless of your level of disability, hurting yourself or others is unacceptable behavior. The therapist explains to the patient: “You can want to do anything, but you don’t get to do everything.” This is the beginning of distinguishing between urges and actions. The PILOT recognizes the urge, notices the feelings attached to the urge and then decides how to act. In order to keep track of these urges, feelings, actions, we provide clients with individualized diary cards, which in turn provide the PILOT with valuable information. Urges and actions tracked on the diary card are selected according to the client’s current set of risky behaviors. The initial set of behaviors tracked is the most serious set of behaviors, such as para-suicidal behavior, physical aggression, elopement, and unsafe sexual practices.

Diary Cards

Characteristically, our clients have some rudimentary reading and writing skills. Diary cards usually require the individual to mark a ‘yes’ or a ‘no’ to the various urges, feelings, and actions that are monitored on the cards. These diary cards are reviewed during therapy. For instance, clients may report having had the urge to cut themselves because they were angry, frustrated, and sad. However, a client might not follow through with the urge. “What did you do to help yourself instead of cutting yourself? This is important information for your PILOT. You can have the urge, but do something else.” The ‘something else’ is usually in the form of a self-soothing activity. Self-soothing activities are listed and tracked on the second page of the diary card and are described as things we can do to help ourselves when we are having urges and BIG feelings. A BIG feeling is a feeling where the sensation of the feeling is experienced as extreme. Since a BIG feeling can be a terrifying experience for anyone, imagine how terrifying this experience can be for individuals with Mental Retardation and emotion dysregulation. Our clients often experience emotions as something omnipotent; something out of their control.

Ride the Wave

Riding the wave is a concept we developed to assist clients in understanding the anatomy of a BIG feeling. In our group room, we have a poster

of a surfer riding an enormous wave. We also watch videos of surfers riding out various types of waves. The emotion or BIG feeling we experience is a wave that we need to ride out. The wonderful thing about waves and feelings is that, if we ride it out and wait long enough, the feeling or wave goes away. Eventually the wave reaches shore and disappears.

So, when any of us are experiencing BIG feelings, what can we do to help ourselves ride the wave, until it is gone? We typically encourage the client to practice a variety of self-soothing activities, designed specifically for the individual. They include relaxation tapes, music, blanket wraps, dancing, talking to staff, distracting oneself, or using PILOT exercises. The client is also encouraged to use our on-call phone, when having a difficult time staying in control. The phone is staffed from 9 AM to 9 PM. Individuals who use the phone understand that they will receive support in finding ways to remain in control. The phone counselor is trained in the PILOT Program. The phone rotates between the therapists and trained second semester graduate level students.

The initial goal in therapy is to reduce risky behavior by identifying and strengthening the individual's PILOT and by increasing the use of self-soothing activities. There is much repetition and practice of the coping tools designed specifically for each client. At this point in therapy, dealing with past trauma is limited. We want a person's PILOT adequately developed in order to handle the grief and rage that usually accompanies the work of dealing with past trauma.

Assessment and readiness for group placement

Finally, this stage of therapy includes assessment and instruction related to the appropriate social skills that are necessary for group participation. Clients need to be able to listen, take turns, and delay gratification prior to group placement. They also need to understand and comply with principles of confidentiality, mutual support, and appropriate interpersonal boundaries. We have two sections for the group experience, depending upon an individual's level of cognitive or functional impairment: a group for those who are mildly impaired, and a group for those who border between mild and moderate impairments. These two groups are on parallel tracks, learning the important skills in an environment compatible with their cognitive abilities. Additionally, for group placement,

individuals cannot be actively psychotic or engaging in extreme self-injurious behaviors or physical aggression.

2.3 Individual therapy during group placement

Individual therapy during group placement supports and reinforces skills learned in the groups. Individuals with an IQ in the range of 65-55 will require frequent reinforcement of these skills during the individual therapy sessions. Another focus of these sessions is basic problem solving - managing conflicts in the group home and in the vocational setting. The presence of a staff person every other session adds to the clarity of current problems and increases the likelihood of the completion of recommendations at home and at work.

Individual sessions without the staff present focus upon personal issues of the client - both historical and current. Here we will utilize the Witness figure. The role of the Witness figure is to name and acknowledge the affect that the client is experiencing as they discuss various events. The Witness grounds the individual in the present as they remember past events and anticipate future events. During this portion of the treatment process, the therapist and client seek to reveal learned injunctions called 'Voices'. An example of a learned injunction might be: "Shut down when you feel angry!" At ABH, we refer to these injunctions as the '*rules in your head*'.

Following Linehan's hierarchy of therapy goals, the goal of healing past traumatic events takes place later in the therapeutic process. The client needs to have gained the necessary skills to manage the flood of emotions that typically accompany this kind of work. The client also needs to learn to trust her/his own inner process. Building this kind of trust and learning these necessary skills takes time.

PILOT Classes – skill-building groups

The focus of these groups is educational and instructional. We refer to our groups as 'PILOT Classes'. Therefore, clients and staff come to PILOT Classes prepared to learn. Although each group member is given an opportunity to 'check-in', we endeavor to limit check-ins to general content. Content that becomes too personal is interrupted and re-directed to individual sessions. We strongly encourage staff to attend our PILOT Classes on a rotating basis. This gives the staff the opportunity to be learners along with their clients. The occasion of staff learning alongside clients facilitates the normalization of the practice of emotion

regulation for clients. It is not uncommon for developmentally disabled individuals to believe, quite falsely, that disabled individuals are the only people who experience difficulty with emotion and behavior. We instruct staff how to talk about their PILOT and the emotional waves they undergo without revealing specific content. Therapists and clients in the classes do the same.

Feeling Part

In the 'PILOT Class: The Feeling Part' we build upon the skills which were introduced in the early individual sessions. In the group setting, we do PILOT exercises together. Group members are afforded the opportunity to see others learn and grow. The PILOT exercises have been adapted from PBSP. These exercises were designed to elicit emotion, identify physical sensation, emotional movement, emotional sound, and satisfy curiosity. The exercises raise awareness of emotions and physical sensations, which provide information to the PILOT and increase the individual's personal control. The PILOT exercises also make clear that emotional experiences come from within the individual. The emotion that is elicited comes from within the self; it is not put upon the person by the therapist or other group members. This is a crucial insight. We want clients to understand and experience this reality so that they might begin to trust that healing will come from within, as well.

People with DD have limited instruction in emotion identification and expression, which can cause serious behavioral disturbances. Therefore, gaining information about the world of emotion is a vital objective. As our clients learn about their feelings and the physical sensations associated with these feelings, the world of emotion is demystified. It becomes less frightening and less confusing. They see other DD and non-DD individuals needing to navigate the same world of emotion. For many, a new world of personal control and pride is now a goal and a real possibility.

We also practice a variety of self-soothing activities together. Types of self-soothing activities range greatly from serene relaxation tapes and meditations to the use of 'Flarp'. Flarp is a putty-like substance that makes noises similar to flatulence. Laughter is a tremendous part of therapy. During some group sessions, our contagious and raucous laughter can be heard throughout the office building! Together we learn to trust and use a variety of self-soothing activities. Together we learn to ride the wave and learn the different levels of emotional waves. Together we learn how

feelings are connected to thoughts and urges, and that neither condemnation nor praise is appropriate for the basic, human experience of feelings, thoughts, and urges. Praise is appropriate when we recognize and manage our emotional, cognitive, and behavioral states in loving and healthy ways.

Thinking Part

In the 'PILOT Class: The Thinking Part' we continue to build upon skills learned in individual therapy and Feeling Part skills. There are actually two aspects to the skills learned in the Thinking Part groups: 1) Thoughts void of emotion, just the facts, and 2) Good/Bad thoughts, non-judgmental and judgmental thoughts that can reduce or intensify emotional responses.

An important skill in learning to regulate thoughts and emotions is to learn to speak facts without emotion. We call it the 'Reporter'. Group members are encouraged to report an event where they experienced some big emotions, but to tell it as if they were a reporter. Give us the facts alone. This way a person can explain an event without reliving the emotional waves.

During an individual therapy session, a client recounted a recent event in her life. Her emotional level began to escalate dramatically, as she spoke. The therapist interrupted her: "You don't need to have this big feeling all over again. I want you to tell me the story like a reporter on the news. Just tell me the facts." She began anew to tell her story, this time without emotional content. Whenever emotion would rise in her voice, the therapist would simply whisper, "Reporter." This particular client became very skilled with using the Reporter Voice. In fact, after a year of practicing emotional modulation and regulation, this client was able to achieve a dramatic reduction in her medication.

An example of Good/Bad thinking (non-judgmental/judgmental) would be, "I don't like beets", versus, "Beets suck". Here we are teaching how to make a self-statement instead of a global judgment about a thing. Another example: "Sometimes I get to do what I want", versus, "I never get to do what I want". Here we are teaching to notice and avoid statements that use extreme language. We teach that a bad thought is a lie that makes feelings get bigger. The example "Beets suck," is a lie because although the speaker may not like beets, there are many who do like beets. Likewise, beet lovers cannot say, "Beets are the best food on the face of the planet". This would clearly be a bad thought and a lie due to the fact

it is a global statement based on an individual's preference. (The author of this article does not like beets and at times has fallen prey to the bad thought that beets really do suck.)

A good deal of time is devoted to identifying bad thoughts and learning how to change them. We define Bad thoughts as extreme thoughts that are lies, which we believe and that make big feelings bigger. Words that tip us off that we are in the midst of a Bad thought are the extreme words: always, never, no one, etc. It is surprising how often in casual conversation one will hear examples of such extreme statements. For individuals who are predisposed to problems with emotion regulation, extreme thoughts can create such huge waves of emotion that the person may feel that they are drowning in an emotional sea without a life preserver. This is the reason behind learning to 'Ride the Wave' before tackling other more difficult skills. It takes a strong PILOT to recognize our responsibility in coping and managing our emotional states.

Group lessons and homework are designed to pick out the extreme words in a sentence, learn how to change the thought, and then to notice what happens to the level of emotion from a Bad thought to a Good thought. We begin by listening to others around us or on TV programs. We will watch an episode of a TV show and pause when we hear a bad thought. Recently we watched an episode of 'I Love Lucy'. Lucy alleged: "Ricky, you'll never let me be in your show!" What is the word that tells us this is a Bad thought? "Never", the clients answer. What is Lucy feeling as she says this? "Sad, angry, disappointed." How could Lucy change this to a good thought? "Ricky, maybe someday you will let me be in your show." How would Lucy feel if she said that? "Less sad and angry and maybe a little hopeful."

When individuals can identify Bad thoughts in others and change them to Good thoughts, then they can begin to identify and examine their own thoughts and increase their mastery of their own cognitive and emotional states. Recently a client, who was having difficulty coping with problems in her group home stated: "I can't take this anymore". She paused for a moment and stated: "I can take it, but it will be hard". She had independently changed a Bad thought to a Good thought. We took time to notice and celebrate her new ability and to recognize that although nothing had changed in her group home environment, her coping skills had increased as a result of this cognitive restructuring.

Some of our clients may never be able to manage their Good/Bad thinking independently due to increased cognitive impairments and defi-

cits with working memory. These individuals typically are in the mild-moderate level of mental retardation. They may continue to require cues and help from clinicians and staff to disbelieve the lies of the Bad thoughts and to rephrase their thoughts to more truthful statements: “Bad things always happen to me”, to “Sometimes hard things happen and I can handle it”.

Interpersonal Effectiveness

Interpersonal effectiveness is the next skill set to teach and learn in the PILOT Classes. Currently ABH has only a few clients ready to learn these skills; therefore, we have not fully developed these group sessions. However, the plan is to focus on teaching negotiating skills. We will pay attention to the tone and pitch of the voice, and to word choices. We will teach how to avoid power struggles. We will teach that no one is either all good or all bad.

The clients, who are prepared to learn these skills, have already demonstrated mastery at ‘Riding the Wave’ and are independently able to change a ‘Bad thought’ to a ‘Good thought’. They have learned to use the ‘Reporter voice’ to turn off their feelings, as needed, and have learned to trust their PILOT with information about their physical sensations, urges, feelings, and thoughts. It has been exciting to see the progress that these clients have made and to notice the pride they have gained within themselves.

Maintenance

When individuals complete the skill-building groups – the Feeling Part, Thinking Part, and Interpersonal Effectiveness – we will need a maintenance group. During the maintenance phase, clients would receive supportive care and reinforcement for previous learning. This phase would also assist clients to apply previously learned skills to novel situations.

3. TREATMENT OUTCOMES

Thirty individuals have participated at some level in the PILOT Program at ABH (between April 2003 and April 2005):

- Eleven individuals are currently participating in both individual and group therapy.

- Eight individuals are currently receiving the individual portion of the treatment and awaiting group placement.
- One client received individual treatment alone. Treatment was discontinued following successful completion of therapy goals.
- Three clients received individual treatment alone and transferred to different treatment programs.
- Three individuals withdrew from treatment, as their personal choice.
- Two clients left treatment as results of a move.
- Two clients left treatment as a result of long-term hospitalization and had been in treatment three months or less.
- Nine individuals have been in treatment for at least eighteen months and have shown remarkable progress as evidenced by zero to one psychiatric hospitalization, reductions in medication, improvement in vocational functioning, and increased independent living skills.
- Eleven individuals have been in treatment between six and eighteen months and have shown moderate and intermittent progress as evidenced by zero psychiatric hospitalizations, longer intervals between episodes of self injurious behavior, longer intervals between episodes of verbal or physical aggression, and increased ability to tolerate distress.
- Four individuals have been in treatment four or less months and have shown mild to no progress.

4. DISCUSSION FOR FUTURE RESEARCH

The immediate need for research and development with the PILOT Program is in the area of teaching interpersonal effectiveness skills to our special clientele. The use of role-plays and TV situation comedies may again prove to be instructive in this area.

The experience of working with these individuals at our clinic is exciting. The need for this type of treatment is immense. Currently, in the state of Minnesota, services to individuals with Developmental Disabilities are in jeopardy. A large community mental health facility recently closed. Psychologists and other clinicians shy away from treating these individuals due to lack of appropriate training and to the low reimbursement from Medicaid and Medicare. Crisis homes have limited availability. The significance of these current conditions for individuals with serious mental illness and behavioral disturbance is that these individuals

may not receive appropriate treatment. Residential options for these individuals may become scarce, resulting in commitment to a state hospital.

We need effective treatment options. At ABH, we are developing some instruments that will measure the effectiveness of our treatment program. We recognize the need for instruments to measure an individual's ability to identify emotion, to measure emotion regulation, and to evaluate behavioral functioning. These instruments would be administered at various intervals to clients (as self-reports) and care givers (as observer reports). We, at ABH, hope that with quantitative data demonstrating effective treatment outcomes, other clinicians may find this work interesting and fulfilling enough to pursue. It is also our hope that an effective treatment for dually diagnosed individuals could provide an additional and less restrictive option to state hospitalization.

Furthermore, it would be beneficial to research the application of this treatment model to other populations and develop adaptations to serve these populations. The anecdotes, shared by staff persons who participate in the PILOT Program with their clients, indicate that they have received vicarious benefits from their participation. We further speculate that, with appropriate adaptations, this approach could benefit adolescents who are experiencing emotional and behavioral disturbances. The possibilities are enormous and the benefit to participants, therapists, and society are untold.

References

- American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fourth Edition. Washington, DC, American Psychiatric Association, 1994.
- Kaufman, Gus. *Brief Guide to PBSP*, unpublished.
- Linehan, Marsha M. (1993). *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York: The Guilford Press.
- Linehan, Marsha M. (1993). *Skills Training Manual for Treating Borderline Personality Disorder—Skill Building Manual*. New York: The Guilford Press.
- Pesso, Albert (1973). *Experience in Action: A Psychomotor Psychology*. New York: University Press.

PBSP, DBT, MR, BPD: LETTERS THAT SPELL HOPE

Remembering our roots, spreading our wings

MARJANNE VERMEER

Impressies van het vijfde internationale congres voor Pesso-therapie, gehouden in Minneapolis van 9 tot en met 12 juni 2005.

Minneapolis is een moderne Amerikaanse stad met veel hoge gebouwen, waar ruimte en rust heerst. De stad ligt in de staat Minnesota, die in het noorden aan Canada grenst en Wisconsin en North Dakota als buurstaten heeft. De brede Mississippi rivier verdeelt Minneapolis en St. Paul, de 'Twin Cities.' De rivier stroomt vlakbij het Marriott Courtyard hotel en is indrukwekkend om te zien. Na mijn bezoek aan New York is deze stad een oase van rust. Via een kunstenaar uit New York weet ik dat Minneapolis een kersvers museum voor moderne kunst heeft, met een grote, vrij toegankelijke beeldentuin. Ik besluit om na het inchecken snel een bezoek te brengen aan dit Walker Art Center. Ik vind het een prachtig gebouw. Er zijn Andy Warhols te zien en vele internationaal bekende kunstenaars. De beeldentuin is indrukwekkend.

Bijna was de conferentie niet doorgegaan wegens te weinig deelnemers. Uiteindelijk zijn het er 65 geworden, waarvan 9 uit Nederland, een bedroevend laag aantal. Ongetwijfeld hebben de hoge kosten mensen weerhouden. In Oslo dreigde de conferentie ook niet door te gaan. Wat betekent dit nu?

Is de Pesso-therapie een exclusieve therapie die niet meer 'scoort' en het moet afleggen tegen meer *evidence based* behandelmethoden? Waarom is een goed en degelijk onderzoek naar de methode niet van de grond gekomen? Is de lage opkomst een indicatie voor de toekomst?

Veel deelnemers kennen elkaar. Al en Diana Pesso worden vergezeld door hun dochter. 's Avonds komt het kleine gezelschap bijeen om de openingsceremonie bij te wonen. Het gebouw is deels gehuisvest in een voormalig treinstation en dat geeft het gebouw sfeer. De burgemeester is

Marjanne Vermeer is GZ-psycholoog, eerstelijnspsycholoog. Werkzaam in Hoofddorp in een eerstelijnspraktijk.

REMEMBERING OUR ROOTS,
SPREADING OUR WINGS

er en een Indiaan (in Minnesota waren de jachtvelden van de Indianen). We krijgen van hem de zegen via de veer die al generaties in zijn familie is en een Indianengebed. Ik denk aan de manier waarop de Indianen hun land is afgepakt en schaam me voor onze voorouders, die o.a. Manhattan voor een appel en een ei van de Indianen hebben afgetroggeld

Het is warm en zwoel buiten en na afloop gaat de ‘Hollandse club’, vergezeld van een Zwitser en een Duitser, naar een café waar buiten de tango wordt gedanst. Een aantal heeft vooraf aan de conferentie een trip in de omgeving gemaakt. Zelf ben ik eerst in New York geweest en voel me nog overweldigd door alle indrukken en de hitte van deze stad.

DAG I

Na een staand continentaal ontbijt met zoete broodjes en slechte koffie en thee, wordt de vrijdag geopend met een presentatie van David Cooper:

Sharing the Practical Wisdom: A dictionary of PBSP concepts and insights based on Structures and Lectures led by Albert Pessa.

Cooper vertegenwoordigt de *roots* op dit congres. Hij heeft het Pessa vocabularium geordend op 352 pagina's en dit op een CD-rom met dezelfde titel gezet. Het is een soort woordenboek van A tot Z. Toets bijv. **resistance figure** in en je krijgt de definiëring:

— “A symbolic figure used to make contact with a client's motions when the motion is just at the verge of further expression, but withheld from action due to fear or doubt about the extent or consequences of the action which would follow from the interior state experienced. The resistance figure does not stop the action but gives some resistance to the action, at the very least egowrapping that action to some extent giving it a kind of preparatory countershape of consciousness and control”. (MP, pp. 292–93)

Vervolgens krijg je nog een aantal links naar termen die aan het begrip zijn geassocieerd.

Het moet een immens karwei geweest om deze elementaire Pessa-begrippen en de toepassingen te rubriceren. Het werk van Al Pessa heeft hem geholpen de wereld niet alleen met zijn denken (hij is filosoof) te benaderen maar ook zijn ziel te openen. Hij heeft de opleiding gevolgd als een waarnemer zonder de ambitie zelf structures te gaan leiden en heeft met zijn laptop op schoot alles gedocumenteerd. Door de brand op

REMEMBERING OUR ROOTS,
SPREADING OUR WINGS

Strolling Woods werd zijn materiaal zo waardevol dat Cooper gevraagd is dit te bewerken en beschikbaar te stellen. Hij stelt uitdrukkelijk dat zijn weergave niet objectief is maar gefilterd door zijn waarneming. Het is een interactieve CD-rom zodat een ieder zijn eigen bijdrage kan invoegen.

De eerste workshop die ik volg is van de Zwitserse psychiater Martin Howald:

A sixth basic need.

Sinds hij grootvader is geworden heeft hij opnieuw de ontwikkeling van het kleine kind kunnen volgen. Met foto's van zijn kleinkinderen illustreert hij de basisbehoeften plaats, voeding, steun, bescherming en begrenzing. Waarom nog een basisbehoefte? Zijn observatie is dat niet zelden cliënten rapporteren zich verveeld te voelen, niet in staat te zijn contact te maken met anderen. Het zijn mensen die vertellen dat ze als kind stil moesten zijn, omdat ze bijv. in een flat woonden en burens last hadden van spelende, huilende of schreeuwende kinderen. Of die een ouder hadden die onregelmatig werkte en overdag rust wilde. Of ouders hadden die vermoeid waren, te gepreoccupeerd met zichzelf. Ook kwam het voor dat kinderen hun drang tot bewegen en actie moesten inperken door een oorlogssituatie waarin gevaar dreigde. Hij trekt een parallel met gehospitaliseerde kinderen, die, zoals blijkt uit onderzoek van de psycholoog Spitz¹, emotioneel, maar ook sensorisch gedepriveerd waren. Bij deze kinderen gaat het om het bieden van het juiste lichamelijke en emotionele contact (bijv. neuriën). Eric Berne spreekt over behoefte om aangehaald en gestimuleerd te worden, aan spelen en erkenning. In deze tijd waarin veel kleine kinderen zichzelf vermaken met TV, computerspeltjes e.d. moeten we ons realiseren dat niet aangehaald worden desastreus is en de interesse in de wereld en in anderen belemmert. Een aantal van deze behoeften zijn in de basisbehoeften vervat. Toch wil Martin Howald een zesde behoefte introduceren, die hij *animation* of *excitement* noemt.

Dit houdt in:

- Neuriën
- Dingen laten zien

¹ Spitz.. R. (1946), Hospitalism: a follow-up report. The psychoanalytical Study of the child,2, London, imago.

REMEMBERING OUR ROOTS,
SPREADING OUR WINGS

- Samen naar iets kijken of met iets bezig zijn
- Opgewonden zijn, bijv. samen spelen, stoeien of iets ontdekken
- Met iets gooien, werpen en (op)vangen

Een *animation*-tekort kan leiden tot:

- Inactiviteit
- Zich vervelen in het leven
- Depressieve episodes
- Phantasme, aan magische dingen denken
- Saaie partnerkeuze.

Na afloop van deze presentatie vond er geen discussie meer plaats door tijdgebrek. Zelf vind ik deze basisbehoefte een interessante verfijning en uitbreiding, die verder uitgewerkt kan worden. Tijdens de nieuwsgierigheidsoefening kan een tekort mogelijk gediagnostiseerd worden. Hopelijk publiceert Martin meer over deze zesde behoefte.

Tijdens een verrukkelijke lunch spreekt Bessel van der Kolk, psychiater over:

Frontiers of Trauma Treatment.

Ik heb hem nog niet eerder meegemaakt en ben onder de indruk van zijn charisma als spreker. Hij complimenteert Al Pesso met diens vermogen om te getuigen: 'the tracking art'.

In zijn lezing gaat hij in op de gebeurtenissen van 9/11. Hij combineert feiten met de bestaande theorie over trauma's. Hij vertelt dat er 400 keer meer dan gemiddeld gebeld werd in New York na de aanslagen. Hij ziet dit als een normale reactie: naar huis gaan of contact zoeken wanneer er gevaar dreigt: *'turtle home'*. We hebben het nodig om een plaats te zoeken waar we ons geborgen weten en geliefd, dat geeft rust. Als ons lichaam tot rust komt kunnen we weer gaan nadenken. Hij onderbouwt dit met afbeeldingen uit een medisch handboek, die laten zien wat er in de hersenen gebeurt tijdens schrik. De hypothalamus komt in een neurofysiologische staat die leidt tot een bevroeringsreactie, een staat waarin je niet kan bewegen. Hij pleit voor aanraking van cliënten zoals in een Pessotherapeutische setting, zodat de sensorische cortex geactiveerd raakt en nieuwe mogelijkheden ontstaan. In plaats van medicijnen voorschrijven helpen vriendelijke stemmen en gezichten om een persoon rustig te maken.

Direct na de aanslag verandert New York in een vriendelijke plek. Gedurende 18 uur is er geen criminaliteit. Een verbazingwekkend gegeven.

REMEMBERING OUR ROOTS,
SPREADING OUR WINGS

Stel dat iemand kwaad zou willen in die toestand dan zouden mensen dat niet tolereren.

Auto-immuun ziekten kunnen een gevolg zijn van een trauma. De stress eet het immuunsysteem op. Bijv. bij incestslachtoffers ontstaan overgevoelige reacties, waarneming wordt niet goed geïnterpreteerd, er kan dissociatie optreden. Hij laat een tekening zien van een lichaam waarbij het hoofd boven een wolk uitkomt. Een splitsing van hoofd en lichaam.

Het is alsof je wees bent, er zijn geen veilige mensen meer en dan is dissociatie een mechanisme dat in staat stelt te overleven. Hij noemt dit mechanisme: het temmen van de wilde amygdala.

Hij betreurt het dat er in Europa en VS geen rituelen bestaan. Na de ramp in New York werd formeel cognitieve gedragstherapie aangeboden. Er werd minder gebruik van gemaakt dan gedacht. 'Mensen gingen liever naar alternatieve behandelingen zoals Reiki of massage-therapie', aldus van der Kolk. Hij benadrukt dat het zeer lastig is om het limbisch systeem te beïnvloeden. Dat zijn diepe viscerale ervaringen. Veel behandelingen zijn erop gericht controle te krijgen over de *arousal* vanuit dit gebied.

Hij prijst de boeken van Damasio, omdat hij het belang erkent van lichamelijke ervaringen naast de cognities. Ook noemt hij Servan Schreiber, die het boek: 'Uw brein als medicijn' heeft geschreven en de genezende kracht van de hersenen benadrukt als effectief alternatief tegen het te gemakkelijke gebruik van antidepressiva.

Deze lezing was nogal springerig.

's Middags kies ik voor de workshop van John Crandell en Helen Robinson:

'Combining PBSP and Schema Therapy by Jeffrey Young'.

Op deze voordracht komen veel mensen af, van allerlei nationaliteiten. John Crandell vertelt dat Young gefrustreerd was geraakt in het behandelen van As II-cliënten en naar een kader zocht dat recht deed aan deze cliënten. Daaruit heeft zich de Schemagerichte Therapie (ST) ontwikkeld. Crandell e.a. hebben Young gevraagd een opleiding voor hen te verzorgen. Crandell vindt de ST makkelijk te begrijpen en het taalgebruik niet pathologiserend. Young gebruikt een breed begrippenkader.

Crandell en Robinson hebben een helder overzicht gemaakt van de basiselementen van de ST en zien overeenkomsten met de Pesso-therapie. Ik noem een paar voorbeelden:

REMEMBERING OUR ROOTS,
SPREADING OUR WINGS

Geloof in de aangeboren drang tot zelfverwerkelijking, werken met oude schema's. Het bieden van een antidote (in ST jargon: "*limited reparationing*").

Ook pleiten ze voor toepassing van elementen uit de ST binnen de Pesso-therapie. Ze adviseren bijv. om de schema's van ST als inhoudelijk kader te gebruiken en huiswerkopdrachten te gebruiken. Andersom zou ST weer kunnen profiteren van de emotiegerichte aanpak en het getuigen in de Pesso-therapie. In zijn boeken refereert Young helaas niet aan Pesso, ook al is hij van zijn ideeën op de hoogte.

De laatste lezing van deze dag wordt gegeven door Lowijs Perquin:

'A new perspective'.

Helaas slaat nu de in New York opgelopen vermoeidheid echt toe en ben ik niet in staat om met volle aandacht deze lezing te volgen. Ik geniet van de mooie foto's van de natuur in Nederland, gemaakt om zijn lezing te illustreren. Ook veel illustraties van hersenscans.

Enigszins opgefrist sta ik later klaar voor de boottocht over de Mississippi. In het hotel zelf vindt deze avond een *charity banquet* plaats. Gasten komen in grote sleën van auto's aangezoefd en de galajurken ruisen voorbij. Sommige paren lijken sprekend op Barbie en Ken. Ik kijk bewonderend naar een aantal avondjurken en zou ook wel naar een gala willen gaan, alleen al om me in zo'n prachtige jurk te hullen. Als kind keek ik toe hoe mijn ouders zich mooi maakten voor een receptie of gala. Toch koos ik later niet voor het corps en de traditie maar kleeedde mij in een gehaakt tafelkleed of 'indiajurk' en danste in Paradiso op Pink Floyd.

Met een bus worden we vervoerd naar de boot. Het is een traditionele radarboot. Wit met een een overdekt en een open gedeelte. Tuffend over de rivier drinken we een drankje en eten we een heerlijke maaltijd. Een aantal therapeuten blijken ook verdienstelijke muzikanten. We worden getrakteerd op Amerikaanse countrysongs gezongen door Matt Fried. Hij heeft een leuke, monotone, nasale stem die associaties oproept met Lou Reed. Later voegt Lowijs zich bij het gezelschap met zijn viool en wordt er flink gedanst op klassiekers. Het is erg gezellig en heel warm. Diana danst mee en vertoont menig lenige beweging.

Terug in het hotel drinken we buiten nog een glas wijn waarna ik mij in bed stort. De vermoeienissen van New York verdwijnen in een lange nachtrust.

REMEMBERING OUR ROOTS,
SPREADING OUR WINGS

DAG II

Deze ochtend begint met 3 workshops en ik kies voor de lezing van Portia Franklin:

How to help resistant clients rediscover their aliveness with PBSP: the power of filling holes in roles.

Ze bespreekt de 3 domeinen (*tiers*) in Pesso-therapie:

Domein 1: Basisbehoeften zijn niet bevredigd. Te weinig komt binnen.

Domein 2: Trauma, misbruik. Te veel wat ongewenst is komt binnen en breekt het ego af.

Domein 3: Gaten in de ouderlijke rolfiguren. Te veel gaat naar buiten op een te jonge leeftijd. Geen gerichtheid op zichzelf, maar op de ander(en) wordt ontwikkeld. Compassie van het kind verhindert te ontvangen. Dit leidt tot:

- parentificatie, het kind gaat voor de ouders zorgen.
- je oververantwoordelijk voelen
- zorgverlenen
- je martelaar voelen
- je almachtig voelen: 'ik kan alles zelf oplossen en ik heb geen hulp nodig'.

In deze positie weert de hoofdpersoon het aanbod van een ideale rolfiguur af. Portia Franklin adviseert bij zo'n cliënt eerst de geschiedenis na te gaan: "Wat is er met je ouders gebeurd dat ze niet in staat waren als ouders voor je te zorgen. Wat maakte je vader/moeder zo gespannen, zo zwak, zo gemeen etc.?"

Weerstand in de therapie kan ook voortkomen uit nervositeit als een cliënt aan het werk gaat. Een cliënt kan zich nerveus voelen doordat hij zich blootstelt, zich schaamt voor wat hij laat zien en vertelt, en daarmee voor zijn gevoel verlating, kritiek en afwijzing riskeert.

Weerstand kan zich laten zien door een bevroren houding, door zich leeg en wezenloos te voelen, door een gevoel van eenzaamheid.

Bij gevoelens van eenzaamheid beveelt Portia aan jezelf aan te bieden als degene die de hoop vertegenwoordigt. Als therapeut is het je taak om verbonden te blijven met de cliënt en deze niet in de steek te laten. Volg de energie waar deze het sterkst is. Spreek een contract af om de structure tot een goed einde te brengen. Je kunt dan bijv. een rolfiguur voorstellen die het opneemt voor de cliënt en zich uitspreekt: "laat haar

REMEMBERING OUR ROOTS,
SPREADING OUR WINGS

met rust, ze heeft het recht zich verdrietig te voelen”. Deze figuur heeft de functie van een emotionele bevrijder. Of iemand die met woede kan omgaan. Deze neemt de plek van de vader in die er had moeten zijn. Zo kan de opgestapelde woede milder worden. Dit kan de cliënt motiveren om een stapje verder te gaan.

Na deze inleiding geeft ze de gelegenheid aan een deelnemer om een structure met haar te doen. Dit gebeurt en het is goed om haar te zien werken. Ze is een bijzonder professionele therapeute, die degelijk Pessowerk laat zien. Wel is ze constant aan het woord en laat nauwelijks ruimte voor stiltes. Pessow-therapie *american style*.

De centrale lezing van deze dag wordt gehouden door Martha Stark ²:

Psychoanalysis enacted: Re-experiencing the old, constructing the new.

Martha Stark is psychoanalytica en schrijfster van het boek ‘Working with resistance’. Met grote kennis van zaken, zich uitend in een grote woordenvloed en enthousiasme, gaat ze aan de slag. Het gaat zo snel dat ik alleen de hoofdlijnen kan weergeven. Haar uitgangspunt is dat het in de aard van de mens zit om verlangens te hebben. Cliënten met weerstand om bij deze verlangens te komen worden soms ten onrechte beschuldigd door de therapeut als de therapie niet loopt.

Ze beschrijft de ontwikkeling in de werkmodellen van de psychoanalyse.

- Het conflictmodel, van id naar ego.
- Het model van tekorten door de afwezigheid van goede objecten. De analyticus fungeert als een nieuw goed object met empathische betrokkenheid.
- Het dyadische model. De relatie tussen analyticus en cliënt wordt betrokken bij de behandeling. Overdracht.
- Zelfpsychologie. Proces van kinderlijke behoeften omvormen in een volwassen capaciteit om behoeften te reguleren. Met behulp van de reconstructie van de herinnering (*old map*) wordt ruimte gemaakt om illusies los te laten en de cliënt krachtiger te maken.

Ze laat haar enthousiasme over het Pessow-model duidelijk blijken. Met name is ze opgewonden over hoe dat aansluit bij de huidige trend. Er is weinig geschreven over de actieve zoektocht van de cliënt naar het nieuwe goede, wel naar het oude slechte. Door de ongezonde herha-

² Martha Stark: Working with Resistance, Aronson, London, ISBN 0-7657-0370-x.

REMEMBERING OUR ROOTS,
SPREADING OUR WINGS

lingsdwang heeft de cliënt een drang om de therapie te doen mislukken. Het is volgens Martha Stark gezond om, al dan niet verlaat, controle te verwerven over deze ongezonde herhalingsdwang.

Zij acht het van belang om de cliënt proactief te maken in de behoefte aan het goede. Nu ligt de nadruk op het verleden van de cliënt recht te doen en een construct van een goede herinnering te maken. Martha Stark zou liever virtuele, synthetische herinneringen willen creëren. Ze wil hoop bieden dat het mogelijk is verdriet en angsten te doorstaan waardoor een realistischer kijk op het bestaan mogelijk is.

Ik ga zeker haar boek lezen.

Na wederom een heerlijke gezonde lunch bezoek ik de workshop van Michael Bach uit Duitsland:

Feeling Seen: Using PBSP with children & parents.

Michael Bach vertelt hoe hij in zijn praktijk (een LGV instelling) werkt met ouders en kinderen en in de behandeling de Pessu-methode toepast. Hij laat een videoband zien van zijn therapie met een jongen, Frederik van ca. 12 jaar die een loyaliteitsconflict heeft na de scheiding van zijn ouders en daardoor overbelast is. Op school kan hij zich niet goed concentreren, hij trekt zich het liefste terug.

Eerst komt de jongen met zijn moeder, daarna alleen. Michael geeft hem vertrouwen door heel rustig, consequent en precies te getuigen wat hij zegt en voelt en daarna steeds na te gaan of het klopt wat hij heeft samengevat. Frederik wordt geraakt en vertelt met dikke tranen dat hij zich bij zijn vader, die een nieuwe vriendin heeft, met een zoontje van vier jaar, moet inhouden, omdat hij snel beschuldigd wordt als het kleine joch gaat huilen. Nu laat hij zich maar schoppen om problemen te voorkomen. Hij gaat met tegenzin naar zijn grootouders van vaders zijde omdat deze hem steeds belasten met vragen over hoe het met zijn vader gaat.

Michael interpreteert niet en stelt Frederik voor om de volgende keer met zijn moeder en haar nieuwe partner te komen. Hij laat de jongen dan vertellen hoe hij zich in de huidige situatie voelt en vult aan waar nodig, vat samen en getuigt opnieuw. De partner van moeder is verrast en geraakt door wat de jongen vertelt en complimenteert hem. Hij begrijpt nu pas, evenals zijn moeder, hoe belast de jongen is,. Beiden troosten hem en wat je ziet is een beeld van een jongen met ideale ouders, alleen is het nu echt. Michael vraagt Frederik of hij iets wil horen van deze ouders en

REMEMBERING OUR ROOTS,
SPREADING OUR WINGS

deze woorden worden gezegd. Op het laatst wordt er gelachen en er ontstaat een speels lichamelijk contact tussen stiefvader en Frederik. Deze beelden raken de deelnemers van de workshop. We zijn er stil van en we zijn onder de indruk van de aandacht en rust die Michael laat zien als therapeut.

Deze workshop heeft me het meest geraakt door de eenvoud en helderheid en de krachtige werking van de methode bij dit gezin. Het zien werken van iemand heeft als extra dimensie het meebelevén, vooral als de therapie zichtbaar effect heeft. Michael Bach laat zien hoe in een reguliere behandeling de Pesso-methode goed geïntegreerd kan worden en spreidt in die zin zijn vleugels uit.

Hierna is het tijd om mij op deze laatste avond van het congres mooi te maken voor het banket en het feest in het hotel (geen avondjurk maar wel een jurk). Arnoud van Buuren doet namens de Nederlandse Vereniging een donatie van 2000 dollar om het tekort op de begroting van het congres te helpen verlichten. Ook kondigt hij aan dat wij het volgende congres gaan organiseren hetgeen met gejuich wordt ontvangen. Een popgroepje met jonge muzikanten betreedt het podium en we dansen nog vele uren.

De volgende ochtend gaat bijna de hele Nederlandse ploeg al vroeg weg. We missen daardoor helaas de voordracht van Al Pesso en Maggie Scarf³. Op het vliegveld is de hectiek enorm. Op zondag is er topdrukke omdat veel mensen van en naar huis vliegen. Desondanks wordt ik minutieus gecontroleerd en gesommeerd mijn schoenen uit te trekken omdat ik mijn nagelvijl als voorzorgmaatregel in de prullenbak gooide juist voordat ik door de scan moest gaan. Weer een confrontatie met de strenge veiligheidsmaatregelen.

Ik kijk terug op een goed georganiseerd congres met goede voordrachten en workshops en leuke en gedreven mensen. Amerika is een fijn en inspirerend land om te bezoeken en bij terugkeer vind ik het nog fijner Europeaan te zijn.

³ Maggie Scarf: *Secrets, Lies, Betrayals*. Ballantine books, New York, ISBN 0-345-48117-8

Onderdompeling... en bodem vinden in hoop en vertrouwen

MAYKE DE KLERK & MARIJKE START

Om het lidmaatschap van de Vereniging voor Pesso-psychotherapie te verwerven moet het kandidaat-lid onder meer uitvoerig supervisie volgen. Doorgaans wordt daarbij beeldmateriaal van structures uit een doorlopende groep besproken met de supervisor. In dit artikel wordt beschreven hoe het ook anders kan. Het is een verslag van een verblijf in Noorwegen, waar een groep Pesso-therapeuten in opleiding intensieve supervisie kreeg van Tjeerd Jongtsma. Kenmerkend was dat we ter plekke zelf structures begeleidde, waarbij de collega's als cliënt optraden. De deelnemers ervoeren deze 'onderdompeling' als bijzonder leerzaam en de auteurs willen hun enthousiasme over deze werkwijze graag met de lezer delen.

Inleiding

Al doende leert men

Wat maakt het zo bijzonder om als Pesso-therapeuten in opleiding live-supervisie te krijgen in Noorwegen?

Die vraag blijft ons bezighouden, ook nadat we allang weer, vol van indrukken en belevingen, terug zijn in Nederland. Zo ontstaat het idee om hierover te schrijven en al schrijvende een antwoord te zoeken op deze vraag en onze ervaringen te delen met anderen. Deelname aan een door Wim-Jan Trügg en Lisa Vos georganiseerde schrijfworkshop maakt dat dit artikel nu voor u ligt.

Dit artikel is het verslag van vijf dagen **onderdompeling** in Noorwegen, in oktober 2004 van voornamelijk deelnemers aan de 9^{de} opleiding. Supervisor is Tjeerd Jongtsma, Pesso-therapeut van het eerste uur.

Mayke de Klerk is klinisch psycholoog/psychotherapeut en Pesso-psychotherapeut. Zij werkt bij RIAGG Zwolle, locatie Hardenberg. E-mail adres: m.deklerk@riaggzwolle.nl

Marijke Start is bewegingswetenschapper/psychomoteur therapeut en Pesso-psychotherapeut. Zij werkt bij GGZ Groningen, ambulante Volwassenzorg, locatie CGZ-Zuid. Daarnaast werkt zij in een eigen praktijk.

E-mail adres: marijke.start@planet.nl

ONDERDOMPELING... EN BODEM VINDEN IN HOOP EN VERTROUWEN

We hebben drie en halve dag de beschikking over Tjeerds deskundigheid en enthousiasme en stellen meteen de eerste avond een werkschema op. Iedere deelnemer leidt tenminste een structure en krijgt daarmee per definitie ook een eigen structure. Tjeerd geeft supervisie, afhankelijk van de behoefte van de supervisant tijdens de structure zelf dan wel na afloop, dus na de sharing. Hiernaast kan een ieder nog een klein uur naar eigen voorkeur invullen. De één kiest er bijvoorbeeld voor om nader in te gaan op de dynamiek in de eigen structuregroep, door de problemen daarin live na te spelen met de andere deelnemers als therapiegroep. Anderen willen dieper ingaan op hun structure als cliënt en kiezen zelf een groepslid als therapeut. Een enkele keer wordt Tjeerd hiervoor gekozen. Zo wordt het niet alleen live-supervisie maar ook leertherapie.

Het oorspronkelijke idee om video's te laten zien van structures uit onze eigen therapiegroepen, zoals gebruikelijk is in gewone supervisiezingtingen, laten we varen, omdat al snel blijkt dat het live werken leerzamer is en veel inspiratie geeft. Voor alle ook inspirerende ideeën over een gletsjertocht, kanoën op de fjord of mountainbiken is al die dagen dus geen tijd.

Onze ervaringen zijn geordend aan de hand van de verschillende fasen tijdens en na een structure: het actuele innerlijk ervaren (**center of truth**, hoofdstuk 2), de in het 'hier en nu' geëxternaliseerde scène (**true scene**, hoofdstuk 3), de historische scène van 'toen en daar' (**historical scene**, hoofdstuk 4), de helende ervaring (**antidote**, hoofdstuk 5) en de **afsluiting** (nieuw perspectief, afronding en 'sharing', hoofdstuk 6). Omdat echter geen structure goed kan verlopen zonder dat steeds aan een aantal **randvoorwaarden** wordt voldaan, zullen we eerst in hoofdstuk 1 stilstaan bij deze voorwaarden. In de **evaluatie van deze supervisedagen** (hoofdstuk 7) tenslotte zullen we de in deze inleiding gestelde vraag beantwoorden.

In elk hoofdstuk wordt, na een algemene omschrijving van de betreffende fase van de structure, eerst verslag gedaan (inspringend) van onze ervaringen als therapiegroep, die aan deze fase verwant zijn. Daarna volgen voorbeelden van wat we in de structures tegenkomen, geïllustreerd door vignetten in een kader. De interventies van Tjeerd daarbij wijzen vaak zichzelf, maar voor de duidelijkheid zetten we doorgaans zijn naam er bij.

1. De randvoorwaarden voor een optimaal therapeutisch klimaat

(possibility sphere)

Alles mag er onvoorwaardelijk zijn

Welke ingrediënten zijn nodig om individueel werken in een groep (live-supervisie en structurewerk) zo veilig mogelijk te maken, zodat alles gezien, gehoord en ervaren kan en mag worden? We bespreken hieronder **de werksetting, de onvoorwaardelijke en accepterende houding van de therapeut en duidelijke communicatie.**

1. De werksetting

Het therapeutisch klimaat wordt mede bepaald door de ruimte en omgeving waarin wordt gewerkt. De cliënt moet het gevoel krijgen dat hier plek voor haar is, maar het betekent niet dat de omstandigheden ideaal moeten zijn (Herman Bolhuis begon zijn carrière in een gangkast en Tjeerd zit nog steeds op matrassen en zitzakken uit de jaren zeventig). Wanneer de omstandigheden niet ideaal zijn, geeft dat de cliënt ook gelegenheid tot het uiten van kritiek op de therapeut, wat veel bewerkbare informatie kan geven.

Onze **werksetting** is echter ideaal. Alle deelnemers hebben zich deze week vrijgemaakt om met zichzelf bezig te zijn. We verblijven als enige gasten in het cursusconferentiecentrum Hardingasete in het dorpje Ljones, aan één van Noorwegens mooiste en lieflijkste fjorden, de Hardangerfjord.

Het idyllische Hardingasete, verborgen gelegen op historisch grondgebied is het initiatief en eigendom van een Noorse arts die in Nederland geneeskunde studeerde en bevriend is met een van de deelnemers. De ligging van Hardingasete is uniek. Er is getracht een oud West-Noors milieu te scheppen, zoals het enkele honderden jaren geleden was: een heuvelachtig gebied begroeid met gras, mos, jeneverbes en cranberrystruiken en prachtige oude loof- en naaldbomen, met uitzicht op Hisfjorden (een uitloper van de Hardangerfjord). Hardingasete is een openluchtmuseum en ademt geschiedenis. Een vijftiental oude traditionele 'Vestlandshus' (houten huisjes met grasdaken, kenmerkend voor dit deel van West-Noorwegen), daterend uit 1600-1870 werden (vaak in vervallen staat) op hun oorspronkelijke plek afgebroken, gerestaureerd en opnieuw opgebouwd op Hardingasete. Ze werden ingericht met meubels die stammen uit hetzelfde tijdperk als de huisjes, met toevoeging van moderne gemakken als douche, verwarming door warmtewisseling uit het fjordwater en een internetaansluiting.

Vervoer is er niet, voor de bevoorrading zijn we afhankelijk van de gastvrije eigenaar. Deze plek voelt helemaal goed. Een ideale plek om ook onze eigen geschiedenis te onderzoeken. Want ons aller geschiedenis kent de meer of

ONDERDOMPELING... EN BODEM VINDEN IN HOOP EN VERTROUWEN

minder schadelijke invloeden van een ouder-kindrelatie, waarbij het in voldoende mate ervaren van veiligheid in het geding is. En we hebben ook allemaal te maken gehad met andere machtsinvloeden, die onze emotionele ontwikkeling kleurden.

De geschiedenis van Hardingasete doet vermoeden dat met name niet geïntegreerde agressie van alle tijden is en dat een onvervuld verlangen naar het hebben van een plek kan leiden tot machtsstrijd en gevecht.

Hoe belangrijk de behoefte aan een plek is, merken we al de eerste avond. In overleg met de eigenaar van Hardingasete, zullen we gebruik maken van de 'vide' (een half open zoldergedeelte) in de nieuwste aanwinst van Hardingasete, een conferentiehuis. Een prachtig huis met alle denkbare moderne presentatiemiddelen. Handig voor als we onze video's willen presenteren, denken we. Echter het lukt niet om onze draai te vinden. Een ieder van ons blijkt op zoek naar lijfelijke steun (in de rug) en als we die gevonden hebben, zitten we te ver bij elkaar vandaan en voelen we te weinig verbondenheid. Onze stemmen 'vervliegen' in deze grote, hoge ruimte en het zal geen toeval zijn dat er irritaties ontstaan rond het vaststellen van onze werkwijze en roosterplanning. Er is wat geharrewar over wie wanneer en hoe.

We verhuizen naar het botenhuis (de 'naust'), gelegen aan de waterkant. Stelt u zich voor: zo'n mooi oud-geel geverfd houten gebouw gelegen aan de Hisfjorden. Onder ons klotst het water, langs de ramen trekken alle denkbare lichten, de kleur van het water en de omringende rotsen veranderen van moment tot moment. Deze plek is als een baarmoeder, waarbinnen het volstrekt veilig is. Alles in ons kan geboren worden en is welkom. Een ideale setting om hard aan het werk te gaan en alle kanten van onszelf te tonen. Ons over te geven aan 'trial and error'. Gebruik te maken van -en te vertrouwen op- onze eigen groei-kraft en dat met steun van en in samenwerking met de vaderlijkheid van Tjeerd.

1.2 De onvoorwaardelijk accepterende houding van de therapeut

Hoe goed wordt ook het tweede aspect voelbaar, dat -naast de werksetting- belangrijk is voor de veiligheid, namelijk de **onvoorwaardelijk accepterende houding** van de therapeut, die mede de *possibility sphere* schept.

Er dient een sfeer te zijn waardoor de cliënt erop gaat vertrouwen dat zij* het achterste van haar tong kan laten zien, haar hart durft openen en

* Omwille van de leesbaarheid spreken we doorgaans van 'zij' en 'haar', waar evengoed 'hij' of 'zijn' zou kunnen staan.

ONDERDOMPELING... EN BODEM VINDEN IN HOOP EN VERTROUWEN

ongecensureerd contact durft maken met alles wat zich in haar lichaam aandient. Ook de therapeut maakt in zichzelf ruimte voor de groep. Dat betekent achteruit zitten, je ogen en je hart openen, observeren, met in het achterhoofd de levensgeschiedenis en een hypothese over de problematiek. Wij, nog bezig met de opleiding, blijken ons nog sterk met de regels en de techniek bezig te houden en missen daardoor nog wel eens de betekenis van wat er zich voor onze ogen afspeelt. Zodoende kan een structure gemakkelijk een kant opgaan, die niet die van de cliënt is.

Een deelnemer is als therapeut wat krampachtig, terwijl we haar kennen als een levenslustig, vrolijk en spontaan mens. Bij de nabespreking geeft zij aan zich te hebben ingehouden uit angst dat het in de structure een 'dolle boel' zou worden. De supervisor: 'Nou en! Zeg als je twijfelt over wat de groep er van vond: 'Het was een dolle boel dit keer hè, vonden jullie dat ook? Ik heb er wel van genoten!' Daarmee laat je zien dat in de therapiegroep ruimte is voor gevoel, voor het heftige verdriet, de intense woede, maar ook voor een 'dolle boel'. Reageer altijd als de cliënt plezier heeft. Dat is energie en geeft belangrijke informatie. De cliënt komt op zo'n moment blijkbaar in contact met gezonde kanten.' Het is van belang dat de therapeut denkt in termen van energie, interactie en informatie.

Tjeerd: De therapeut is niet degene die regisseert (of er bijvoorbeeld een 'dolle boel' mag ontstaan), maar begeleidt (blanco) of doet suggesties over de mogelijke betekenis van wat zich voordoet. De therapeut geeft ruimte, zodat de cliënt gebruik leert maken van de wijsheid van het eigen lichaam.

1.3 Duidelijke communicatie

Het derde belangrijke element om veilig te kunnen experimenteren en ontdekken, wordt gevormd door duidelijkheid over regels en taken. Het gesprek hierover begint al in de intakefase.

Tjeerd: Bij de intake maakt de therapeut samen met de cliënt op basis van een gedetailleerde levensgeschiedenis een hypothetische reconstructie van hoe de emotionele ontwikkeling zich verhoudt tot de klacht of het symptoom waarmee de cliënt in therapie komt. De therapeut heeft hier duidelijk de taak haar cliënt te **informer** over emotionele ontwikkelingsprocessen. Zonder overeenstemming over een dergelijke hypothese kun je niet doelgericht en efficiënt werken. Wanneer hij wel duidelijk is, ook voor de cliënt, scheelt dat aanzienlijk in de duur van de therapie.

ONDERDOMPELING... EN BODEM VINDEN
IN HOOP EN VERTROUWEN

Zo is er direct een basis van waaruit de therapeut de cliënt steeds kan blijven **motiveren** en **(liefdevol) confronteren** met het werk dat gedaan kan worden. Onze taak als therapeut is immers om mensen hun eigen dilemma's voor te leggen en helder te laten krijgen.

In onze groep gaan we direct aan het werk. We hebben ons levensverhaal niet voor elkaar of voor de supervisor op papier gezet, ook omdat we pas ter plekke de gehanteerde werkvorm vormgeven. Wel kennen we een deel van elkaars geschiedenis door de gezamenlijke opleiding en leertherapie, dan wel supervisie bij Tjeerd. Daar waar collega's elkaar minder kennen, is vaak het gemis van het levensverhaal merkbaar.

Een therapeut zegt een jaar later, wanneer hij terugblijkt op deze dagen: 'Een nadelig punt van structures met elkaar doen vond ik dat ik het levensverhaal van mijn 'cliënt' niet kende, in ieder geval niet voldoende. Doordat ik dit bouwast niet had en het ook om een spannend onderwerp ging, raakte ik volledig mijn Pessoknow-how kwijt. Mijn oude valkuil: geen hulp gevraagd, en dan met een kater blijven zitten. Jammer dus, maar ik geloof niet dat mijn 'cliënt' er slechter van is geworden.'

Als groep Pessotherapeuten in opleiding vormen we geen uitzondering op wat een ieder van ons in de eigen therapiegroep herkent, namelijk het belang van duidelijkheid en structuur. Het kost enige moeite om te komen tot bevredigende afspraken over werktijden en werkwijze, over wie wanneer en met wie in welke setting aan de beurt is, met namen op briefjes, lootjes trekken etcetera. Duidelijk wordt de dynamiek in een ieder van ons en tussen de groepsleden onderling. Wie zijn de leiders, wie de volgers? Onvervulde verlangens en behoeften borrelen reeds omhoog, nog lang voordat we ons in structures begeven. Om de eerste te zijn, of juist de laatste. Om de therapeut te krijgen in wie je veel vertrouwen hebt.

Wij werken als groep drie en halve dag zeer intensief van negen tot een, van twee tot zes en van acht tot elf uur. Daartussendoor wordt volgens een even strak rooster gezorgd voor adequate en voldoende voeding en is het in de pauzes heerlijk buiten vertoeven, zittend op een steen of starend over het water, bellend met het thuisfront of gewoon genietend van het hier en nu.

Wanneer de randvoorwaarden als werksetting, de therapeutische attitude en duidelijkheid over regels en taakverdeling in orde zijn, kan de bijeenkomst beginnen.

4. *De beginronde (go around)*

ONDERDOMPELING... EN BODEM VINDEN IN HOOP EN VERTROUWEN

In de Pesso-therapie begint een bijeenkomst met een ronde.

De ronde is bedoeld om te 'landen', om bewust een plek in de groep en in de ruimte in te nemen. Daarom is het van belang dat iedere deelnemer iets zegt en liefst van tevoren voor zichzelf de kern probeert te benoemen van wat hij of zij wil vertellen. De impliciete vraag aan de deelnemers is: wat wil je met ons delen, opdat jij hier vandaag veilig kunt werken? Daarbij wordt elke deelnemer uitgenodigd zich op de eigen beleving te richten. De therapeut begrenst hiermee een woordenstroom, die niet verbonden is met werkelijk ervaren.

De ronde wordt duidelijk onderscheiden van het nabespreken van de structures van de keer daarvoor. Dat komt later apart aan de orde.

Iedereen kent het verschijnsel dat een cliënt uitgebreid de tijd wil nemen om alle wel en wee van de afgelopen week uit de doeken te doen en dat het volgende groepslid dan nog wat meer tijd neemt en zo verder, waardoor de ronde dreigt uit te lopen (en de energie wegzakt). Er treedt 'besmettelijkheid' op. We oefenen ter plaatse in het adequaat omgaan met de moeilijkheden die zich in de ronde kunnen voordoen. De groep fungeert als therapiegroep en de hilariteit om de herkenning is groot, wanneer een ieder feilloos alle overdrachtsgedrag dat in een groep kan voorkomen demonstreert. Voor de therapeut in kwestie is het geen gemakkelijke opgave om dit in goede banen te leiden, omdat uiteraard de een na de ander over de voorganger heen biedt in het opeisen van de aandacht en het pogen om de gang van zaken naar de eigen hand te zetten. Houvast vinden we in de hier volgende aandachtspunten.

Tjeerd: Wanneer voor de deelnemers de bedoeling van de ronde duidelijk is, kun je gemakkelijk vragen, als iemand toch veel tijd neemt: 'Heb je het gevoel dat je met de kern van je probleem bezig bent? Of in overdrachtstermen: 'Merk je hoe hongerig je bent dat iemand alle tijd voor je heeft?' Benoem 'alle tijd en aandacht willen krijgen' eventueel als mogelijk thema voor een volgende structure.

Wanneer het energieniveau laag wordt, bespreek dit weer met de groep, het is hun verantwoordelijkheid optimaal gebruik te maken van de bijeenkomst en van de deskundigheid van de therapeut. Je kunt ook overwegen een oefening in te vlechten, die de deelnemers weer brengt bij het lijfelijk ervaren.

2. Het actuele innerlijk ervaren (*center of truth*)

ONDERDOMPELING... EN BODEM VINDEN
IN HOOP EN VERTROUWEN

*Hoop en vertrouwen zijn voorwaarden om
het leven ten volle te kunnen leven.*

Een cliënt die werktijd heeft, richt haar aandacht naar binnen, naar haar 'center of truth'. Dit is het gebied waar de cliënt zich gewaar is van haar lichaam, actuele gedachten en gevoelens. Bij het in contact komen en blijven met de informatie welke zich van binnenuit aandient, is een belangrijke rol weggelegd voor de 'pilot' van de cliënt. De 'pilot' is dat deel dat bewust is van allerlei aspecten van de innerlijke affectieve toestand, informatie vanuit het lichaam, de ziel en het ego. De 'pilot' helpt bij het bepalen in welke richting de structure zich ontwikkelt. Hoe meer de cliënt in contact is met haar 'pilot', hoe beter zij in staat is om die beslissingen te nemen, die leiden tot helende ervaringen (Pesso, 1991).

In de 'center of truth' begint direct, zo die al niet eerder begonnen is, de overdracht naar de therapeut een rol te spelen. Er gebeurt eerst veel meer in de overdracht dan op het toneel. Onvervulde verlangens en wensen vertalen zich al snel naar de interactie met de therapeut. Vroeg of laat krijgt een therapeut een betekenis, die gerelateerd is aan belangrijke personen uit iemands leven.

Wordt in onze groep Tjeerd al niet ongemerkt in die eerste uren een overdrachtsfiguur? Zijn daar 's middags, achteraf gezien, al niet de eerste tekenen van voelbaar wanneer hij later komt dan afgesproken doordat hij een trein later neemt vanuit Oslo, waar hij een trainingsweek heeft gehad met een Noorse groep Pessotherapeuten en zodoende de busaansluiting mist in Voss? Een aantal uren is Tjeerd 'zoek', maar uiteindelijk komt hij, per auto opgehaald door onze gastheer, als de rust zelve en vol vertrouwen aan in Ljones. Opluchting alom!

We gaan er van uit dat het komt door Tjeerds uitstraling van hoop en vertrouwen, dat we uiteindelijk snel een goede tijdsindeling en werkwijze kunnen vaststellen waarin een ieder zich kan vinden.

Ook buiten de structuretijd om is er dus sprake van overdracht naar de therapeut. Je kunt dit aangrijpen om de cliënt het onderscheid te leren maken tussen 'hier en nu' en 'toen en daar'. De cliënt zegt bijvoorbeeld: 'Ik heb mij schuldig gevoeld, omdat ik de vorige keer boos op je was'. De therapeut: 'Het kind in je heeft dus gemerkt dat boos zijn mogelijk is, zonder dat je wat kapot maakt. Dat je er nog van schrikt is logisch, je

ONDERDOMPELING... EN BODEM VINDEN
IN HOOP EN VERTROUWEN

bent immers aan het experimenteren met het uiten van 'boosheid'. Is er reden tot boosheid in de realiteit, zeg dan zoiets als: 'Wat je zegt laat mij niet onberoerd. Ik zal erover nadenken en kom er op terug.'

Tjeerd: De taak van de therapeut is de cliënt te laten zien wat hij doet in de interactie, niet om hem wat anders te laten doen. Wanneer er in een structure veel overdracht is naar de therapeut kun je vragen: 'Misschien kun je het een beetje van mij afhalen en kijken of je dit bij een groepslid als rolfiguur kunt onderbrengen?' Bij forse overdracht kun je dit direct benoemen: 'Merk je dat de meeste energie zit in het contact met mij?' Zoek met de cliënt naar de betekenis, waarbij je steeds een verband probeert te leggen met de levensgeschiedenis. Zo kan vaak onmiddellijk worden overgegaan naar de *'true scène'*. Dit is efficiënt werken.

Als een cliënt alles alleen wil doen, is de therapeut kennelijk, in haar beleving, nog geen sterke figuur in de overdracht en heeft ze nog moeite zich aan een wezenlijke samenwerking met de therapeut toe te vertrouwen, waardoor overdrachtsgevoelens (negatief en positief) nog niet bewerkt kunnen worden. Misschien zijn er meer structures nodig. Dring je niet op, maar laat je ook niet opzij zetten. Benoem wat je opvalt (en leg zo mogelijk weer een verband met de geschiedenis van de cliënt), zodat het duidelijk het probleem van de cliënt blijft en niet het jouwe wordt.

Er kan sprake zijn van twee vormen van tegenoverdracht. Enerzijds wanneer de therapeut in de interactie met de cliënt ervaart en handelt op basis van eigen projecties, die te maken hebben met het eigen verleden. Anderzijds wanneer de therapeut in de interactie met de cliënt ervaart en handelt als reactie op de projecties van de cliënt. In dit geval is er sprake van de zogenaamde projectieve identificatie (Bervoets, 2005). Of hier sprake van is, dien je voor jezelf te onderzoeken. Daarnaast kun je onbekommerd van je cliënt houden.

Er kan ook sprake zijn van overdracht tussen de groepsleden onderling. Bijvoorbeeld wanneer structures op elkaar gaan lijken, qua vorm of inhoud. Pas op met besmettelijkheid in deze, wanneer wat op het toneel komt niet lijkt te kloppen. Te denken valt bijvoorbeeld aan een cliënte die pas kort in de groep is en met een ideale vader wil werken, nadat een ander groepslid dit deed. Het betreft een cliënte die al vroeg geleerd heeft aan de verwachtingen van anderen te voldoen en zij weet dat in Pessotherapie met ideale ouders gewerkt wordt. Zo kan Pessotherapie

ONDERDOMPELING... EN BODEM VINDEN
IN HOOP EN VERTROUWEN

een kunstje worden, waarin de cliënt oude patronen kan blijven herhalen. Omdat de kans groot is dat deze structure niet bevredigend afloopt, loopt cliënte ook nog eens het risico de oude overtuiging in stand te houden dat tegen haar probleem geen kruid gewassen is.

3. De in het 'hier en nu' geëxternaliseerde scène (*true scene*)

'De taal is zo rijk!'
(Tjeerd)

In de '*true scene*' wordt dat wat zich in het hier en nu voordoet aan lichamelijke sensaties, gedachten en gevoelens met betrekking tot de innerlijke wereld, de (werk)relatie met de therapeut en met de groep, ten tonele gebracht door middel van rolfiguren zoals een getuige, stemmen en fragmentfiguren (Vos-Bosscher, 2001).

In onze groep bestaat onze werkelijkheid in de dagen waarop we zoveel uren werken en er zo weinig vrije tijd is, uit heel gedisciplineerd koken, koffie maken en opruimen. We beseffen hoe belangrijk het is om gezien te worden in het uitvoeren van deze taken en goed moeders en vaders blijkt ook voor ons weldadig. Op de laatste dag, wanneer we de touwtjes kunnen laten vieren, komt er ook ruimte voor irritatie, wat op volwassen wijze kan worden opgelost. Ook hier blijkt het wel of niet gezien worden een rol te spelen.

Ook in ons eigen structurewerk komen in de *true scene* de eerste stemmen en fragmentfiguren in beeld. Of een getuige. Tjeerd: 'Maar maak er geen kunstje van om standaard met een getuige op de proppen te komen. Train je innerlijke getuige, oftewel vraag niet naar de bekende weg.' Ook kan er vaak al snel een meer specifieke figuur worden ingebracht dan een getuige. Dit brengt de cliënt sneller bij scènes uit haar geschiedenis. In onze situatie, met deelnemers die ervaren zijn in het leggen van de verbinding tussen moeilijkheden in de actualiteit en hun geschiedenis, blijkt deze fase van de structure doorgaans weinig tijd te vragen.

In onze doorlopende groepen is dat echter nog wel eens minder makkelijk. Het gebeurt bijvoorbeeld nog wel eens, dat een cliënt in deze fase zegt niets te voelen. Laat haar dan weten dat geen mens zonder gevoel is, maar dat zij alleen haar gevoeligheid beschermt. 'Daar had je vroeger blijkbaar je redenen voor. Je bent echter geboren met het vermogen tot

ONDERDOMPELING... EN BODEM VINDEN
IN HOOP EN VERTROUWEN

voelen.' Misschien betekent dit dat er eerst bescherming en veiligheid moet komen, voor de cliënt vrijmoedig haar gevoelens durft toe te laten en tot expressie kan brengen. Hierbij zouden groepsleden op realiteitsniveau van betekenis kunnen zijn. Soms is het nodig dat een groepslid bij wie de hoofdpersoon wel enig vertrouwen voelt, gedurende de hele werktijd naast de hoofdpersoon blijft zitten, zonder ook uiteindelijk een rol toebedeeld te krijgen.

Maar welke creativiteit hiervoor ook wordt ingezet, het natuurlijke proces van durven voelen dient weer op gang te komen. Ook op andere momenten kan het proces lijken te stagneren. 'Wat is er in je lijf?' is daarbij nogal eens een verlegenheidsoplossing. Spiegelen van wat de cliënt zegt geeft doorgaans ook niet iets nieuws. Vraag jezelf liever af, of overleg met de cliënt, hoe het komt dat het proces lijkt te stikken. Vaak blijkt er sprake van weerstand, die dan eerst bewerkt moet worden.

Een ander aandachtspunt bij het ondersteunen van de cliënt bij het in contact komen met zijn gevoelens, is te letten op het taalgebruik. Tjeerd: 'Het is van belang je woordgebruik te variëren. Standaardzinnen devalueren wat je zegt. Gebruik steeds andere woorden terwijl de boodschap wellicht steeds dezelfde is. Variatie houdt jou en je cliënt fris en wakker. De taal is zo rijk. Gebruik ook steeds de woorden van de cliënt. Bijvoorbeeld wanneer die het woord 'onthemd' gebruikt: 'Kijk of je symbolische figuren kunt inbrengen, die je, als zij er destijds waren geweest, een heem hadden kunnen geven en je er nu nog wat van kunnen laten ervaren.'

4. De historische scène van 'toen en daar' (*historical scene*)

'Elke emotie heeft een bodem'
(Tjeerd)

In de 'historische scène', komt de cliënt in contact met lichamelijke sensaties, gedachten en gevoelens die hun oorsprong hebben in het verleden en niet zijn verwerkt. In het hier en nu van de structure worden zij tot expressie en in interactie gebracht, waardoor ze betekenis krijgen. Zo kan overmatige lichamelijke spanning in verband worden gebracht met 'gestolde emoties'; emoties die destijds niet in interactie konden komen.

ONDERDOMPELING... EN BODEM VINDEN
IN HOOP EN VERTROUWEN

Hoe bewust worden we van onze eigen geschiedenis op deze eeuwenoude historische plek. Hoe we zelf deel uitmaken van de vele generaties voor ons en de geschiedenis daarvan met ons meedragen. Hoe nietig ook in relatie tot de natuur die in Noorwegen zo overweldigend is. We beseffen dat we een klein deel uitmaken van een veel groter geheel.

Dankzij het werken in een ruimte die aanvoelt als een baarmoeder (matrassen op de grond, het geluid van klotsend water om ons heen) waar we ons veilig en geborgen voelen, komt er ruimte om steeds verder in onze binnenwereld af te dalen en ook onze duistere kanten te ontwaren en ons te verbinden met de oerbron in ons zelf. Is er aanvankelijk ook de gebruikelijke schroom, steeds meer 'deurtjes' in onze binnenwereld kunnen worden opgezet en we worden vrijmoediger, hetgeen zich vertaalt naar de thema's in de structures als cliënt en in onze 'blinde vlekken' en tegenoverdrachtsgevoelens die we ervaren in de rol van therapeut.

Sander zet twee kanten van moeder neer, een zorgende kant en een kant die alle gevoel smoort. Er komt ook een krachtige vader als voorloper van een ideale vader. Sander heeft iets gezegd over mannelijke kracht die hij vroeger ontbeerde. De therapeut is van mening dat het een goede ervaring zou zijn wanneer de hoofdpersoon zijn krachten zou kunnen meten met deze sterke vader. Sander kijkt naar de beide kanten van moeder. Daar zit nog wat in de weg. De therapeut doet de suggestie iets tussen hen en hemzelf te plaatsen. Sander gaat akkoord. Er komt een deken tussen hem en zowel de negatieve kant van moeder als de kant waarvoor hij compassie voelt. Beide kanten ziet hij niet meer. Dan verschuift de aandacht naar de krachtige vader, met wie hij gaat worstelen. Hij rondt positief af, met veel energie. Ook de therapeut heeft genoten van de kracht die beschikbaar kwam.

Bij de nabespreking blijkt echter dat beiden totaal voorbij gegaan zijn aan de negatieve gevoelens voor de moeder. De therapeut heeft die gevoelens met een deken toegedekt en Sander, gewend aan dit fenomeen, want moeder deed dat immers ook zo vaak, heeft dat ongemerkt laten gebeuren. De therapeut beseft er zo spontaan ingedoken te zijn, juist doordat ze vaak wat terughoudend is waar het over kracht en agressie gaat. In deze spannende oefensituatie wilde ze haar geremdheid eens niet de overhand laten krijgen. In de feedback blijkt bij deze hoofdpersoon het belang van het laten bestaan van de 'koude golf', geen pleisters te plakken.

ONDERDOMPELING... EN BODEM VINDEN
IN HOOP EN VERTROUWEN

Tjeerd: 'Biedt ruimte voor alle gevoelens en laat zonnodig deze hoofdpersoon zijn ellende tot op de bodem voelen. Veel mensen moeten eerst de nariigheid goed voelen en tot expressie brengen, voordat het verlangen naar iets anders voelbaar wordt en op symbolisch niveau kan worden vervuld met een betekenisvolle helende ervaring. Laat de koude golf in zo'n geval dus lang genoeg bestaan. En zet je eigen verlangen tot zorgen 'op sterk water'. Houden van je cliënt betekent niet dat je voor hem of haar moet zorgen. Leg je eigen normen of verwachtingen niet op. Heb vertrouwen in de groei­kracht van je cliënt'.

Een voorbeeld van pleisters plakken is ook wanneer de therapeut bij opkomend verdriet zegt: 'Zou er iemand voor jou kunnen komen die ...?'. Passender is in zo'n situatie: 'Er is niemand voor jou hé. Wie zag jouw verdriet?' Of: 'Wie had jouw verdriet kunnen zien?' Zodat iemand zelf weer kan gaan voelen wat hij of zij nodig heeft. Anders wordt het een trucje; er is verdriet en er komt iemand, vanuit de behoefte van de therapeut om het verdriet te stelpen.

Bij ernstig affectief verwaarloosde mensen kan overigens eerst 'intuitive parenting' nodig zijn en is het te lang laten voortbestaan van een 'koude golf' gecontraïndiceerd, vanwege het risico van herhaling van de geschiedenis.

Verdriet moet er gewoon mogen zijn. Onderstaand een voorbeeld van hoe je snel via positieve ervaringen uit het verleden met het mogen tonen van verdriet, kunt komen tot voorlopers van ideale ouders.

Pim vertelt over moeder. Deze is zeer slechtziend, waarvoor geen somatische oorzaak te vinden is. Ze berkent me niet en als ik haar lijfelijk begroet, vraagt ze wie ik ben. Bij de andere kinderen of bij vreemden doet ze dat niet. Eigenlijk heeft ze altijd wel naar me gekeken, maar heeft ze me ook vroeger nooit gezien'. Pim is aangedaan terwijl hij dit vertelt.

Therapeut (in plaats van een getuige in te brengen): 'Wie had jouw verdriet kunnen zien?' (vanuit de gedachte dat de hoofdpersoon met zijn kinder­behoef­ten in contact dient te komen. Pim moet leren construeren hoe het vroeger had moeten zijn en moet leren geloven dat hij nu kan krijgen wat toen nodig was. Ook al is dit op symbolisch niveau, de ervaring voelt echt. Dit geeft hoop en vertrouwen voor de toekomst. Na enig zoeken zegt Pim: 'Mijn juf van de lagere school. Daar mocht ik bij op schoot zitten.'

ONDERDOMPELING... EN BODEM VINDEN
IN HOOP EN VERTROUWEN

Vervolgens herinnert Pim zich dat hij in de klas bij deze juf fantaseerde een kind te zijn van andere ouders, namelijk ouders van wie hij dacht dat deze bij het bombardement van Rotterdam waren omgekomen. De therapeut oppert de mogelijkheid dat deze ouders na de oorlog helemaal niet bleken te zijn omgekomen, maar dat ze terugkwamen om hun zoontje weer op te halen. Dan herinnert Pim zich dat hij bij deze juf in de klas erg zijn best deed en dat hij fantaseerde, dat deze (dus inderdaad levende) ouders door het raam zagen hoe ijverig hij probeerde om netjes te schrijven.

Tjeerd: 'Dit voorbeeld illustreert dat het zinvol is om de cliënt zelf te laten zoeken naar geloofwaardige hulpbronnen en positieve figuren. Ga op zoek naar positieve interactiebronnen. Wat heeft geholpen te overleven? Waarmee heeft de cliënt zich vertrouwd gevoeld? Dat moet er geweest zijn, want hij of zij heeft het er levend vanaf gebracht.

Een belangrijk leerpunt voor alle deelnemers blijkt het helder krijgen van het belang van -en het oefenen met- goed polariseren. We ontdekken dat goed polariseren van wezenlijk belang is om te kunnen afrekenen met de negatieve kanten van een belangrijke persoon uit het leven van de cliënt en ruimte te maken voor een geloofwaardige antidote. We leren het beter zien wanneer een cliënt weliswaar boosheid uit, maar tegelijk een hand voor de mond slaat. Dat is een teken dat er verder gepolariseerd moet worden. Helpend hierbij is de stelregel:

Principieel geldt dat de kant waarvoor je **wilt** zorgen bij de geliefde kant hoort, terwijl de kant waarvoor je **moet** zorgen bij de negatieve kant hoort.

Vaak wordt het negatieve stuk niet goed genoeg ontleed, waardoor dat niet helemaal negatief is, met als gevolg dat de agressie onvolledig kan worden uitgeleefd en vervolgens de ideaalfiguren niet geloofwaardig kunnen worden toegelaten. Laat de negatieve figuren dus lekker negatief zijn, dan kan de energie goed gaan stromen; blijf net zo lang verder polariseren tot het negatieve en het positieve volledig gescheiden zijn.

Tjeerd: Wees bij het polariseren terughoudend met het in een rol laten zetten van allerlei aspecten van vader en moeder. Leg uit dat er immers maar één vader nodig was om je te verwekken en één moeder om je te baren. Eén negatieve kant van vader en één negatieve kant van moeder is dus voldoende (net als bij de positieve aspecten). Laat daarom, als een

ONDERDOMPELING... EN BODEM VINDEN
IN HOOP EN VERTROUWEN

cliënt erop staat om meerdere aspecten in verschillende rollen te zetten, die twee vaders of moeders dicht bij elkaar staan.

Als rolfiguren geen functie meer hebben (kennelijk voor de cliënt geen gevoelswaarde hebben), overleg dan met de cliënt of zij hen de rol wil laten afleggen, omdat ze anders etalagepoppen worden, die de werking van rolfiguren devalueren. Overigens is het wel van belang te onderzoeken wat er is gebeurd, waardoor de energie daar verloren is gegaan. Wellicht zit de overdracht naar de therapeut er tussen? Ook hier is het weer belangrijk altijd overzicht te houden over het hele proces, zodat beter te begrijpen is wat er gebeurt en de energie eventueel kan terugkomen, waardoor toch zinvol met deze rolfiguur gewerkt kan worden.

Wanneer ideale ouders nog onvoldoende geloofwaardig tegenwicht kunnen bieden aan de negatieve aspecten van de reële ouders, is het de cliënt die moet uitzoeken waardoor dit komt.

Wees daarbij beducht op de kracht van de 'entity' (het bevredigende aspect van het op zich nemen van de zorg voor de ouders) en negatieve omnipotentie (hierbij geeft het negatieve uit het verleden wellicht onbewust meer bevrediging dan wat de toekomst aan positiefs te bieden heeft).

Gaande de dagen verdiept zich ook de thematiek. Zo komen we toe aan agressie en seksualiteit. Onderstaand een voorbeeld van hoe je door onvoldoende polariseren nog niet genoeg toekomt aan het uiten van de agressie. Dit is een voorbeeld van een situatie waarin iemand eerst positieve ervaringen moet opdoen voor zij met het negatieve kan afrekenen.

*Fronkje zet het negatieve deel van moeder neer en ervaart een diep verlangen naar onvoorwaardelijke liefde van moeder. Ze wil graag dat deze moeder iets liefs zegt.
Therapeut: Er is niets mis met je verlangen. De realiteit was echter dat deze moeder die onvoorwaardelijke liefde niet gaf, waar jij zo naar verlangde en nog steeds naar verlangt. Je wilt er graag een moeder met een 'plusje' van maken hè?
Bij deze (liefdevolle) confrontatie wordt een diep verdriet voelbaar, wat Fronkje uit met hevig snikken vanuit haar buik.*

Tjeerd: Als een cliënt zo verdrietig is, vraag dan niet 'wat heb je nodig'. Zij heeft niets nodig. Ze hoeft alleen te weten dat alle verdriet er mag zijn. En dat er een bodem is aan het verdriet. Dat er harten zijn die alle verdriet kunnen dragen, harten die niet breken. Dat er een bodem aan

ONDERDOMPELING... EN BODEM VINDEN
IN HOOP EN VERTROUWEN

het verdriet is, betekent ook dat het kwaad niet onnipotent is. Laat dus ook de overtuiging dat er niemand is die het verdriet aan kan, niet onnipotent worden. De essentie van ons vak is dat we hoop blijven bieden.

Met het werken rond seksualiteit is het soms nog tobben. Eigen schroom van de therapeut om vrijmoedig over dit onderwerp te praten remt de toch ook al beschroomde cliënt in het dieper ingaan op dit gevoelige onderwerp, waarin maar weinigen van ons zelf een onbelaste geschiedenis hebben.

Hoe het ook zij, verschuil je als therapeut niet achter je deskundigheid. Begin met het registreren van je schrik en geef de cliënt ruimte om te vertellen. Juist dit onderwerp moet een therapeut vrijelijk kunnen hantieren (zoals ideale ouders dat zouden kunnen). Als je persoonlijk niet uit de voeten kunt met wat de cliënt over haar seksualiteit vertelt, red je dan even voor het moment, bij voorbeeld door in elk geval je betrokkenheid te tonen en het belang van het onderwerp te benoemen. Zoek in super- of intervisie uit wat je belemmert en kom er zo nodig de volgende keer op terug. Breng niet omwille van de eerlijkheid je eigen onzekerheid in. Doe dat alleen wanneer je cliënt heeft opgemerkt, dat je je niet goed raad weet.

5. De helende ervaring op symbolisch niveau (*antidote*)

Liefde kun je per definitie aan'
(Tjeerd)

De helende ervaring biedt 'tegengif' op symbolisch niveau. Meer dan een 'symbolisch hapje' kan het niet zijn. Dankzij haar 'pilot' realiseert de cliënt zich dit. De ervaring ervan voelt echter wel degelijk echt.

Wat is er voor onszelf helend op deze schitterende plek, ons gezamenlijk onderdompelend in leerervaringen? Ons tegengif bestaat in elk geval uit het krachtige aspect veiligheid en de hoopvolle en vertrouwenwekkende uitstraling van Tjeerd. Ook de positieve ervaringen op symbolisch niveau in de structures hebben natuurlijk hun effect. Door het ons openstellen in een accepterende omgeving is er op de laatste dag zelfs geen schroom en schaamte ons te tonen in onze lichamelijke naaktheid, wanneer we ons laten zakken in de houtgestookte hot-tub aan de rand van de fjord. 's Avonds wordt vanuit een krachtige basis gedanst op de Peer Gynt-suite.

ONDERDOMPELING... EN BODEM VINDEN
IN HOOP EN VERTROUWEN

Voor het volledig toelaten van helende ideale ouders is vaak eerst voorwerk nodig, bijvoorbeeld door middel van 'holes in roles' (Blom en van Dijk, 2005). Houvast bij rolverwarring bij 'holes in roles' geeft Tjeerd met: 'Ideale ouders geef je alleen aan het geliefde stuk van de reële vader of moeder. Je hebt geen compassie voor het negatieve deel, dat mag 'naar de hel lopen.'

Ook hierbij is goed polariseren essentieel. Train je groep daarin. Leer de groep om direct en met geluid te accommoderen. Direct, om gebruik te maken van de energie. Laat ze daarom liever een keer te vroeg accommoderen, dan dat de kans voorbij gaat.

Negatieve figuren raak je niet aan. Aanraking is in de Pesso-methode per definitie een vorm van contact en dus positief en heeft daarmee al iets van een *antidote*.

Ideale ouders zijn niet nodig als de cliënt met haar volwassen stuk zelf kan afrekenen met de negatieve aspecten. Maar als het kind in de cliënt achteraf onzeker is over wat zij heeft gedaan, kan er geruststelling of toestemming komen van ideale ouders. Hier blijkt weer dat het van belang is te allen tijde na te vragen op welk leeftijdsniveau de cliënt zich op een bepaald moment voelt.

In onze structures worden nog wel eens ongemerkt reuzensprongen gemaakt, waardoor het bijvoorbeeld mogelijk wordt dat een tweejarige peuter de negatieve kant van moeder onderuit haalt. Een duidelijk voorbeeld van hoe het niet moet, want als therapeut valideer je daarmee ten onrechte het onnipotente deel van het kind!

Onderstaand een voorbeeld hoe vanuit de geschiedenis wordt toegevoerd naar een helend alternatief. Duidelijk wordt ook hoe belangrijk het is te letten op het vluchtig noemen van historische figuren, die daardoor dan vaak eerder in een rol geplaatst worden en zodoende bijdragen aan de verheldering van de rode draad in cliënten leven en het benodigde alternatief. Wanneer iets wordt gezegd over vorige generaties, vraag dan direct naar de eigen situatie. Heel vaak blijkt dat hier parallellen lopen.

In de structure van Bart komt de moeder voor wie hij wil zorgen ten tonele, al snel gevolgd door haar moeder, wanneer het vermoeden van de therapeut dat er overeenkomsten zijn in beider geschiedenis, blijkt te kloppen. Beide vrouwen stonden er bij moeilijkheden alleen voor vanwege een afwezige of zieke partner. Wellicht konden ze door deze situatie onvoldoende beschikbaar zijn voor hun kinderen. Therapeut: 'En jij moest de sterke man zijn?' Bart voelt zich klem: hij wil niet weer in die rol, maar hoe moet het dan wel? De therapeut vraagt wie oog had kunnen hebben voor zijn

ONDERDOMPELING... EN BODEM VINDEN
IN HOOP EN VERTROUWEN

onmogelijke situatie. De ouders van een schoolvriend wellicht. Er komt een ideale vader van zijn vriend in een rol. Deze moet zeggen: 'Ik word zo boos als ik zie waar ze jou mee opgezaaid hebben!' Dan wil Bart door hem vastgepakt worden. Hij begint zijn boosheid op al die familieleden te voelen: 'Er komt een tijger in me los!' Hij voelt het verlangen 'de hele troep' met zijn klauwen te verscheuren. Hij kan zijn moordlust toelaten doordat de ideale vader van zijn vriend het verlangen tot moorden erkent, maar hem tegelijk veilig begrenst, waardoor de hoofdpersoon al zijn kracht kan inzetten. Alle negatieve kanten moeten luid schreeuwend accommoderen, behalve oma. Dan gaat de aandacht naar moeder. Die moet beter worden gepolariseerd, want er komt weer compassie, waardoor de agressie wordt afgeremd. De kant van moeder van wie Bart houdt en die een gepaste hoeveelheid compassie oproept komt in een rol. En er komt een ideale moeder van de vriend, die zelf sterk genoeg is en geen zorg van haar kinderen nodig heeft, een moeder die zonnodig een beroep op haar man kan doen (suggestie van de therapeut). Vervolgens wordt het verlangen voelbaar om op de buiken van de (inmiddels) ideale ouders van de vriend te liggen. Ouders wier hart groot genoeg is om ook plek te hebben voor dit kind als pleegzoon. Hij volgt zijn behoefte, de ouders kunnen het dragen. Bart voelt zich steeds kleiner worden. Hij gaat deinen, zo te zien een ervaring op archaisch niveau. De ideale ouders van de vriend worden steeds meer ook de zijne: 'Wij kunnen net zoveel van jou houden alsof je ons eigen zoontje bent'. De emoties worden steeds dieper. 'Ik zak er in', zegt hij. Hoezo, vraagt de therapeut: 'Want zij bieden bodem, zij kunnen alle gevoelens dragen'. En in reactie op Barts woord 'anker' zeggen ze: 'Wij deinen wel, maar we zijn goed verankerd. Wij hebben ankerwacht'. Bart komt in steeds diepere ontspanning. De ideale ouders: 'Wij blijven met jou meedeinen op jouw levenszee'. Terwijl Bart deze woorden in zich opneemt begint het afleggen van de rollen. Hij kijkt nog naar het positieve deel van moeder en realiseert zich: 'Vanuit dit verankerde schip kan ik daar in de toekomst mee verder werken'.

In bovenstaand voorbeeld wordt duidelijk dat het bevredigend werken met agressie van essentieel belang is. Wie voluit zijn kracht en basis kan en mag ervaren, krijgt vervolgens ruimte om alle levenskracht, onder meer geuit in werkelijke intimiteit, toe te laten en vorm te geven, zoals ook blijkt uit het volgende.

Nadat vader goed is gepolariseerd (en ook het positieve stuk helder is onderscheiden van een ideale vader), scheldt Francien de negatieve kant van vader helemaal tegen de vlakke. Een ideale moeder geeft hier toestemming voor en zegt alle ruimte te hebben voor Franciens pijn, wanneer de tranen beginnen te stromen. Deze worden veroorzaakt doordat ze het verlangen gaat voelen naar een ideale vader. Hij zou een sterke

ONDERDOMPELING... EN BODEM VINDEN
IN HOOP EN VERTROUWEN

man moeten zijn, die goed met zijn gevoelens overweg had gekund en ze had kunnen delen. Deze vader wordt in een rol gekozen. Wanneer de therapeut vraagt hoe de hoofdpersoon het sterke en gevoelige bij deze vader had kunnen ervaren, zegt ze: 'Dat hij zegt dat hij me lief vindt. Dat hij naar me toekomt. Dat hij zegt dat ik naar hem mag verlangen, naar zijn warme lijf.' De symbolische vader en Francien maken het gewenste lijfelijke contact en dan zegt de hoofdpersoon, dat ze zijn blote huid wil voelen. En daar achteraan: 'Ik weet niet of ik dat aankan.' De therapeut (Tjeerd in dit geval) grijpt direct in met uitleg: 'Elk kind wordt geboren met de vanzelfsprekende behoefte aan lijfelijke contact. Mensen hebben hoogstens hulp nodig om de barrière weg te nemen. Liefde kun je per definitie aan. Het is vanzelfsprekend dat er plek voor je is. Lijfelijke contact helpt je om je 'skin ego' te ontwikkelen.' Daarop doet de ideale vader zijn shirt uit en huilt Francien diep vanuit haar buik enkele minuten, met haar hoofd op de warme, blote borst van deze vader, die haar stevig vasthoudt en – op haar aanwijzing - zegt het zelf ook fijn te vinden.

In de nabespreking benadrukt Tjeerd dat, mits deelnemers goed kunnen symboliseren¹, zowel hoofdpersonen als rolfiguren doorgaans uitstekend het verschil weten tussen hun rol en eventuele andere (seksueel getinte) associaties. Dit voorbeeld illustreert overigens ook hoe niets van wat uit een kind komt wordt afgewezen, of dat nou tranen en snot zijn, kwijl, zweet, kots, poep en pies. Ideale ouders kunnen daar allemaal mee omgaan door er op een natuurlijke manier op te reageren en waar nodig te begrenzen. De therapeut heeft hierin een belangrijke voorbeeldfunctie. Wanneer deze geruststelt en geen cultuur laat ontstaan waarin elk proces wordt gesmoord in een greep naar de zakdoekjes, is zij impliciet zelf even ideale ouder en helpt zij mensen hun eigen lichamelijke processen en de producten daarvan niet langer af te keuren.

Voor ideale ouders is het vanzelfsprekend dat de seksuele identiteit van hun kind zich in alle vrijheid ontwikkelt. Zij ondersteunen het kind in het vinden van haar eigen weg in deze. Ook hier is Tjeerd de therapeut.

¹ Verwezen wordt hier naar het artikel van N. Jongsma-Tieleman: 'The importance of Winnicott's Transitional-sphere theory for PBSP', de bewerking van een lezing tijdens het wereldcongres in Atlanta (1994).

Zie ook T. van Duijvenboden: 'Wat is verbeelding', een reactie op 'Memory and consciousness: In the Mind's Eye, in the Mind's Body', lezing door A. Pesso op het congres van de vereniging voor Pesso-psychotherapie in november 2000.

ONDERDOMPELING... EN BODEM VINDEN
IN HOOP EN VERTROUWEN

Sylvie wil werken aan haar seksuele identiteit, waarin ze zich niet vrij en krachtig voelt. Ze voelt tintelingen in haar buik. De therapeut legt uit dat tintelingen in je buikstreek positieve gevoelens zijn en suggereert dat er ouders nodig zouden zijn die dat kunnen bevestigen. Sylvie: 'Maar mijn ouders konden er absoluut niet mee omgaan. Lust mocht en mag er van hen niet zijn.' Deze laatsten komen op het toneel. Het gevoel in de maag van Sylvie krimpt. Er komt een liefdevolle vrouw die het liefdevolle in haar lijf ziet. Ze legt een hand op de maag, maakt contact. Sylvie wordt misselijk.

Therapeut: 'Dat betekent vaak dat er veel gevoel zit dat er uit wil.' Er komt een vaderfiguur bij. De hoofdpersoon: 'Teveel...' Therapeut (direct): 'Wat is teveel? Voor ideale ouders is geen enkel gevoel teveel, zij kunnen alle gevoel hanteren.'

Sylvie voelt steken in haar lies, voelt zich wanhopig, onteigend.

Dat blijkt van het negatieve ouderstel te komen, dat zo afwijzend was omtrent haar seksualiteit.

Therapeut: 'Dat betekent dat het negatieve nog te sterk is, dan kan je het positieve nog te weinig voelen.' Op initiatief van de therapeut mag de ideale vader iets positiefs zeggen over de gevoelens in de onderbuik: 'Geilheid geeft jou de mogelijkheid om je liefde intens te uren.' Sylvie voelt dat ze de ideale vader wil verleiden. Deze zegt: 'Dat mag je gerust proberen. Ik zie je, ik erken je gevoelens, ik ben trots op je. En ik ga er niet op in, dat doe ik met mama.' De ideale ouders vertellen Sylvie dat ze alle erotische gevoelens mag hebben en dat ze die vrijuit mag gebruiken om lief te hebben. Dan wil Sylvie haar seksuele gevoelens letterlijk voelen in contact met de ideale ouders. Gaandeweg kan ze geloven dat deze haar seksualiteit zien en bevestigen. Ze zeggen: 'Jij mag jouw mogelijkheden om lief te hebben op jouw eigen manier vormgeven. Je hoeft het niet op onze manier te doen.' Op aanwijzing van Sylvie houden de ideale ouders elkaars handen middels gekruiste armen vast. Sylvie zit hier op en zodoende

ONDERDOMPELING... EN BODEM VINDEN IN HOOP EN VERTROUWEN

geven ze haar een basis (bodem), letterlijk in het bekkengebied². Ze voelt het verlangen om meer hun handen onder haar bekkenbodem te voelen als bevestiging van haar seksualiteit, maar vindt het te schaamtevol om dat te vragen. De therapeut zegt dat ze zich voor ideale ouders nergens om zou hoeven schamen, maar in verband met de tijd wordt dit niet verder uitgewerkt. Sylvie kiest ervoor om de ideale ouders te laten zeggen: 'Jij mag alle warmte en tintelingen voelen in dit gebied.' Ze voelt zich gedragen door hen en erkend in haar seksualiteit. Het lijkt wel of de ideale ouders haar seksualiteit zegenen. Bij de afronding herinnert de therapeut eraan dat de negatieve ouders nog in de ruimte staan en hun remmende invloed nog aanwezig is, zoals de schaamte. 'In een later stadium zou je nog eens kunnen afrekenen met de negatieve kant van je ouders.'

In het begin kan er soms niet in elke structure een bevredigende *antidote* zijn. Biedt hoop door een opmerking als 'in deze situatie zitten we nu. In de toekomst kan het mogelijk worden om werkelijk ideale ouders als geloofwaardig te kunnen ervaren'. Met andere woorden: straal hoop uit en biedt vertrouwen in een nieuw perspectief voor de toekomst.

6. Afsluiting van de werktijd

6.1 Nieuw perspectief

Het verlangen van de mens zich volledig te ontplooiën heeft een genetische oorsprong

In het nieuwe perspectief wordt de helende ervaring weer verbonden met de huidige realiteit en ontstaat een opening naar de toekomst, waarin

² Het psychologische begrip 'basic trust' (Erikson) heeft een lijfelijke basis. Dat begint al voor de geboorte. Idealiter wordt een baby negen maanden gedragen in de baarmoeder. Bij 'intuitive parenting' zien we het gedragen worden en het zich toevertrouwen terug in het moederen na de geboorte, doordat er lijven zijn waaraan de baby zich kan toevertrouwen en handen die haar, onder de biljetjes (bekkenbodem) en rond het achterhoofdje (schedelbasis), dragen. Voor het ontwikkelen van een volwassen vertrouwen in zichzelf en anderen is er eerst een baarmoeder nodig voor zintuiglijke voeding en daarna een 'emotionele baarmoeder' (holding environment) voor én zintuiglijke én emotionele voeding. Een verstoorde ontwikkeling van dit proces kan leiden tot onbegrepen lichamelijke klachten op latere leeftijd. (denk bijvoorbeeld aan het bekkenbodemsyndroom).

ONDERDOMPELING... EN BODEM VINDEN
IN HOOP EN VERTROUWEN

volwassen behoeften beter bevredigd kunnen worden dan voorheen. De cliënt kan gaan geloven dat het niet aan haar lag, dat haar kinderbehoeften destijds onvoldoende vervuld werden. Ze kan bovendien ontdekken dat er meer 'moederlijkheid' en 'vaderlijkheid' in de wereld is dan werd ondervonden bij de reële ouders (Tjeerd).

De doorwerking van een nieuw perspectief in het dagelijks leven is vaak pas later voelbaar. Dit is ook de reden dat in een gewone, doorlopende structuregroep cliënten tijdens de volgende bijeenkomst de ruimte krijgen om op hun structure terug te komen en te vertellen welke nieuwe ervaringen ze erdoor opdoen in het dagelijkse leven. Ook de halfjaarlijkse evaluatie in een groep levert vaak veel nieuwe informatie op, omdat de cliënt door de tijd heen van een afstand meer effect en samenhang kan zien. Deelnemers internaliseren de helende ervaringen uit hun structures.

In onze groep is wel de tevredenheid direct voelbaar, het gevoel van diepe voldoening over wat we allemaal geleerd en ervaren hebben en de verbondenheid met elkaar. Het gevoel -inderdaad- dat alles er mag zijn en dat we goed genoeg zijn zoals we zijn.

Wat in onze groep wordt teruggereporteerd vanuit de structures zijn opmerkingen als 'het lijkt wel of mijn moeders oordeel me minder op mijn nek zit' of 'het is zo helder in mijn hoofd; ik zie ineens scherp wat van mij is en wat van mijn vader, die door zijn eigen geschiedenis nu eenmaal niet kon voorleven hoe je gezond met je kracht omgaat.'

Een deelnemer aan de Noorwegenexpeditie schrijft bij navraag een jaar later: 'Wat mij het beste is bijgebleven zijn mijn ideale ouders naast mij. Ik voel ze nog zitten. Sindsdien ben ik veel gemakkelijker geworden met 'moeilijke' dingen doen. Bijvoorbeeld een telefoongesprek waar ik tegenop zie stel ik niet meer uit, zoals eerder. Dat scheelt veel energie!'

Een ander: 'Ik ben meer mijn eigen oerkracht gaan voelen. Daardoor is er veel meer rust in mij.'

Sylvie, die aan haar seksuele identiteit werkte, schrijft: 'Achteraf ervaar ik het als een daad, waardoor mijn ideale ouders mij mijn bekkenbodem lieten voelen en ze mij de mogelijkheid gaven om ook mijn bekkengebied/ seksualiteit te voelen als iets van mijzelf. Alsof dat contact, die containment mij mijn eigenheid ook in dat gebied en die bijpassende belevingen gaf; een toe-eigening daardoor. En zo voelt het nu ook meer dan vroeger.'

ONDERDOMPELING... EN BODEM VINDEN
IN HOOP EN VERTROUWEN

Tjeerd: De nabespreking van een structure kan en passant gebruikt worden voor psycho-educatie aan de groep. Wanneer een positieve ervaring met een ideale ouder wordt opgedaan, maar de woede naar de negatieve kant van een ouder nog niet gevoeld en geuit werd vanwege schuldgevoel, kan het volgende verteld worden. 'Je bent niet met dat schuldgevoel geboren. Aggressie is van oorsprong niet schuldbeladen. Dat je je schuldig zou moeten voelen heb je van iemand geleerd. Je kwaad voelen en het uiten kan zo lekker zijn. Je kunt zo genieten van je woede. En een flinke ruzie brengt je in een goede relatie dicht bij elkaar.' Je kunt vragen (nog in de structure) of de cliënt iemand kent die vrijelijk en adequaat zijn of haar boosheid kan uiten. Dan wordt het alweer iets meer voorstelbaar om dit zelf ook te gaan doen.

6.2 Afronding van de structure

Bij de afronding neemt de cliënt ruim de tijd om de reparerende ervaring in zich op te nemen op lichaamsniveau. Eventueel benoemt de therapeut een toekomstperspectief met meer 'symbolische hapjes'. Wanneer de cliënte eraan toe is, vraagt zij de rolfiguren hun rol af te leggen.

Een paar zaken rond de **afronding** van een structure vragen speciale aandacht.

Allereerst het belang van het benoemen wat nog niet aan de orde is gekomen en werk voor de toekomst zal zijn.

Froukje ligt bij afronding van de structure heerlijk genoeglijk bij een ideale moeder klein te zijn. De agressie tegen de negatieve kant van moeder, die deze genoeglijkheid niet voor haar in huis had, is eerder in de structure wel even aan de orde geweest, maar verdwenen. Van belang is dan om bij de afronding wel te benoemen, dat Froukje ooit nog de gelegenheid kan nemen om af te rekenen met die kant, maar dat ze dat wellicht pas kan, nu ze ervaren heeft hoe het had kunnen zijn en wat ze dus heeft gemist bij de eigen moeder. In deze structure is vooral zichtbaar hoezeer zij altijd zorgde voor haar eigen moeder.

Tjeerd: Let er goed op of een cliënt na afsluiting van de structure niet nog gauw even de oude blauwdruk probeert te herstellen.

ONDERDOMPELING... EN BODEM VINDEN
IN HOOP EN VERTROUWEN

Sander, die veel voor moeder heeft moeten zorgen vroeger, doordat er geen stevig aanwezige vader was, die moeder had kunnen steunen en kunnen sterken in haar kracht, sluit de structure tevreden af. Hij heeft zijn kracht ervaren in een confrontatie met een krachtige vader. Na het afleggen van haar rol geeft hij spontaan het groepslid dat de rol had van de negatieve, zwakke moeder een hand en trekt haar overeind. Deze collega aanvaardt de hulp lachend. Wanneer dit niet benoemd wordt, loopt Sander het risico toch te blijven vasthouden aan de almacht van vroeger. In dit geval wordt ook duidelijk, dat nog met dit stuk van moeder moet worden afgerekend en dat bevestiging van zijn kracht (zorg voor een ander) wellicht niet is wat Sander op dit moment nodig heeft.

Hoewel dat in onze structures niet aan de orde is, wijst de supervisor ons verder op een fenomeen dat we al wel kennen vanuit individuele therapieën, namelijk dat sommige mensen de therapie en de therapeut als ‘scalp aan de muur’ gebruiken. Ze willen zichzelf bewijzen dat niets en niemand hen kan helpen. Wees daar alert op. In zulke gevallen is er sprake van negatieve omnipotentie. Deze houding dient uiteraard met cliënt besproken te worden, waardoor deze zelf de verantwoordelijkheid houdt en niet de kans krijgt andere groepsleden ermee te besmetten.

6.3 Delen van ervaringen van groepsleden (sharing)

Gedeelde smart is halve smart

Na afronding van de werktijd van een hoofdpersoon is er voor de andere groepsleden gelegenheid om hun ervaringen tijdens de structure te delen. Hieruit blijkt vaak hoezeer structures van anderen het eigen proces verder helpen. Ook wordt voelbaar hoe steunend het kan zijn om in andermans structures herkenning van de eigen moeilijkheden te vinden. Het besef niet de enige te zijn met dit probleem, werkt vaak op zichzelf al bevrijdend en herstelt de verbondenheid met andere mensen.

Ook in onze groep heeft het meebeleven, het aangeraakt worden in eigen emoties door het delen in de emoties van anderen, soms meer invloed dan de eigen structure. Dat is wat meerdere collega’s rapporteren.

Petra ensceneert het afscheid van vader. Toen hij overleed, heeft zij niet goed afscheid kunnen nemen. Er hadden nog dingen gezegd moeten worden. Een groepslid neemt de

ONDERDOMPELING... EN BODEM VINDEN
IN HOOP EN VERTROUWEN

rol op zich van overleden vader die ligt opgebaard in een aula. De structure ontvoemt zich en wordt met een goede antidote afgerond. Bij de sharing zit een groepslid heftig te huilen. Zij heeft gedurende de hele structure als toeschouwer bij het hoofdeinde van de opgebaarde vader gezeten en vertelt aan de groep de dood en het afscheid van haar overleden kind te hebben herbeleefd. De kleinste beweging van de rolfiguur had ze opgemerkt en het had steeds opnieuw geraakt aan het eigen verlangen haar kind nog te kunnen zien bewegen, het tot leven te kunnen wekken. Het had geraakt aan het diepe verdriet om zijn dood en het stille lichaam van de rolfiguur had vele berinneringen aan de dagen na zijn dood omhoog gebaald. In de dagen waarin ze 'flink' was, omdat er zoveel geregeld moest worden, had ze geen gelegenheid om goed afscheid te nemen. Nu ze er zo vanuit de diepte om kan huilen en het verdriet kan delen met de groep werkt dat bevrijdend.

7. Evaluatie van ons werk in Noorwegen

Ervaring is de beste leermeester

Na afronding van alle structures en nabesprekingen is het tijd om uit onze rol te stappen van cliënt en deelnemer aan een therapiegroep en kan er gekeken worden naar het leereffect van deze supervisie-ervaring .

De laatste (gezamenlijke) avond, met Tjeerd er nog bij, worden we te eten gevraagd bij de eigenaar van het conferentiecentrum, tien kilometer verderop. We worden opgehaald en genieten die avond van een echte Noorse maaltijd, 'Bakalao', een gerecht met stokvis. Een goed glas wijn lijkt een ieder ongecensureerd vanuit zijn buik te doen lachen en plezier maken. Duidelijk voelbaar is dat dit eten en drinken geen compensatie is voor onvervulde kinderbehoeften. Het energieniveau is hoog die avond, ondanks het harde werken. Voldaan en tevreden doen we daarna, om elf uur 's avonds, 'nog even' de evaluatie en afsluiting voordat we de volgende ochtend afscheid moeten nemen van Tjeerd.

De conclusies die laat op de avond in het botenhuis worden getrokken over deze supervisedagen, worden al snel bevestigd wanneer we, eenmaal terug in Nederland, weer aan het werk gaan.

Al in de eerstvolgende bijeenkomst van onze eigen structuregroep merken we dat we rustiger aanwezig zijn, zelfbewuster en vrijmoediger, vanuit het besef dat de cliënt zelf verantwoordelijk is voor het eigen proces

ONDERDOMPELING... EN BODEM VINDEN
IN HOOP EN VERTROUWEN

en niet wij. De wetenschap dat, zoals Tjeerd dat noemt, de realiteit je beste bondgenoot is, geeft lucht. Want waar we eerder nerveus werden, wanneer de spanning in een groep om wat voor reden dan ook opliep, of wanneer we het gevoel hadden een situatie niet in de hand te hebben, weten we nu dat elke situatie die zich voordoet bewerkbare informatie bevat en dat niet alleen wij verantwoordelijk zijn voor het vinden van de betekenis ervan. We kunnen door de vrijheid die we nu ervaren, verschillende (tegen)overdrachtsreacties beter dan voorheen herkennen, hantieren en therapeutisch benutten.

We merken dat we losser zijn gekomen van de 'reglementen' over hoe Pesso-therapie te doen. We bekommeren ons minder om de vraag of wat we doen wel 'conform Pesso' is, maar meer om wat er in de therapie gebeuren moet. Anders gezegd: we hebben het gevoel dat we in de eerste plaats betere psychotherapeuten zijn geworden, en dat de Pesso-methode een fantastisch hulpmiddel blijkt te zijn bij het werk.

We ervaren duidelijker het belang van het goed kennen van de levensgeschiedenis van de cliënt. Door deze steeds in ons achterhoofd te hebben, kunnen we meer to the point reageren op de cliënt en wordt ook de samenwerking met de cliënt doelgerichter. We gaan vanuit de hypothetische reconstructie en de kern van de problematiek sneller in gesprek met de cliënt over wat we aan het doen zijn, waardoor de gebeurtenissen in de structure steeds helder worden gekaderd en we gemakkelijker een zinvol spoor aanhouden. Wat er eigenlijk gebeurt, is dat we de cliënt bij voortduring aan het contract houden, dat we samen hebben afgesloten. Dat contract houdt in dat er zo efficiënt mogelijk gewerkt wordt aan vooraf samen geformuleerde doelen en dat de cliënt de verantwoordelijkheid heeft om zo goed mogelijk gebruik te maken van de deskundigheid van de therapeut.

Uitleg door de therapeut over het proces, over de vermogens van ideale ouders en over een normale ontwikkeling, hoort daarbij. Tijdens de nabespreking van structures, of op andere momenten waar het een proces niet verstoort, geven we nu meer uitleg. We merken dat deze uitleg door cliënten zeer wordt gewaardeerd en verbazen ons nog regelmatig over het gebrek aan kennis dat mensen hebben over een emotioneel ontwikkelingsproces.

ONDERDOMPELING... EN BODEM VINDEN
IN HOOP EN VERTROUWEN

Maar wat misschien nog wel de meeste verandering in de structuregroepen geeft, is dat we zoveel beter en scherper hebben leren polariseren, waardoor structures helderder en bevredigender verlopen en een diepergaand effect hebben. Er komt meer kleur in de groepen, meer energie en meer hoop en vertrouwen. En dit laatste is wat wij als therapeuten naar ons gevoel explicieter uitstralen dan voorheen. Tjeerds 'credo' dat de kern van ons vak is dat we hoop bieden en zijn onbeperkt vertrouwen in de gezonde krachten van een mens, is aan ons gaan 'kleven' en lijkt niet meer weg te gaan.

Is het toeval dat de laatste structures in Noorwegen op indringende wijze gaan over seksualiteit en agressie, over leven en dood? De thema's waar cliënten in een PESSO-groep vaak maar zelden aan toe komen? Nee, het is geen toeval, want als groep dalen we in deze dagen steeds dieper in onszelf af en komen we terecht bij deze thema's, die vervolgens bewerkt worden. Wat uiteraard niet alleen voor onze persoonlijke ontwikkeling van belang is, maar ook handvatten geeft voor het werken met deze thematiek met onze cliënten. We komen tot integratie van polariteiten.

Ook deze laatste dag voelen we weer, hoe sterk de sfeer in Noorwegen gekenmerkt wordt door dood en leven die daar zo dicht bij elkaar liggen. De natuur is zo wonderschoon en tegelijk zo verraderlijk: hoe gemakkelijk kom je om in de ruige bergen of verdrink je binnen een paar minuten wegens onderkoeling in de diepe fjorden.

Nadat we Tjeerd naar het vliegveld hebben gebracht, blijven wij nog een dag om bij te komen en ons te vermaken met wandelen, sauna, hot-tub en lekker eten. Dat we de laatste avond met elkaar in de sauna en de hot-tub zitten, symboliseert wellicht hoe vrij we ons voelen in ons naakte bestaan, na het doorworstelen van de pijn.

Bij ons vertrek de volgende ochtend, zien we na elke bocht weer even de Hardangerfjord. Het intrigerende spel van water, licht en schaduw op de rotsen voelt als metafoer voor de beweging die we in onszelf ervaren. We volgen de fjord naar zee en zien de toekomst voor wat betreft ons therapeutisch werk met vertrouwen tegemoet.

De diepgang die we in deze dagen ervoeren, zouden we in de gebruikelijke vorm van supervisie niet hebben bereikt.

Hiermee komen we bij een antwoord op de vraag die we ons in de inleiding stelden, namelijk wat deze vorm van supervisie zo bijzonder en leerzaam maakt. Voor een theoretisch antwoord refereren we aan het

ONDERDOMPELING... EN BODEM VINDEN
IN HOOP EN VERTROUWEN

verhelderende onderscheid dat Petzold (1988) maakt tussen leeranalyse, supervisie en contrôle-analyse. In de leeranalyse (therapie) speelt de overdracht van de aankomend therapeut (als cliënt) naar de leertherapeut een belangrijke rol. In de supervisie wordt gekeken naar het proces van de cliënt, interventies en technische vaardigheden van de therapeut. In de contrôle-analyse komen de moeilijkheden in het therapeutische proces van de cliënt en het eigen aandeel van de therapeut via de tegenoverdracht ter sprake.

Deze drie componenten hebben wij in deze dagen met elkaar verbonden. Wij zijn van mening dat juist deze combinatie het rendement zo groot heeft gemaakt. Onze hele persoon was erin betrokken. De supervisor kreeg een helder zicht op onze blinde vlekken, op grond van onze persoonlijke geschiedenis, waardoor hij op persoonlijk niveau kon aansluiten met zijn feedback. En als in een veilige omgeving alles op tafel gelegd kan worden, is het leervermogen maximaal. Daarbij komt nog dat het zeer leerzaam is om zo intensief met een groep collega's op te trekken, die met elkaar ook een therapiegroep kunnen vormen. We kregen daardoor de gelegenheid om allerlei dynamische processen, die ook in onze eigen groepen spelen, aan den lijve te ervaren en te bewerken. Achteraf zijn we blij dat we het tonen van video's achterwege hebben gelaten. Het blijft toch cognitiever en laat maar een beperkt stuk zien van ieders werkelijkheid en leerpunten.

Denkend over de verdere ontwikkeling van de opleiding en supervisie zoals die nu bestaat, zou het ons inziens toegevoegde waarde hebben, om ergens in de opleiding een deel van de supervisie in deze intensieve vorm aan te bieden. Wat ons betreft natuurlijk in Noorwegen, maar we begrijpen inmiddels van collega's die voor en na ons kwamen, dat Frankrijk en Terschelling ook heel geschikt zijn.

Dankwoord

Bovengenoemde ervaringen hadden we niet kunnen opdoen zonder een aantal personen, die wij op deze plek willen bedanken. Allereerst is daar Tjeerd Jongasma, voor zijn inspirerende wijsheid, zijn enthousiasme en vertrouwen in menselijke groei en zijn altijd positieve en opbouwende feedback. Het zal duidelijk zijn dat de in dit artikel beschreven werkwijze voor een groot deel gebaseerd is op zijn opvattingen en inzichten. Uiter-

ONDERDOMPELING... EN BODEM VINDEN
IN HOOP EN VERTROUWEN

aard hebben we de verschillende versies van dit artikel ook aan hem voorgelegd, om er zeker van te zijn dat we hem juist citeerden.

Daarnaast past een woord van dank aan Jarle Hjartaaker voor zijn gastvrijheid. Jarle liet ons op Hardingasete ervaren wat je tot stand kan brengen wanneer iemand zijn creatieve energie vrij laat stromen. Onze groepsgenoten bedanken we voor hun vertrouwen en intimiteit bij het delen van hun meest persoonlijke ervaringen. Voor een aantal geldt dat zij ons toestemming gaven delen van hun structure op te nemen in ons artikel. Het spreekt vanzelf dat we een en ander zoveel mogelijk onherkenbaar hebben gemaakt.

Verder danken we Lisa Vos-Boscher en Wim-Jan Trügg voor de schrijfcursus die zij zo inspirerend vorm gaven. Lisa's niet aflatende steun en adviezen bij het publicabel maken van dit artikel waren van grote waarde. Dank ook aan de medecursisten.

Summary

In this article a report is made regarding a number of intensive supervision days held in Norway under the direction of Tjeerd Jongsma. Most notable was the method of working in which participants took on the role of therapist and practiced the guiding of the structures of fellow colleague's, by which participants benefitted not only from supervision, but also from 'learntherapy'. The authors are enthusiastic about this integral form of learning and suggest that this method is made part of the standard program.

Literatuur

Bervoets, A (2005). 'Hand-out' bij de workshop 'het lichaam in de overdracht en tegenoverdracht'. Pessso-jaarvergadering 2005.

Blom, A. en A.van Dijk (2005). *Things keep changing in my mind.. Ontwikkelingen in theorie en praktijk van de Pessso-psychotherapie najaar 2004*. Tijdschrift voor Pessso-psychotherapie 21, 1, 30-42.

Duijvenboden, T. van (2001). *Wat is verbeelding. Een reactie op 'Memory and consciousness: In the Mind's Eye, in the Mind's Body'*. Tijdschrift voor Pessso-psychotherapie 17, 2, 21-26.

Jongsma-Tieleman, N. (1994). *The importance of Winnicott's Transitional-sphere theory for PBSP*. Pessso Bulletin 10, 2, 22-42.

ONDERDOMPELING... EN BODEM VINDEN
IN HOOP EN VERTROUWEN

Jonker, J. en M. Cuppen (2000). *De opbouw van een structure, een stapsgewijs proces. Verslag van een bijscholingsdag met Lowijs Perquin*. Tijdschrift voor Pesso-psychotherapie 16, 1, 85-87.

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

Petzold, H.G. (1988). *Integratieve Bewegungs- und Leibtherapie*, 104-111. Paderborn: Junfermann-Verlag.

Trügg, W.J. en T. van Duijvenboden (1998). *Ik dwing de cliënt om mee te denken. Interview met T. Jongma over indicatiestelling*. Tijdschrift voor Pesso-psychotherapie 14, 1, 37-48.

Vos-Bosscher, L. (2001). *Kwaliteiten van de therapeut als souffleur van de getuige*. Tijdschrift voor Pesso-psychotherapie 17, 1, 42-51

Waarom ontlenen ideale ouders hun bestaansrecht?

WILLY VAN HAVER

Inleiding

Een van de concepten waarvan in Pesso-psychotherapie¹ veelvuldig gebruik gemaakt wordt is “ideale ouders”.²

De bedoeling van dit concept is dat de cliënt kan ervaren dat, in tegenstelling tot de negatieve ervaringen uit zijn verleden, een positief en vervullend antwoord op zijn behoeften mogelijk is.

Vrijwel iedere Pesso-therapeut heeft het ooit wel eens meegemaakt: in volle vlucht tijdens een structure stel je aan de cliënt voor om een ideale vader of moeder een plaats te geven en de cliënt reageert met gefronste wenkbrauwen, scepsis, of een wat wantrouwige glimlach die duidelijk maakt dat hij het ontwikkelingsstadium van sprookjes lang voorbij is.

Als Pesso-adept die het hart op de juiste plaats heeft, doe je dan je best om hem duidelijk te maken dat je geen flauwe kul verkoopt, dat hij het beter toch maar eens kan proberen en dat een bezoek van de goede vader en moeder wellicht soelaas brengt voor het probleem waar hij mee worstelt.

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

¹ Voor meer achtergrondinformatie over Pesso-psychotherapie: zie artikels op website Kern: <http://users.skynet.be/kern/artikels> en www.Pesso.be

² Men kan “ideale ouders” ook vertalen als: de gewenste ouders, ouders die een correct antwoord geven op wat een kind in zijn ontwikkeling nodig heeft, ouders die in staat zijn om ten volle te zorgen voor de behoeftes van het kind, de archetypische goede vader en goede moeder.

WAARAAN ONTLENEN IDEALE OUDERS HUN BESTAANSRECHT?

Of je zakt weg in vertwijfeling of je de methode wel ooit onder de knie krijgt, of in allerlei vindingrijke gedachteconstructies over weerstand tegen verandering, destructief ziektegewin of rigide onnipotentie.

Waar halen ideale ouders hun bestaansrecht vandaan?

Wat maakt dat het zinnig en nuttig is om in je therapeutisch arsenaal dit werkmiddel te gebruiken?

Zijn ideale ouders geen concept dat hoort bij een ietwat naïeve, nog niet door de realiteit gelouterde therapeut die wel beweert dat hij niet in sprookjes gelooft, maar die intussen wel dezelfde ingrediënten gebruikt? Is dit een therapeutische techniek die onmisbaar is in de Pesso-methode?

Levensvisie in plaats van techniek

Het gebruik van ideaalfiguren is geen techniek. Een therapeutisch veranderingsproces wordt niet gedragen door technieken. Het doen en laten in therapie, welke interventies nuttig en adequaat zijn, wordt vooral bepaald door het mensbeeld en de levensvisie die de grondslag vormt van een psychotherapeutische school en niet door de beschikbare of uitgedokterde technieken. Een psychotherapeut is geen technieker. Hij/zij is iemand die zich verdiept in het begrijpen van het functioneren van de psyche, in de pathologie van menselijk lijden en in de dynamiek van veranderingsprocessen. Mensvisie is het venster waardoor men kijkt naar de realiteit, ook naar de realiteit in therapie. Ze kleurt de manier waarop men als therapeut kijkt naar het menselijk bestaan, naar problemen waarvoor cliënten hulp komen zoeken en naar wat er nodig is om de cliënt uit de impasse te helpen.

Omdat er verschillende mensvisies gebruikt worden, bestaan er verschillende therapeutische richtingen. De psychoanalyticus speurt naar onbewuste innerlijke conflicten die een broedhaard zijn van manifeste problemen. De gedragstherapeut probeert de wetmatigheden van conditionerings -en deconditioneringsprocessen in kaart te brengen. De systeemdenker tracht te interveniëren in het verkluwde netwerk van menselijke relaties dat iemand in pathologie gevangen houdt.

In Pesso-therapie zien we het leven als een proces van zelfrealisatie: je gebruikt je energie om iets te doen met de mogelijkheden die je bij de aanvang als potentie hebt meegekregen. Leven betekent: wat in aanvang alleen een mogelijkheid is wordt stap voor stap een menselijke realiteit; waarbij het de bedoeling is dat men in deze ontwikkeling voldoende trouw blijft aan zijn "echte zelf". Dit ontplooiingsproces van het echte zelf resulteert in: plezier hebben in het leven, tevredenheid en voldoe-

WAARAAN ONTLENEN IDEALE OUDERS HUN BESTAANSRECHT?

ning, verbondenheid met anderen, erkend worden en gewaardeerd worden om wat men doet en wie men is, zelfwaardering en zelfvertrouwen, zingeving en levensvervulling. In dit proces zijn twee basistendensen: verbonden zijn en uniek zijn. Enerzijds zoekt de mens naar verbondenheid, contact, zich opgenomen weten in een geheel. Anderzijds wil hij uniek zijn, iemand zijn, een individu met een gewaardeerde eigenheid zijn, zelfstandig en onafhankelijk.

Deze basistendensen worden gevoed door de mate waarin men antwoord vindt op een aantal basisbehoeften. Basisbehoeften zoals: een eigen plaats hebben, gevoed worden, geknuffeld en gestreeld worden, warmte krijgen, geborgenheid en veiligheid vinden, gesteund worden, houvast hebben, begrensd worden, en ruimte krijgen.

Beide krachtlijnen, verbondenheid en individualiteit, zijn niet alleen terug te vinden in het menselijk bestaan. Ook het totale Zijn, het universum, de kosmos is gekenmerkt door versmelting en fusie enerzijds en splitsing anderzijds. Het heelal is één groot evoluerend geheel dat eindeloos in beweging is, waarbij constant dingen verdwijnen en constant nieuwe dingen “geboren” worden. Alles is met alles verbonden; de bijbelse metafoer van de wijnstok waarvan iedere rank door de totaliteit beïnvloed wordt en ook invloed heeft op het geheel. Het leven waarvan een individu de drager is, overstijgt dus ook het individuele leven.

Het individueel leven zoekt constant naar interactie, naar verbondenheid met het universeel leven. Zeer veel menselijke activiteiten zijn ontstaan in functie van deze basistendens: contact met anderen, communiceren, seks, reizen, samenlevingsvormen, enz. Maar daarnaast is er ook de eindeloze opsplitsing van het totale in individuele variaties, die elk uniek zijn. Alles is gelijk aan alles en alles is tezelfdertijd verschillend van alles.

Het individuele tegen de achtergrond van het universele

Het onderkennen van deze universele dimensie in het menselijk bestaan is meer dan een zondagse filosofische constructie en is niet onbeduidend voor het werk van een psychotherapeut.

Het feit dat de cliënt bereid is om zijn individuele levensgeschiedenis te plaatsen tegen de achtergrond van het totale zijn is een essentieel gegeven in zijn/haar veranderingsproces en het groeiproces in therapie.

Uitgangspunt in therapie is dat de cliënt hulp zoekt voor manifeste problemen die hem/haar het leven zuur maken: depressie,

WAARAAN ONTLENEN IDEALE OUDERS
HUN BESTAANSRECHT?

relatieproblemen, angsten, psychosomatische klachten, noem maar op. De grond van die problemen, zo geloven we in Pesso-therapie, is te vinden in onbevredigende patronen die terug te voeren zijn naar een individueel trauma of naar het feit dat men als opgroeiend mens onvoldoende antwoord gekregen heeft op zijn basisbehoeften.

Men kreeg als kind telkens te horen dat men een nietsnut is; er was een vader die seksueel grensoverschrijdend was; er was een moeder die depressief was en zelf meer zorg nodig had dan dat ze aan haar kinderen zorg kon geven; men werd als kind op kostschool gestuurd omdat de ouders het te druk hadden met de zaak; men miste als kind geborgenheid omdat vader vaak dronken was en er dan dikwijls hoogoplopende ruzies waren, etc. Deze ervaringen zullen bepalend zijn voor de manier waarop het zelfbeeld en het omgevingsbeeld ingevuld wordt. “Mensen zijn nu eenmaal niet te vertrouwen”, “echte geborgenheid bestaat niet”, “ik voel me minderwaardig”, “als het erop aan komt, zijn vrouwen niet geïnteresseerd in mij”, “uiteindelijk moet je ’t toch allemaal zelf doen”, etc.

Het zelfbeeld wordt gekleurd door het eigen ervaren verleden en dit zelfbeeld wordt het kompas dat men gebruikt in de relaties die men aangaat met de buitenwereld en de patronen die zich hierin ontwikkelen. “Er is niemand die me echt graag ziet”.

Clïente heeft relatie na relatie maar na enkele weken loopt het telkens op een sisser uit, overeenkomstig haar eigen leidmotief: “niemand ziet mij graag”.

Men lijdt onder dit leidmotief, onder het feit dat men telkens niet vindt wat men verlangt en nodig heeft.

“Ik hunker naar een vaste relatie, naar een partner die echt kiest voor mij. Ik ben bang dat het nooit lukt”.

Men zoekt de hulp van een therapeut omdat men weg wil uit deze impasse, en wil ontsnappen uit het gevangen zitten in deze destructieve spiraal. Maar anderzijds biedt dit leidmotief een houvast in de doolhof van het leven: het leidmotief leert iemand wat er wel en niet te koop is in deze wereld, wat wel en niet mogelijk is tussen mensen. Het leidmotief is als een gevarendriehoek die waarschuwt voor naïviteit.

“Let op, ook al zegt een man dat hij je graag ziet, je weet dat de waarheid is dat niemand je echt graag heeft. Wees op uw hoede, en kijk maar uit naar signalen dat je toch niet alles betekent voor hem!”

Spreekrecht voor het gekwetste stuk

Therapie nu zal in de eerste plaats betekenen dat het trauma of het te kort-gedaan-zijn onderkend wordt. Achter de symptomen gaan therapeut en cliënt samen op zoek naar het echte zelf van de cliënt dat in de loop van zijn ontwikkeling in de verdrukking is geraakt en gekwetst werd en dat alleen via symptomen nog een spreekbuis heeft. Het gekwetste stuk van de cliënt krijgt in de therapiekamer terug spreekrecht. De therapeut is als een advocaat die zijn cliënt helpt in het ten volle expliciteren van het onrecht en het lijden dat hem is aangedaan. Het echte zelf wordt in zijn rechten hersteld.

Wanneer men als therapeut te lichtvoetig over dit aspect van het proces heen stapt, zal de cliënt zijn klacht in alle toonaarden blijven herhalen. Hij gaat “zagen”. Of verandert van therapeut tot hij iemand vindt die oren heeft en luistert. Onrecht wil erkend worden, ook al moet men als de “dwaze moeders” zijn leven lang investeren om de aanklacht te herhalen.

Kwetsuren worden lidtekens

Maar het uiteindelijk verwerkingsproces vraagt meer dan dat. Verandering en groei is maar mogelijk wanneer de cliënt erin slaagt om de positie van aanklager van het onrecht dat hem is aangedaan te verlaten. Er ontstaan maar nieuwe horizonten wanneer de cliënt kan loskomen uit het gevangen zitten in de slachtofferpositie. Zolang de cliënt bezig blijft met zijn gekwetst zijn en de pijn die hem is aangedaan, blijft zijn leven zich afspelen in deze symbolische rechtszaak en wordt zijn energie opgeslorpt door inwendige dialogen met de tegenpartij. Pas wanneer de cliënt zijn eigen geschiedenis kan relativiseren en deze in een bredere context kan plaatsen zal hij deze rechtszaak kunnen verlaten.

De geschiedenis is niet veranderd, wat geweest is, is geweest. Maar het wordt niet meer ontkend of genegeerd.

Kwetsuren kunnen lidtekens worden. Omdat men de positie van aanklager kan verlaten, ontstaat ook de ruimte dat de ander niet perse in de rol van tegenpartij moet zetelen.

Zolang de cliënt zichzelf ziet als “iemand die door niemand graag gezien wordt”; kan de ander alleen maar de rol krijgen van “iemand die mij niet graag ziet”. Wanneer ze door het therapeutisch werk zichzelf oprecht kan benoemen als “iemand die veel gemist heeft, maar die ook recht heeft om graag gezien te worden” ontstaat de mogelijkheid dat ze men-

WAARAAN ONTLENEN IDEALE OUDERS HUN BESTAANSRECHT?

sen ontmoet die iets zien in haar en waarmee een echte band kan groeien.

En hier komen we terug bij het belang van het onderkennen van de universele dimensie in ons menselijk leven. In het brede perspectief van het totale Zijn wordt de eigen geschiedenis herleid tot een kleine stip, een verteerbaar gebeuren, een bocht die te nemen valt, een vergeelde of beschadigde bladzijde in het begin van het boek. Therapie is het relativeren van het eigen individueel gekwetst zijn.

Laat ik dit relativeringproces illustreren met een kleine ervaring die wellicht iedereen wel eens meemaakt.

In een winkel koop je iets dat niet al te veel kost, laten we zeggen: een klein reiswekkertje, een leuk dingetje, niet te duur, maar ook niet goedkoop. Je komt thuis en het ding werkt niet. Je gaat terug naar de winkel om het toestel in te ruilen voor een goed exemplaar. Maar je krijgt geen gehoor daar: “Sorry maar we kunnen dit niet vervangen. Er is geen garantie en wellicht heb je ’t op de verkeerde manier behandeld.” Je voelt je bedrogen en in je kruis gepakt. Je bent niet van plan om het daarbij te laten en je zint op wraak. “Ik schrijf een brief naar de directeur” ; “ik zal doorgaan tot ik een nieuw ding heb” , “ik sleur ze voor het gerecht” , “ik vat post aan de deur en ik vertel iedereen die binnen wil komen wat mij hier overkomen is”. Enzovoort, de wildste fantasieën zijn goed genoeg. Maar vandaag niet, ik heb andere dingen te doen: morgen. De volgende dag denk je “ik mag niet vergeten om daar werk van te maken” en je doet niets. De dag daarna zie je d’r tegen op om je met dat vervelend zaakje te moeten bezig houden. Een week later denk je: “laat maar zitten”.

In de totaliteit van je leven wordt dit voorval een klein fait divers, een onbenullige aanvaring die geen brokstukken nalaat, en je vergeet het omdat het je meer oplevert om je energie in iets anders te steken.

Therapie als verteringsproces

Niet dat ik de problemen en de kwetsuren waarmee mensen naar een psychotherapeut stappen wil vergelijken met dit voorbeeldje. Maar het copingsmechanisme, het verteringsproces, de manier om iets een plaats te geven en te klasseren zodat het geen energie meer opslorpt, is hetzelfde.

Ook op reis gaan en vakantie nemen illustreert ditzelfde aspect. Vakantie nemen betekent voor veel mensen: afstand nemen van al de kleine

WAARAAN ONTLENEN IDEALE OUDERS HUN BESTAANSRECHT?

moeilijkheden en beslommeringen waarmee hun dagelijks bestaan gevuld is. Wanneer mensen terug uit vakantie komen en hun gewone leventje zich dreigt te hervatten, hoor je nogal eens de verzuchting: “waar houden wij ons toch allemaal mee bezig; het kan zo simpel”.

Een van de helende elementen in groepstherapie is dat mensen de relativiteit van hun eigen geschiedenis gaan zien wanneer ze het verhaal van anderen horen. Dat is ook de reden waarom mensen op zoek gaan naar lotgenoten in b.v. zelfhulpgroepen. Door voeling te houden met het totale zijn proberen we de beklemming van het individuele zijn op te heffen. Een voorbeeld. Veronderstel: je wordt ziek en je constateert erg vreemde symptomen die je nergens thuis kunt brengen. Je voelt je bedreigd en angstig: wat overkomt mij? Maar je gaat naar de dokter en de diagnose is: griep. Dit is een geruststelling. Wat mij overkomt is niet alleen verbonden met mijn individueel bestaan, maar is iets wat hoort bij het leven. Wat je meemaakt hoort bij de “normale” verschijnselen van het totale zijn. Het breder perspectief relativeert alles.

De universele vader en moeder versus het individuele

En hier ligt de link met het concept van “ideale ouders”.

De reële ouders hebben een plaats in de individuele levensgeschiedenis van de cliënt. Door wat zij deden of juist niet deden, hebben ze de cliënt te weinig antwoord kunnen geven op zijn basisbehoeften: er was geen respect, te weinig geborgenheid of steun, onvoldoende begrenzing, enz. Maar ook deze reële ouders en het effect dat zij hadden, moeten tegen de bredere achtergrond van het totale Zijn geplaatst worden.

In het beperkt blikveld van het kind is de huiskamer en de mensen die daar rondlopen de enige reële wereld. En binnen deze wereld staan de reële ouders als enig model voor wat een vader en een moeder is, met meestal een uitbreiding tot “mannen” en “vrouwen” of zelfs nog breder tot “anderen”. De reële ouders staan model voor wat in de menselijke realiteit te vinden is. In een normaal ontwikkelingsproces zal dit beeld aangevuld en gecorrigeerd worden door interacties van het kind met ouderfiguren van de tweede orde: oma of bompa, een tante of een grote zus, een leerkracht, een leider in de jeugdbeweging, enz. Men kan ervaren dat de eigen moeder of vader niet de enige mogelijke leveranciers zijn voor het moederlijke of het vaderlijke. En op die manier sprokkelt men genoeg ervaringen bij mekaar om een invulling te krijgen van “de goede moeder” en “de goede vader”: ouderfiguren die ervoor kunnen zorgen

WAARAAN ONTLENEN IDEALE OUDERS HUN BESTAANSRECHT?

dat je als kind krijgt wat je nodig hebt om een goed en plezierig leven te hebben.

Het gebruik van ideaalfiguren in Pesso-therapie betekent dat je als therapeut gelooft dat de ervaringen die iemand gehad heeft met zijn reële vader en moeder en de onbewuste conclusie die iemand daaruit getrokken heeft over het leven, over anderen, over mannen, over vrouwen, etc. dat deze ervaringen en conclusies kunnen beïnvloed worden door gesymboliseerde ervaringen die iemand kan hebben in de therapie sessie door terug in contact te komen en zich verbonden te voelen met de universele vader en moeder.

De cliënt die hulp zoekt ervaart dat er in deze puzzel voor hem/haar stukken ontbreken. In het correctief proces dat therapie is zal de cliënt in contact moeten komen met deze essentiële menselijke kwaliteiten om terug gevoed te worden in zijn groeiproces.

De reële vader en moeder worden op die manier niet meer dan een gedeeltelijke concretisatie en een fragmentatie van de universele moeder en universele vader, van de archetypische moeder en de archetypische vader.

In de Griekse taal maakt men dit onderscheid. De individuele moeder van iemand is: “mateira”; terwijl de moeder als breder begrip is: “mana”.

Het concept “ideale ouders” is hiervoor een uitstekend werkmiddel. Het deficit van de reële ouders wordt gerelativeerd wanneer men dit plaatst in de context van de ouderfiguur in het totale Zijn. De reële ouder is een fragment van het vaderlijke en het moederlijke. Door het plaatsen van de reële ouder naast de universele moeder en de universele vader wordt de reële ouder gerelativeerd en dus ook het impact dat zij hebben op de individuele levensgeschiedenis. De reële ouder is dan niet langer het model, de enige invulling voor wat een vader, een moeder, een ander is en te bieden heeft. De reële ouder verhoudt zich tot de ideale ouder zoals de individuele levensgeschiedenis van de cliënt zich verhoudt tot het universele Zijn.

De individuele ervaring als vertekening van de realiteit

Een kritiek die je soms hoort op de Pesso-therapie is dat deze therapie de realiteit negeert door het werken met ideaalfiguren.

Het tegendeel is waar.

De cliënt heeft een beeld van de realiteit gemaakt, gebaseerd op zijn vroegere ervaringen. Deze ervaringen gaan zich installeren als een norm:

WAARAAN ONTLENEN IDEALE OUDERS HUN BESTAANSRECHT?

zo ben ik en zo ziet de wereld eruit. Maar de oude ervaring vertekent juist de realiteit. De realiteit is breder dan alleen maar die negatieve, frustrerende ervaringen. Niet alle vrouwen zijn beslaglegend; niet alle mannen zijn driftkanonnen die geen respect hebben voor grenzen.

Therapie betekent dat men die oude ervaring relateert en accepteert dat de wereld breder is dan wat men uit zijn vroegere ervaring geleerd heeft. Naast het negatief antwoord dat men verwacht, maakt men ruimte voor een positief antwoord. Deze verbreding is geen negatie van de realiteit, maar brengt de cliënt juist dicht bij de realiteit.

Zolang in het mensbeeld waarmee de cliënt naar de realiteit kijkt de reële ouders niet kunnen ingeruild worden voor ideale ouders blijft de cliënt gevangen in de impasse van de oude code die door de interactie met de reële ouders de waarheid was en zich als een richtlijn geïnstalleerd heeft. De cliënt kan in zijn leven een andere code installeren omdat hij voeling krijgt met vervullende ouderfiguren. En deze nieuwe code moet gebaseerd zijn op een symbolische maar geloofwaardige ervaring binnen de therapeutische context. Je corrigeert de oude code niet door lieven te verslijten. Correctie en verandering kan alleen ontstaan omdat de realiteit, de reële personen waarmee men omgaat, een nieuwe invulling krijgen op een symbolisch betekenisniveau.

De therapeutische relatie als draagmoeder

En dat is, me dunkt, een van de bijdragen van de Pesso-therapie binnen de experiëntiële psychotherapie. In andere experiëntiële therapieën zoals cliëntgerichte psychotherapie of Gestalttherapie zal men dit correctief proces vooral plaatsen binnen de relatie tussen therapeut en cliënt. Ongetwijfeld is dit belangrijk, ja zelfs van wezenlijk belang als therapeutisch agens. Ook Pesso-therapie volgt dit paradigma. Wat in de relatie therapeut-client niet in kiem aanwezig is, zal in het structuurwerk ook niet geloofwaardig zijn wanneer het wordt toegedicht aan ideale ouders.

Niet dat de therapeut een ideale ouderfiguur moet zijn. Dat is juist een van de valkuilen in het therapeutisch werk en een van de posities die een goed gevormd therapeut weet te vermijden. Maar de therapeutische relatie moet als het ware de draagmoeder zijn voor de menselijke kwaliteiten waarvoor de cliënt straks in de structure aanklopt bij de ideale ouders. Me dunkt dat we, door het concept van ideale ouders expliciet te maken, in Pesso-therapie een halte verder gaan dan onze collega's in andere experiëntiële richtingen.

The body knows

Dit concept is overigens een noodzaak wanneer men, zoals in Pesso-therapie, uitgaat van het axioma “the body knows” en wil werken op een lijfelijk niveau.

Omdat basisbehoeften stammen uit een lichamelijk niveau (plaats, geborgenheid, gevoed worden, verzorgd en geknuffeld worden, steun en houvast krijgen, grenzen voelen, ruimte krijgen) wordt de symbolische ervaring gedragen en verdiept wanneer men in de therapie dit lichamelijke belevingsniveau kan inbouwen.

Het zou misleidend, ja zelfs bedrog zijn wanneer men als therapeut in de reële ik-jij relatie met de cliënt deze lichamelijke dimensie zou willen inbouwen. De cliënt zou dan in een reële relatie met de therapeut belanden, terwijl de therapeutische relatie niet thuis hoort in de realiteit van de cliënt. De cliënt die geborgenheid zoekt, moet niet op de schoot van de therapeut belanden. Het therapeutisch werk staat naast de realiteit van de cliënt. Om in de therapie toch te kunnen werken op dit lijfelijk niveau heeft men dan ook rolfiguren nodig, geen reële mensen; en die rolfiguren kunnen vertolkt worden door reële mensen.

Wanneer Els in haar structure botst op gemiste veiligheid dan kan ze een correctieve context creëren waarin ze kan ervaren dat veilig menselijk contact wel mogelijk is. In de structure wordt dan plaats gemaakt voor een figuur die ervoor zorgt dat het veilig is voor haar. Ze vraagt Hans om deze rol te spelen. Els nestelt zich niet in de veilige armen van Hans als Hans, maar in de armen van de corrigerende rolfiguur.

Ideale ouders: symbolische ervaring als basis van verandering

Om deze lijfelijke ervaring binnen de therapeutische setting mogelijk te maken, heeft men het concept van ideale ouders nodig. Ideale ouders die eventueel gespecificeerd worden tot een rolfiguur die één bepaald facet vertegenwoordigt: een vader die steun geeft, een moeder die er is wanneer je haar nodig hebt, ouders die houvast en richting geven, ouders die in liefdevolle maar vrije verbondenheid met mekaar door het leven gaan, etc.

Ideale ouders zijn een positief antwoord op de basale behoeften van het kind; antwoord dat een kind nodig heeft om zich te ontwikkelen in zijn proces van zelfrealisatie, antwoord dat men nodig heeft om te groeien als persoon. Door te ervaren dat een vervullend antwoord mogelijk is krijgt men bevestiging dat de eigen basisbehoeften die nauw verbonden

WAARAAN ONTLENEN IDEALE OUDERS
HUN BESTAANSRECHT?

zij met het echte zelf bestaansrecht hebben en goed zijn. Het symbolisch maar ervaren antwoord van de ideale ouders wordt een nieuw kompas dat leidt naar een beter zelfbeeld met meer respect voor zichzelf en de eigenwaarde en een meer hoopvolle ingesteldheid tegenover de buitenwereld.

Ideale ouders zijn geen sprookjesfiguren, zijn geen zoethoudertje, geen naïef tovermiddel in de handen van een therapeut die wegloupt van de versmachtende impasse waarin de cliënt zit, geen poging om het pijnlijk gekwetst zijn van iemand te verdoezelen.

Het “ideale ouder”-concept is een onmisbaar en wezenlijk werktuig in het therapeutisch arsenaal van een Pesso-therapeut.

**Verslag van een lezing over
weerstand door Tjeerd
Jongsma op 18 maart 2006**

THEO VAN DUIJVENBODEN⁴

De oude meester Tjeerd Jongsma heeft langzamerhand een dusdanige staat van onthechting bereikt, dat hij het therapeutische geploeter waar wij dagelijks mee te maken hebben lijkt te zijn ontstegen.

Wie hem hoort spreken over het vak wordt al gauw bevangen door een mengeling van enthousiasme en ongeloof. Enthousiasme omdat hij de essentie van een psychotherapie en de helderheid van het proces zo mooi naar voren kan halen ('zo moet het') en ongeloof omdat de toepassing ervan zo bedrieglijk eenvoudig lijkt. Wat doen wij dan verkeerd dat het ons vaak zo moeilijk afgaat?

Neem nu weerstand. Een regelmatig terugkerend struikelblok voor elk van ons. Heb je een fantastische structure geleid, blijkt de cliënt deze de volgende keer geheel vergeten. Of de structure komt maar niet op gang, de cliënt weigert de mooie voorzetten in te koppen. De

pakkende *oneliner* die Tjeerd ons in dit verband voorhoudt is:

Een goed contract scheelt je al gauw een jaar therapie.

Wat heeft dit met weerstand te maken? Een goed contract definieert volgens Tjeerd niet alleen het doel, de verandering waar het de cliënt werkelijk om gaat, maar ook de rolverdeling tussen cliënt en therapeut om dit doel te bereiken. Het contract is dus ook de toetssteen of de cliënt nog bezig is met dit oorspronkelijke doel en zijn werk doet, c.q. de therapie gebruikt voor dit doel. Zo niet, dan is er sprake van weerstand, en wordt er gesjoemeld met het contract.

Het standpunt van Tjeerd is dat afweer in een therapeutisch proces (weerstand) een normale zaak is. Een goede therapie confronteert de cliënt met de essentiële dilemma's in zijn leven. Dat zal uiteraard angst, schaamte en onzekerheid bij de cliënt oproepen, die de cliënt bij zich weg zal willen houden. Vaak vormen deze emoties de reden waarom het niet gelukt is om op eigen houtje te veranderen. De therapie kan alleen dan helpen als de hoop de overhand houdt op de angsten, de schaamte. De bedoeling is dat de cliënt met be-

Theo van Duijvenboden is psycholoog/psychotherapeut en Pesso-psychotherapeut, werkzaam bij de GGZ Zuidwest Drenthe.

WAARAAN ONTLENEN IDEALE OUDERS
HUN BESTAANSRECHT?

hulp van de therapie durft de dilemma's onder ogen te zien, ondanks de pijn en moeite die dat kost. Weerstand moet dan ook met begrip tegemoet getreden worden, maar wel gesignaleerd. De cliënt die meent al zijn problemen te kunnen oplossen met een relativerend "Ach ja..." heeft of geen therapie nodig, of moet onder ogen zien dat hij vermijdt zijn problemen echt onder ogen te zien.

Een goed contract voorkomt de weerstand niet, maar het is het anker waar je als therapeut (en cliënt) op kunt terugvallen. De cliënt laat zich in het contract bij wijze van spreken door de therapeut liefdevol aan de mast vastbinden om het gezang van de Sirenen te weerstaan. Alleen stoppen wij als therapeuten geen was in onze oren. We negeren de weerstand niet. Het is belangrijk weerstand vast te stellen en te koppelen aan de essentiële dilemma's van de cliënt.

In het geval dat er twijfel bestaat of er sprake is van weerstand, pleit Tjeerd voor een nuchtere aanpak, waarbij in eerste instantie het gevoel van de cliënt gevolgd wordt. Stelt iemand in een structure bij voorbeeld iets voor waarover de therapeut zijn twijfels heeft dan zou hij kunnen zeggen: "Ik weet niet of wat je wilt nu werkelijk bij-

draagt aan een verandering, maar laten we het proberen en kijken hoe het uitpakt". De ervaring van de cliënt blijft de leidraad.

Nuchter is ook de aanbeveling om niet te snel van alles te duiden als weerstand. Kritiek van de cliënt op de therapeut, of op de samenwerking tussen de twee therapeuten kan wel degelijk hout snijden. Het is goed om daar serieus bij stil te staan en als therapeut niet zelf in de weerstand te schieten.

Neemt weerstand in de Pessotherapie nog een aparte plaats in, in vergelijking met andere psychotherapieën? Tjeerd meent van niet. Hij ziet Pessotherapie in de eerste plaats als psychotherapie, zij het een met extra mogelijkheden om het lichaam in het proces te betrekken. Van de nieuwe ontwikkelingen in de Pessotherapie (holes in roles, stemmen in de lucht) moet hij niet al te veel hebben.

De basis van een psychotherapie moet een heldere analyse zijn van de innerlijke conflicten van de cliënt, een analyse die de cliënt ook moet kunnen onderschrijven wil het tot een behandeling komen (contract).

Terug naar de eenvoud. Wat is het geheim daarvan. Deels schuilt die in een rotsvast vertrouwen in de methode, en dan

WAARAAN ONTLENEN IDEALE OUDERS
HUN BESTAANSRECHT?

bedoel ik niet eens zozeer de
Pesso-methode als wel de analy-
tische methode. Voor een deel is
deze echter ook terug te voeren
op een rotsvast vertrouwen in
de ervaring van de cliënt, het
niet gaan hypothetiseren over de
cliënt maar samen met de cliënt.
Gek genoeg vergt dat van de
therapeut de moed om af te
zien van het therapeut-zijn in de
zin van willen helpen. Het zijn
vaak de grootheidsgedachten die
hieraan verbonden zijn die ons
als psychotherapeuten in de
problemen brengen.