



MEDEDELINGENBLAD
van de
NEDERLANDSE WERKGEMEENSCHAP
voor
INDIVIDUAL PSYCHOLOGIE

23e jaargang nr. 3

Redactie: G.H. v. Asperen - Doorwerth
Redactieadres: Mevr. L.M.C. Richard-Stuurman
Pippelingstraat 60, Den Haag, Telefoon 070 68 34 22

april 1974

KORTE INHOUD van de voordracht van de Heer G.H. van Asperen met als onderwerp:

SHULMAN OVER LEVENsstIJL

gehouden op 24 november 1973 te Amsterdam.

De Hr. van Asperen begint met er nogmaals de nadruk op te leggen, dat we toch vooral niet uit het oog moeten verliezen dat, hoe belangrijk het ook is met elkaar van gedachten te wisselen over de manier, waarop we doende zijn in de opvoeding, psychotherapie, hulpverlening, begeleiding enz., er steeds achter die manier van doen een filosofie ligt d.w.z. een mening over onszelf, de wereld en onze plaats in de wereld en dat we bezig zijn vanuit de daaruitvoortkomende uitingen de mens te leren kennen.

In de laatste jaren horen we meerdere malen over een nieuwe psychotherapie, die aangekondigd wordt als „goed nieuws” te brengen als was het naar voren gebrachte nooit eerder gezegd. Bij bestudering blijkt evenwel, dat het nieuwe verwant is aan het reeds bekende en het voornamelijk uitwerkingen betreft van wat al eerder bekend was.

Zowel bij Eric Berne („Mens erger je niet”) als bij Thomas A. Harris („Ik ben O.K., jij bent O.K.”) trof spr. de overeenkomst en uitwerking van Adler's ideeën. Hetzelfde geldt in wezen voor de „Gestaltpsychologie”.

Het is echter zeker de moeite waard om in de verschillende naar voren gebrachte psychologiën en therapiën de verschillen en overeenkomsten met de **PERSOONLIJKHEIDSLEER** van de Individualpsychologie te zoeken.

In deze voordracht wil de Hr. van Asperen ingaan op de inhoud van het begrip **LEVENsstIJL** van Adler n.a.v. een boek van Bernard Shulman. Bernard Shulman is voorzitter van de Intern. Ver. voor Ind.Psychologie. Hij heeft de plaats ingenomen van Alexandra Adler en later Kurt Adler en is in 1973 herkozen. Shulman is psychiater in Chicago en een leerling van Rudolf Dreikurs.

Shulman is een zeer energiek en praktisch mens met organisatorisch vermogen. Zijn boek bestaat uit een selectie van door hem gehouden voordrachten en is getiteld: **Contributions to Individual Psychology**.

Het eerste artikel luidt: **A Comparison of Allports and Adlerian Concepts of Life Style: Contributions to Psychology of the Self.**

1. **Gordon Allport** maakt onderscheid tussen het PROPRIUM, het eigenlijke het belangrijke en het PERIPHERE, het bijkomstige, voor de mens. In het propium onderscheidt hij lichaamsgevoel, identiteitsgevoel, ego-versterking en uitbreiding, gezond verstand, zelfbeeld (ook ideaalbeeld), belangrijke strevingen, het weten. Allport wijst op de overeenkomst tussen het propium en Adler's levensstijl.

II. Adler's theorie (naar Ansbacher)

In 1907 gebruikte Adler de termen „samenvloeien van driften (confluence)“ en „verandering van driften (transformation)“.

In 1912 volgt „leidend zelf-ideaal, fictief einddoel“. Het fictieve abstracte ideaal komt dan aan de basis van instelling, opstelling en karaktertrekken.

In 1933 komt de term „unieke bewegingswet als basis voor de levensstijl“.

De levensstijl krijgt dan de volgende kenmerken:

1. Geschapen door het creatief vermogen dat een aanpak van het dagelijkse leven zoekt.
2. Zichzelf gelijkblijvend, samenhangend door de mening.
3. Constant door het einddoel, wisselend in tactiek.
4. Gevormd in de vroege jeugd doordat in die tijd de subjectieve meningen worden g
worden gevormd en het selectieve apperceptieschema.
5. Soeverein. Begonnen als een soort vuistregel wordt het meer en meer dwingend, determinerend, een unieke bewegingswet.

III. Latere toevoegingen

a. **Dreikurs** onderscheidt levensstijl en levensplan.

Het plan bevat de mening, de attitude, het referentiekader en het fictieve doel.

De stijl is de richting van de beweging, de uitdrukkingsvorm.

2. **Mosak** ziet de levensstijl als een reeks belangrijke (Allport) overtuigingen.

- a. een zelfconcept
- b. een zelf-ideaal (hoop, aspiraties, doelstellingen)
- c. een evaluatie van de omgeving (milieusituatie)
- d. ethische overtuigingen (voor eigen gebruik)

Minderwaardigheidsgevoelens zijn een gevolg van een kloof tussen overtuigingen b.v. tussen a. en b.

Schuldgevoelens zijn een soort minderwaardigheidsgevoelens.

3. **Shulman** zegt dat de levensstijl zowel de wijze is waarop iemand vragen van „hoe en waarom“ stelt als de wijze waarop hij ze in zijn leven beantwoordt. Sicher en Dreikurs zien in levensstijl alleen het gedragspatroon, terwijl Mosak en Shulman meer zoals Allport alle eigenlijke aspecten van de persoonlijkheid insluiten.

4. **Ferguson** zegt dat Adler's theorie van de levensstijl vier vooronderstellingen eist:

- a. Het menselijk milieu is vooral een sociaal milieu.
- b. De mens is een ondeelbare eenheid.
- c. De dominante motivatie van de mens is een doel.
- d. Dit innerlijke proces dient als subjectieve omgeving.

Deze innerlijke motivatie is de oorzaak van alle beweging. Van de mate van gemeenschapsgevoel zal de mate van minderwaardigheidsgevoel, de aard van de compensatie en het streven naar boven afhangen.

Over het doel valt het volgende te zeggen:

1. Het is een fictie.
2. Het is persoonlijk en volgt de privé logica.
3. Het is causaal in een finale betekenis (internal causation, causo finalis).

4. Het is richtinggevend doordat het andere richtingen uitsluit.
5. Het is sociaal gericht. De aanpassing kan echter wel in strijd zijn met bestaande opvattingen.
6. Het is noodzakelijk. Voor de mens is de onderworpenheid aan het instinct niet voldoende.
7. Het is op creatieve aanpassing gericht.

IV. Vergelijking met Allport's proprium.

- A. Lichaamsgevoel (bodily sense, body-awareness).
Het is een deel van het zelf-concept, de mening over zichzelf.
- B. Identiteitsgevoel. Wie ben ik?
- C. Zelfversterking. Streven naar boven, naar betekenis, naar bevestiging.
- D. Zelfuitbreiding. Compensatie, relatie.
- E. Gezond verstand. (Rational agent) problemen oplossen, structureren.
- F. Zelfbeeld. a. Wat ben ik. b. Wat zou ik moeten zijn.
Het Adlerse zelfconcept bevat A, B en Fa. Fb. is Adler's zelf-ideaal.
- G. Echte strevingen. Propriate strivings.
Een echte striving gaat in de richting van het fictieve einddoel.
- H. De weter (Ego?). Dit is het aspect van het zelf dat weet, gelooft, beslissingen neemt.

V. Betekenis voor de psychotherapie.

De levensstijl berust op privé-logica.

Psychotherapie is een strijd om de patiënt te winnen voor common sense en voor de vrijheid zijn levensdoel, levensplan, levensstijl te wijzigen.

VERSLAG van de voordracht

„DE FUNCTIE VAN HET KRISISCENTRUM W.G. TE AMSTERDAM“

door de heer Dr. J.J. van Oenen, psychiater, hoofd van het Krisis Centrum van het Wilhelmina Gasthuis te Amsterdam, gehouden op 19 januari 1974.

Als inleiding zegt spr. dat behalve het Kr. Centr. W.G. te Amsterdam er nog drie andere opvangcentra in Nederland zijn die, ofschoon kwa doelstelling en werkwijze nogal verschillend, globaal gezien toch trekken van overeenstemming vertonen t.w. in Groningen, Utrecht en Den Haag.

Om enig inzicht te krijgen in het functioneren van zo'n Centrum is het noodzakelijk iets omtrent de voorgeschiedenis te weten.

Sinds ca. 1965 waren er twee psychiatrische instituten die behoefte hadden aan een opvangmogelijkheid voor mensen, die niet direct voor een psychiatr. ziekenhuis in aanmerking kwamen, maar wel voor korte tijd uit hun leefmilieu geïsoleerd moesten worden. Dit waren de EERSTE HULP VAN HET W.G. en de ACUTE PSYCHIATRIE (de z.g. „rondrijdende psychiater in de stad“, die op verzoek van huisarts of zenuwarts (psychiater) komt oordelen of een opname noodzakelijk is).

Na overleg werd aan een werkgroep (o.l.v. dr. W.W. de Smit, promotor der krisis-interventie in Nederland) de opdracht gegeven een dergelijke opvangmogelijkheid, i.c. een Krisiscentrum te realiseren.

Een aantal jaren waren hiermede gemoeid. Reeds van de aanvang af was er skepsis over het nut van krisis-centra met als voornaamste en ook nu minder geldig argument: heeft het zin naast 18 à 20 instituten, waarvan er 15 met een wachtlijst, een nieuw Krisis-instituut op te zetten.

Een Krisis Centrum n.l. impliceert KORTDURENDE HULP MET WERKCONTRACTEN VAN ENKELE DAGEN TOT EEN WEEK. Blijkt echter langduriger hulp noodzakelijk dan moet de patiënt, na ontslag uit het Krisiscentrum, verwezen worden naar de be-

staande instituten met hun wachtlijsten.

Dit was het knelpunt, waarop de conferentie over Krisisinterventie (in 1969) stuitte. Wil men een Kr. Centrum starten dan is het een conditio sine qua non van te voren met de bestaande instituten afspraken te maken over het doorbreken van de „intake” en de wachtlijsten.

Tenslotte had de opdracht aan dr. de Smit als resultaat: **EEN DAG- EN NACHT OPVANG MET OPEN DEUR VOOR IEDEREEN VOOR MAXIMAAL 3 DAGEN VERBLIJF, MET DAARBIJ EEN AANTAL BEDDEN TEN DIENSTE VAN DE BEIDE VOORNOEMDE INSTITUTEN.** Dit lag politiek en financieel gezien zeer moeilijk daar beide psychiatrische instituten, De Eerste Hulp W.G. (psychiatr. consultatie v.d. Univ. Kliniek) en de Acute Psychiatrie (onderdeel van de afd. Geestelijke Hygiëne — G.G.G.D.) de stimulerende opdrachtgevers waren. Zij claimden daarom de helft van de bedden, terwijl het Kr. Centr. voor gesprekken zonder bedopname (z.g. stoelcontacten) mensen mochten opvangen voor zover er ruimte beschikbaar was.

Dr. van Oenen, die op beide terreinen werkzaam was geweest kon de twee tegen-gestelde standpunten onderschrijven en werd mede hierom gevraagd directeur van het Centrum te worden.

Spr. is van mening dat de twee psychiatrische instituten zeer zeker recht hebben op een opvangcentrum als het bestaande, echter met het daaraan verbonden nadeel dat de helft van de opgenomen populatie uitsluitend door een psychiater (acute psychiatrie in de stad) wordt geselecteerd.

Deze groep patiënten wordt in dubbele zin gecontroleerd, eerst door de huisarts of eigen therapeut en vervolgens door de controlerend psychiater. Zij beiden overwegen de situatie en nemen de beslissing in onderling overleg. Hier is sprake van een **DIRIGERENDE MEDISCHE BENADERING.** Deze patiënten komen nog onbekend met het Kr. Centrum binnen en hebben het op dat moment al of niet te accepteren. Zij kunnen ook weg gaan.

Formeel kan dus niemand binnen gelaten worden zonder „gezien” te zijn door een psychiater (óf op de 1e Hulp post óf door de „rijdende psychiater”). Men moet dus geselecteerd zijn.

Er zijn twee mogelijkheden die naar de 1e Hulp W.G. leiden:

Men kan op eigen initiatief gaan óf op verwijzing door maatsch. werk, therapeut, zenuwarts of familie en bureu.

Deze groep van binnenkomende patiënten is gemakkelijker te verwerken. In overleg met de psychiater van de Univers. Kliniek wordt in korte tijd gepraat over toelating tot het Kr. Centrum. Vervolgens wordt ter plaatse met de cliënt, in aanwezigheid van de opgeroepen medewerker van het Krisiscentrum overlegd of deze bereid is een paar uur of een aantal (max. 3) dagen te blijven om over zijn problemen te praten, in de hoop gezamenlijk er een oplossing voor te vinden. Bij instemming gaat de cliënt gezamenlijk met het personeelslid naar het Kr. Centrum. Dit is een heel andere entree dan de voornoemde. Het is een **HORIZONTALE GESPREKS-SITUATIE WAAR WEINIG DIRIGISME IN ZIT.**

Ten aanzien van deze twee stromen van binnenkomende patiënten heeft het Kr. Centrum een tweeledige taak:

De **EERSTE TAAK** omvat vooral psych. krisistoestanden (toestandsbeelden): o.a. ernstige angst- en panieksituaties, zware depressies, zelfmoordneiging of poging, opwinding en verslaving.

De **TWEEDE TAAK** heeft betrekking op levensproblematiek gemengd met psychosomatische symptomen, huilbuien, lichte depressie, slaapstoornissen en lichamelijke klachten. Een deel van beide patiënten-(cliënten) stromen is bij opname al in behandeling bij een hulpverlenende instantie (algemeen maatsch. werk, bureaux voor levens- en gezinsmoeilijkheden enz.) of bij een psychiater, maar vindt dat men te

veel pillen en te weinig tijd aan hen besteedt.

Uitgaande van deze formele selectie-situatie komt toch een deel der Amsterdamse populatie binnen ZONDER DE TOEGANGSKANALTEN TE PASSEREN. Daarin schuilt noch iets geheimzinnigs, noch een ontduikings-methodiek.

DEZE DERDE STROOM was al bij de aanvang enerzijds op praktisch alle avonden te verwachten, anderzijds alleen als theoretische (onverwachte)mogelijkheid ingecalculeerd.

Deze derde stroom kan in 5 sub groepen verdeeld worden:

- 1e. Na 8 weken kwamen er 's avonds en 's nachts steeds meer telefoontjes binnen. In anderhalf jaar tijd is het Kr. Centrum een remplaçant van de S.O.S. Dienst in Amsterdam geworden met gemiddeld 20 gesprekken per dag. Deze mensen komen niet naar het Kr. Centrum want worden per telefoon afdoende geholpen.
- 2e. NIET VERWACHT was een stroom van mensen uit het ziekenhuis (personeel en hun familieleden) uit alle rangen en niveaus, die komen voor advies vanaf stoelcontact tot opname. Hun motivering is blijkbaar anoniem te blijven, waartoe het Kr. Centrum een grotere waarborg geeft.
- 3e. De AMBULANTE NAZORG is er vervolgens nog voor een deel der mensen, die weer naar huis gaan en nog verder gaande hulp nodig hebben. Hiervoor zijn directe afspraken gemaakt terstond bij het ontslag uit het Kr. Centrum óf, indien niet anders mogelijk, met een kleine wachttijd (2 à 3 weken), bij Amsterdamse instellingen, die terwille van het Kr. Centrum hun wachtlijst doorbreken. Enkele van deze mensen moeten in die tussentijd één keer per week naar het Kr. Centrum terugkomen, de z.g. BRUGGROEP.
- 4e. AFRONDINGSGROEP MET VERKAPTE OPNAME. Hiertoe behoren mensen, die na 3 à 4 dagen menen naar huis te kunnen, maar wél vinden dat hun probleem onvoldoende is doorgepraat. Geen nazorg dus maar nog wel enkele gesprekken.
Ook deze groep breidt zich uit.
- 5e. Cliënten die, op aanwijzing van anderen, direct aankloppen bij het Kr. Centr.; zij worden allen aangemeld bij de Eerste Hulp-W.G.

Het kan dus niet voorkómen worden, dat mensen buiten de selectie-kanalen om binnen komen; in de eerste 3 maanden waren het er 16, in de tweede 3 maanden 90 en over het gehele jaar zelfs meer dan het aantal dat de afd. Geest. Hygiëne stuurde.

De coördinatie-groep van dr. de Smit had zich in de theoretische opzet een zelfstandige eenheid „Krisiscentrum“ in het hart van Amsterdam gedacht. Een dergelijke opzet vereist echter een miljoenen budget.

Uit gezonde economische motieven heeft het bestaande Kr. Centrum gekozen om een onderdeel van een geheel te worden MET UITZONDERINGSPOSITIE, d.w.z. met recht op eigen structuur, eigen methodiek en t.a.v. het externe beleid verantwoording schuldig aan de twee participanten: Akademisch Ziekenhuis W.G. en afdeling Geestelijke Hygiëne G.G.G.D.

Het Kr. Centrum is dus een onderdeel van het Akam. Ziekenhuis met een eigen interne structuur.

DE PERSONEELSBEZETTING.

Op grond van de twee hoofdstromen zijn nodig enerzijds:

psychiatrische verpleegkundigen en psychiaters,
anderzijds:

maatschappelijke werkers en prédoctoraal studenten uit de gedrags-wetenschappen, jonge artsen, die voor een half jaar of langer komen werken en in opleiding voor het ziekenhuis: leerl. verpleegsters (Zwarte Kruis).

Nodig zijn erkende disciplines met daartussen roulerend een jonge garde, die naar

voren kan komen met telkens nieuwe stromingen, nieuwe gedachten. Het merendeel der personeelsbezetting behoort tot de leeftijdsgroep tussen 30 en 35 jaar. Deze personeels-samenstelling verloopt niet zonder problemen.

De tijdelijke staf, die naar men terecht verwachtte steeds impulsen voor nieuwe crisis-interventie meebrengt, blijkt een te grote belasting voor het vaste personeel te zijn indien de roulatiesnelheid te groot is (elke 3 mnd. een groep nieuwe verpleegsters, elke 4 mnd. een groep nieuwe studenten en elke 6 mnd. een groep nieuwe artsen op een totaal van 20 vaste stafleden).

Het tweede problematische punt komt naar voren bij de samenwerking van leden uit een 7-tal disciplines. Men denke b.v. alleen al aan ieders eigen vocabulaire met weliswaar soms gelijklopende terminologie, doch met een andere inhoud. Om tot een bruikbare cliëntenzorg te komen wordt uitgegaan van Caplan en Lindemann (de vaders der crisis-theorie). Deze theorie stelt dat het nodig wordt geacht naast de bekende theorieën en methodieken, mensen met levensproblemen niet direct te etiketteren maar dat een emotionele crisis kan vóórkomen zowel bij psychisch gezonde als ongezonde mensen, waarbij zij tijdelijk worstelen met onvermijdbare levensproblemen die buiten de hen bekende „manieren tot oplossen“ vallen; een crisis is een potentiële keerpunt, waarbij plotselinge en drastische veranderingen kunnen optreden t.g.v. een kleine duw in de goede richting. (uit Principes der Preventieve Geneeskunde).

Caplan's theorie luidt, dat iemand tengevolge van een verstoord evenwicht in een crisis kan belanden, die zich uit in een aantal klachten. Deze klachten moeten aangepakt worden a.h.w. met „de droge delen van een handdoek“. Daarna overweegt de hulpverlener van het Krisiscentrum of de crisis te maken heeft met de KWETS-BARE FASE of dat er sprake is van een associatie met een vroegere ervaring (Freud) om tenslotte ten spoedigste de relatie met het leefpatroon te herstellen in een gunstiger patroon.

Onze werkhypothese luidt: crisisinterventie als hulpverlening is het reguleren van de psycho-sociale gevolgen van een acute verstoring van het bestaande evenwicht.

In de praktijk geschiedt dit in 3 fasen:

1. De cliënt wordt genomen zoals hij is en men laat hem zijn volle verhaal spuien, zonder onderbreking; angst wordt zo mogelijk gereduceerd door lief te zijn of desnoods met middelen zoals valium of librium (het is onnodig mensen te lang angstig te laten zijn); de **begrijpend-begeleidende fase**;
2. Vervolgens proberen het hoofdprobleem te diagnostiseren en in samenwerking met de cliënt zijn ziek of gezond functioneren aan te sluiten op het leefmilieu van het Kr. Centr., dat a.h.w. als een gesimuleerd woon-leefmilieu fungeert; de hulpverlener zal veelal de leiding nemen (**dirigerend**);
3. Op de derde dag moet het tot een beslissing komen. In overleg met de cliënt wordt een keuze gedaan uit de oplossingsmogelijkheden. Dit is een **deels dirigistische — deels begeleidende fase**.

De achtergrond van deze werkmethode is dat de hulpverlener na ieder gesprek terug kan vallen op het uit div. disciplines bestaand team om bij te laden en te overwegen of zijn indruk juist was. Zo is uiteindelijk het TEAM verantwoordelijk voor de beslissing, die in overleg met de cliënt genomen is.

Ook hier liggen praktijk-problemen. Het Centrum, dat 24 uur open is, heeft uiteraard een 8-uren dienst en ook hier blijkt weer hoe moeilijk het is informatie objectief over te dragen.

Gepoogd wordt deze storing in de informatie-„overdracht“ te reduceren door het inlassen van een „ochtendrapport“. In tegenwoordigheid van zoveel mogelijk team- en adviserende stafleden wordt getracht via de invalspoorten het hoofdthema zo goed mogelijk te blijven onderkennen.

Naast de 3 wisseldiensten is dit de 4e „overdracht“ waar men geconfronteerd wordt met het reeds besprokene en afgesprokene t.w. het hoofdprobleem, het begin der klacht, de vraagstelling, het hoofdprobleem van de cliënt, welke hulp deze wenst, welke mogelijkheden zich voordoen en wat realiseerbaar is. Aanvankelijk werd begonnen met een ver doorgevoerde democratische, interne organisatorische structuur. Toen na 6 mnd. bleek dat er niet mee te werken was, koos men voor een dagelijks bestuur met vertegenwoordigers uit elke sector, dat verantwoording aflegt aan de 1 x per mnd. bijeenkomende algemene vergadering; de heer van Oenen en de beheerster van het Kr. Centrum zitten q.q. in het dagelijks bestuur.

Dit is een **verantwoording achteraf**, want in een dag- en nachtcentrum is het noodzakelijk dat steeds 2 à 3 mensen aanwezig zijn om directe beslissingen te kunnen nemen, zonder op de eerstvolgende vergadering te wachten. Op deze wijze moest er toch teruggedraaid worden op een enigszins hiërarchische structuur.

Om misverstanden tussen de 7 disciplines zoveel mogelijk te kunnen uitpraten zijn z.g. **BUFFERGROEPEN** ingebouwd.

Via psychologen en andragoloog zijn trainings- en onderwijsgroepen ingebouwd om het personeel op de hoogte te houden van nieuwe methodieken via rollenspel en video-recorder.

Ook is er een **PRAATGROEP** die onder supervisie van een van buitenaf aange trokken maatsch. werker elke 14 dagen gedurende 2 uur bijeenkomt om elkaar te vinden, elkaars methodieken zoveel mogelijk over te nemen en emoties van en over elkaar toe te laten.

Tot besluit geeft Dr. van Oenen enige getallen en percentages uit het eerste jaar 1972 - 1973 van het Kr. Centrum:

In totaal ruim 1200 contacten, waarvan 70% bedopnamen (slechts 8% heropnamen) en 30% stoelcontacten.

Opmerkelijk is het constante surplus van mannen, waar juist in de Ned. psych. ziekenhuizen de meerderheid vormen.

Een verklaring zou kunnen liggen in het feit dat de psychiatrische ziekenhuizen een grotere opname-mogelijkheid hebben voor vrouwen.

De grootste toevloed komt tussen 16 en 24 uur (ruim 40%) en tussen 24 en 7 uur.

Hier ligt de oorzaak bij het gesloten zijn van andere instellingen. Het betekent een onvermijdelijke druk op het Kr. Centr., doch toont tevens aan dat het een functie vervult in de geestelijke gezondheidszorg.

De grootste toeloop valt op dinsdagen en woensdagen en **NIET** tijdens de week-einden. Tot deze „weekendgroep“ behoren mensen met ernstiger problematiek en die moeten ook vaker dan op andere dagen in de week in een psychiatr. ziekenhuis opgenomen worden. Tenslotte: slechts 20% bleef langer dan 3 dagen.

Dr. van Oenen heeft ons met deze uitgebreide informatie weer laten zien hoe aan de behoefte aan hulpverlening door deze nog zo jonge instelling voldaan wordt. Daarbij blijkt weer hoe onze tijd staat in het teken van een opkomend besef en wil tot medemenselijkheid.

Mw. L.M.C. R.—St.

UIT DE OPVOEDKUNDIGE HOEK

De 6 jarige Jim is onvoorstelbaar moeilijk.

De kinderpsychotherapeute vraagt hem:

— Jim, wat wil je eigenlijk? Wil je blijven zoals je bent, wil je weer klein zijn, dat kan wel niet, maar sommige kinderen proberen dat toch — óf wil je groot worden? “

N.B. Let op de volgorde. Eerst het gemakkelijke, voor de hand liggende, dan het negatieve met een „klein spuugje in de soep” en dan de positieve uitdaging.

Jim: „Ik wil groot worden!” „Hoe groot?” Hij wijst de hoogte aan bij de deurpost.

„Is er wel iemand die zo groot is?” „Ja, vader”.

A, ha! denkt de therapeute en vervolgt: „Weet je wat je doen moet om groot te worden?”

Jim: „Eten”, en op de vraag, wat hij dan alzo eet om groot te worden, noemt hij alles van een normale voeding op, dus er zijn geen eet-problemen.

„— en slapen” „Ja, van slapen groei je ook, en wat doe je nog meer?” „Naar de kleuterschool gaan” en op de vraag wat hij daar dan doet, komt gewoon het antwoord: „spelen en leren”.

„Nu heb je vier dingen opgenoemd, maar één ding heb je toch over het hoofd gezien, één ding heb je nog vergeten”

Nieuwsgierige belangstelling: „Wat dan?”

„Dat er andere mensen zijn, waar je rekening mee moet houden”.

Het vertrouwen is blijkbaar gewekt, het gesprek heeft aangeslagen, want het volgend bezoek weet Jim vlot alle vijf punten om groot te worden op te noemen. Dat lijkt dus een positief begin om verder op door te kunnen gaan.

een gedeelte uit de casuïstiek van mevr. Sophie de Vries,
Californië.

— Kom je me de volgende week weer halen?

— Je weet toch, Michiel, als ik het beloofd heb,.....

Michiel vult vlug in: „Wat je belooft, móet je doen.

— Nee hoor, wat ik beloofd heb, móet ik niet doen, maar dat DOE IK GEWOON.

Mv. v.B.—C.

Rik, geneigd te denken dat hij alles zo maar zou moeten kunnen, verliest grandioos bij het spelletje dammen met een vriendje. Hij is driftig, woedend. „Ik dóe het niet meer”. „Ik geloof dat Bas alleen maar wint, omdat hij meer geoefend heeft”, zeg ik, waarop Bas tevreden knikt en Riks woede kalmeert.

Immers, een kind houdt van redelijkheid, die zijn persoontje niet aantast. Rik zelf kan een conclusie trekken, dat ook hij kan winnen, als hij meer geoefend heeft, terwijl Bas zichzelf bemoedigd weet, zonder zelfs een schouderklopje.

Terechtwijzingen als: „jij oefent ook nooit” of erger nog „jij denkt zeker dat je alles kunt bereiken zonder oefening” drukken het kind vanzelfsprekend naar beneden evenals het ten voorbeeld stellen van het vriendje.

Ook de sussende raad van een andere volwassene: „Speel dan een spelletje „verlies” dan win jij,” geeft stenen voor brood, want geeft blijk dat het allemaal om Rik draait terwijl het vriendje voor spek en bonen dwz. als de verliezer gebruikt kan worden. Niet leuk voor Bas. Bovendien gelden voor een spelletje „verlies” andere regels en ook die moeten gekend en beoefend zijn.

Mevr. R-St.

Vastgestelde data van de bijeenkomsten in het verenigingsjaar 1974—1975:

21 september 1974	18 januari 1975
19 oktober 1974	15 februari 1975
16 november 1974	15 maart 1975