

UIT DE PRAKTIJK VAN DE  
LICHAAMSGERICHT WERKEND PSYCHOLOOG

# ALS AANRAKEN NODIG IS

Waarom zou een psycholoog zijn cliënt aanraken, is het gesprek niet genoeg? Els Plooij onderzoekt deze vraag aan de hand van literatuur over aanraken in psychotherapie en haar eigen ervaring als lichaamsgericht werkend psycholoog. Aan bod komen verschillende categorieën aanrakingen, indicaties en contra-indicaties en richtlijnen. Een casus illustreert volgens haar de noodzaak van aanraken.

## Marjan (47) heeft een aangeboren

ziekte. Daardoor is ze uitzonderlijk klein van stuk, heeft ze heel weinig zicht en draagt ze een bril met zeer sterke glazen. Ze heeft een operatie gehad om een kin te construeren en een kaakoperatie vanwege ernstige slaap-apneu. Haar hoofdhaar is heel dun en daarom draagt ze een pruik. Als kind is ze veel gepest. Haar ouders gaven haar veel concrete aandacht en stimuleerden haar om door te zetten, maar voor gevoelens was geen ruimte. Haar onzekerheid heeft ze gecompenseerd door hard te studeren, waarmee ze veel heeft bereikt. Ze is werkzaam als juriste, heeft een eigen woning, maar brengt nog wel veel tijd met haar ouders door.

Toen Marjan haar leven wat betreft wonen en werken op orde had, is ze met zichzelf aan de slag gegaan, gemotiveerd door haar verlangen naar een relatie. De laatste zes jaar heeft ze bij een cognitief gedragstherapeut aan veel punten gewerkt: haar extreme aanpassing aan de verwachtingen van anderen, haar lage zelfvertrouwen, het altijd bezig zijn met wat moet, haar strengheid voor zichzelf en voor anderen, haar gebrek aan affectieve verbondenheid met anderen en haar seksualiteit.

Deze psycholoog/seksuoloog verwijst haar nu naar mij. Marjan weet door de therapie nu wel cognitief/gedragsmatig hoe contact met anderen te leggen, maar het blijft vooral bij 'doen' en ze voelt er weinig bij. Ze lijdt aan eenzaamheid. Om haar leven en relaties kwaliteit te geven, is het nodig haar bekend te maken met affectiviteit, met voelen. En dat lukt niet met alleen gesprekken. Daarvoor is aanraken nodig.

Dat lichaam en psyche samenhangen en elkaar onderling beïnvloeden, is een bekend gegeven in de psychologie. Psychologen die dit gegeven centraal stellen in hun werk, gebruiken vanaf de jaren zeventig van de vorige eeuw vooral methoden uit niet-academische opleidingen. Denk aan bio-energetica, Gestalt-therapie, haptotherapie, pessertherapie, dramatherapie, integratieve bewegingstherapie. Na een groot congres (*Het lichaam in de psychologie*, 1999) en veel overtuigingswerk kregen zij in 2003 binnen het NIP hun plek als Sectie Lichaamsgericht Werkend Psychologen (LWP). Wat voorheen als alternatief gold en buiten het huis van de psychologie werd geplaatst, is nu opgenomen binnen de academische wereld van de beroepsvereniging van psychologen. Dat bracht

erkenning met zich mee, maar ook de noodzaak om het lichaamsgerichte werk wetenschappelijk body te geven.

De sectie formuleerde haar Professionele Stan-daard, met daarin een deel over aanraken als interventie, waarin onder meer is benoemd: '(...) Dit aanraken is anders dan het 'normale' aanraken in die zin dat het een aanraken binnen een therapeutische relatie is. Dit maakt dat er een ongelijke machtsverhouding is tussen cliënt en therapeut, waarbij de laatste verantwoordelijk kan worden gesteld voor de aanrakingen. (...) Aanraken als interventie moet dus passen binnen het therapeutisch proces van de cliënt en de vaardigheden die hij heeft ...' (Bron: [www.psynip.nl](http://www.psynip.nl), januari 2014).

Er werd gewerkt aan een registratieregeling voor gz-psychologen die lichaamsgericht werken. Opleidingen werden geaccrediteerd en toelatingseisen geformuleerd. Sinds 2010 is de registratieregeling een feit. Deze regeling telt 90 leden, van wie de praktijkgegevens te vinden zijn op [www.psynip.nl](http://www.psynip.nl). Vanaf de oprichting is de sectie LWP zeer actief en groeit ze gestaag: van 349 leden in 2003 tot 729 leden in 2014. De sectie vindt het belangrijk dat de 'body of knowledge' over het lichaamsgericht werken groeit, door publicaties en onderzoek. In de neurowetenschappen en bij traumadeskundigen komt steeds meer aandacht voor de centrale rol die het lichaam speelt in psychologische processen. Studiedagen van de sectie LWP trekken dan ook honderden psychologen uit allerlei richtingen.

De psycholoog die lichaamsgericht werkt, beschikt naast het gesprek over interventies die de cliënt via het lichaam laten ervaren wie hij is, hoe hij in de wereld staat en hoe hij zich verhoudt tot anderen – om van daaruit ervaringsgericht te werken aan verandering. Deze interventies hebben een breed spectrum: van verbaal de aandacht richten op het gevoelde lichaam, meditatieoefeningen, bewegingsgerichte oefeningen en het in oefensituaties werken aan de impact van vroegere ervaringen, tot het aanraken van de cliënt.

Dit artikel gaat binnen dit spectrum in op het aanraken als psychologische interventie. Aanraken is een interventie die de cliënt kan helpen zichzelf en zijn grenzen beter te voelen, maar die ook grens-

overschrijdend kan zijn. Het is een interventie die veel potentie heeft, maar ook afhankelijk kan maken. Moet de psycholoog dan maar niet aanraken, om problemen te vermijden? Doet hij daarmee zijn cliënt niet tekort? Als aanraken nodig is, moet de psycholoog wel goed weten wat hij doet.

### CATEGORIEËN VAN AANRAKEN

Leijssen (2006) geeft bij de interventie aanraken drie categorieën aan, met een oplopende intensiteit:

- *Attentional-affectional touch*; voor bemoediging en steun in een moeilijke periode. Hierbinnen vallen de handdruk en de arm om de schouder en aandacht voor 'self-touch' van de cliënt.
- *Emotional-expressive touch*; als steun bij het uiten van gevoelens en bescherming tegen decompensatie of desintegratie.
- *Cathartic touch*; daarbij wordt een specifiek lichaamsdeel aangeraakt om emoties los te maken, terwijl het aanraken tegelijkertijd 'containment' biedt. Doordat de therapeut de aanraking niet stopt als er emoties loskomen, kan de cliënt in contact blijven. In contact met de therapeut, met zijn emoties, met zijn lichaam, met zichzelf en met het nu.

Leijssen ziet aanraken als een interventie die ingezet kan worden om een cliënt door en voorbij een laag van angst te brengen, waardoor die beter kan profiteren van andere interventies. Bij deze laag van angst valt te denken aan *the muscular armour* zoals de Oostenrijks-Amerikaanse psychiater en psychoanalyticus Wilhelm Reich (1897-1957) dat ooit noemde: het geharnaste lichaam, spanning die zich in het lichaam heeft vastgezet door bijvoorbeeld stijve, pijnlijke spieren, door angstige ervaringen in de jaren van de karaktervorming. Als de lichamelijke spanning vermindert, wordt ook de angst minder.

In het algemeen zijn handen, schouders en rug de meest acceptabele plekken voor mensen om aangeraakt te worden. Vanuit zijn theoretisch kader kan een therapeut ook op andere plekken aanraken. Aanraken van genitale lichaamsdelen is vanzelfsprekend nooit acceptabel. Bij iedere aanraking is het belangrijk toestemming te vragen, het doel duidelijk uit te leggen en ruimte te laten voor weigering (zie verderop: 'informed consent').

Goodman en Teicher (1988) noemen twee categorieën

*Handen, schouders en rug zijn de meest acceptabele plekken voor mensen om aangeraakt te worden*

van aanraken en geven daarbij zowel de positieve kanten van deze interventie aan als belangrijke waarschuwingen:

- 1)  *Holding*, als vangnet, voor ontspanning en om niet overspoeld te raken door gevoelens.

*Holding* past binnen een ondersteunende therapie. De therapeut zet zichzelf in voor steun en bescherming en biedt daarbij een correctieve emotionele ervaring voor wat vroeger gemist is aan het goed genoeg bemoederd zijn. Positieve effecten zijn: bevestiging van de waarde van de cliënt, versterking van realiteitsgevoel, vergroting van sensitiviteit voor de gevoelens van anderen, en persoonlijke groei.

*Holding* heeft ook een gevaar: aanraken kan diepkinderlijke behoeftes opwekken en daarmee leiden tot ernstige regressie. Het is daarom belangrijk erop bedacht te zijn dat de aanraking niet wordt ingezet voor behoeftebevrediging. De correctieve ervaring dient gericht te zijn op persoonlijke groei.

Imes (in: Smith, Clance & Imes, 1997) stelt in dit verband dat als de afhankelijkheidsbehoefte in de kinderjaren niet is vervuld, de therapeut niet zou moeten aanraken. De cliënt kan anders afhankelijk worden

van – de aanraking van – de therapeut; zeker als de cliënt weinig uitreikt naar steunbronnen buiten de therapie of er weinig steunbronnen zijn. Durana (in: Zur, 2009) waarschuwt voor cliënten die impliciet of expliciet vragen om aanraking.

- 2) *Provoking touch* of *evocative touch*: om bij nieuwe inhoud te komen, die op een andere manier niet bereikbaar is voor cliënt of therapeut.

Openleggende aanrakingen (*evocative touch*) houden het risico in dat de intenties van de therapeut mogelijk niet aansluiten bij de waarneming en gevoeligheid van de cliënt. *Provoking touch* lijkt sterk op de *cathartic touch* van Leijssen (2006), waarbij zij als waarschuwing opmerkt dat weerstand van cliënten een belangrijke beschermende functie heeft en dat therapeuten daar niet doorheen moeten duwen, omdat dat her-traumatiserend kan zijn. Opvallend is bij Leijssen de nadruk op *containment*, ook bij het losmaken van gevoelens.

Aanraken wordt in meerdere richtingen binnen het lichaamsgericht werken met enige regelmaat toegepast. In Nederland is haptotherapie de richting die contact en aanraken tot de kern van haar werk en studie heeft gemaakt (Plooi, 2005). De laatste jaren vinden in toeneemende mate psychologen en pedagogen hun weg naar de opleiding. In haptotherapie hebben zowel bevestigende, ondersteunende aanrakingen (*holding*) als openleggende (*evocative*) en confronterende (*provoking*) aanrakingen een plaats.

Binnen het kader van de *holding* is het ook een vormende therapie. Het adagium 'van jezelf houden' wordt zowel mentaal als lijfelijk doorvoeld: door bevestigende aanraking gaat de cliënt zichzelf als goed ervaren, en van daaruit ook zorg dragen voor zichzelf als hij zich minder goed voelt. De (levens)lust is een kernbegrip in de haptonomie (Veldman, 2007). Deze wordt in de visie van de haptonomie aangesproken door affectieve aanraking van een betekenisvolle ander. De cliënt gaat van daaruit ervaren hoe het is om ruimte in te nemen, op eigen benen te staan, zichzelf te dragen, zichzelf te zijn in contact met een ander, grenzen te stellen. Al deze psychologische aspecten maakt de therapeut vanuit gevoelservaringen tastbaar. Een uitspraak als 'Ik weet het wel maar het verandert niet' wordt 'Ik heb het gevoeld'.

**Marjan heeft, behalve in het contact met haar ouders, veel alleen gestaan. Ze kon als kind nooit meespeelen, was altijd beducht op negatieve aandacht in het openbare leven en zat veel alleen op haar kamertje. Ze kan slecht omgaan met vriendelijkheid: toen onlangs een vrouw in de bus aardig tegen haar was, begon ze te schudden met haar hoofd en schouderaars van het ongemak.**

*We brengen de situatie van nabijheid en vriendelijkheid in de therapieruimte. Ik ga naast haar zitten en we bespreken wat dat bij haar aan gevoelens oproept. Als ze op haar buik op de behandelbank ligt, raak ik haar rustig en aandachtig aan. Ze ervaart het als plezierig, tot haar verbazing vindt ze zelfs het aanraken van haar voeten fijn. Terwijl daar anders niemand aan mag komen. Ze blijkt als daar aandacht voor is best veel te kunnen voelen en verwoorden.*

*Marjan moet zich, ook al is ze al bijna op middelbare leeftijd, nog meer losmaken uit de beschermende aandacht van haar moeder. Zo koopt ze haar kleding samen met moeder en heeft daardoor weinig eigen smaak ontwikkeld. In de loop van de therapie gaat ze meer haar grenzen aangeven tegenover moeder en zich meer passend bij haar leeftijd (jeugdiger) kleden. Ook andere goedbedoelde bemoeienis van moeder weet ze te pareren. Ze voelt nu hoe het haar hindert dat moeder haar loopt op te 'jagen, sturen en duwen' bij het wandelen op vakantie. En geeft daar uiting aan. Vader reageert daar als eerste positief op, later moeder ook.*

*Als ze op de behandelbank op haar rug ligt en ik haar buik aanraak, komt boven dat moeder vindt dat ze te dik is, en haar soms plagend in haar buik prikt. En hoe naar ze dat vindt. De ervaring om zonder oordeel en met zachte aandacht aan haar buik aangeraakt te worden is heel nieuw en goed voor haar. Zo werken we stap voor stap eraan dat ze haar eigen zachtheid kan gaan voelen. Eerst fysiek, daarna ook in haar gevoelens.*

## DOEL, RICHTLIJNEN EN WAARSCHUWINGEN

Torraco (1998) noemt als doel van aanraken in psychotherapie: het tot stand brengen van een veilige hechting. Daarbij leert de cliënt zichzelf te 'bemoederen', en wordt een intiem contact in zijn eigen leven mogelijk, zonder te hoeven klampen of zich terug te trekken. Zij geeft richtlijnen aan voor het aanraken in psychotherapie, waarvan de belangrijkste zijn:

- wees je bewust dat het veranderen van fysiologische herinneringen een langdurig proces is, dat niet onderbroken moet worden;
- er is een volwassen therapeutische relatie nodig;
- weeg het aanraken af tegen andere psychologische interventies;
- er is uitleg en toestemming nodig, keer op keer;
- aanraken is een interventie om de cliënt door een laag van angst heen te helpen. Daarna kan overgegaan worden op andere interventies;
- raak nooit aan om aan kinderlijke wensen tegemoet te komen of 'omdat het goed voelt';
- hoed je voor knuffelen. Daar wil de cliënt in wegkruipen in plaats van dat hij zichzelf en zijn eigen grenzen voelt;
- raak stevig aan met een duidelijk doel;
- praten tijdens en na het aanraken is belangrijk. Daardoor kan het observerende ego de aanraking in perspectief plaatsen.

Zur (2007) ziet aanraken als een psychologische interventie die, net als alle interventies, afgewogen, passend, effectief en ethisch verantwoord moet zijn. Alleen is het bij deze interventie extra belangrijk om *informed consent* – instemming met de behandeling op grond van informatie – te hebben en deze te laten ondertekenen, en om de methode extra zorgvuldig te documenteren in het dossier. Verder vermeldt hij de volgende gegevens:

- Vrouwen reageren positiever op aanraking dan mannen (Hunter en Struve, 1998);
- Als er trauma in de jeugd is geweest, moet de therapeut voorzichtiger zijn met aanraken en het wat later in de therapie plaatsen; aanraken als interventie moet niet vermeden worden, 71% heeft er baat bij. Verbeteringen vinden plaats in de volgende gebieden: vertrouwen in zichzelf en anderen, gevoel van eigen kracht, grenzen stellen, hulp vragen waar nodig (Smith et al., 1998);
- Als er sprake is van paranoïde gevoelens, vijandigheid of agressie, of als de cliënt impliciet of expliciet om aanraking vraagt, moet de therapeut er vanaf zien (Durana, 1998).

Kertay en Reviere (1993) stellen daarnaast expliciet dat de therapeut de cliënt nooit seksueel of anderszins mag

Aanraken is een interventie die de cliënt kan helpen zichzelf en zijn grenzen beter te voelen, maar die ook grensoverschrijdend kan zijn

gebruiken. Hun richtlijn daarvoor is dat de therapeut niet mag aanraken als duidelijk is dat dit zou leiden tot seksuele opwindings, bij de therapeut of cliënt, of als de cliënt overstuur is en aanraken het therapeutisch proces zou stagneren. Dit laatste kan het geval zijn als een troostende aanraking het doorwerken van emoties stopt, terwijl dat op dat moment juist voortgang zou moeten vinden.

De waarschuwing voor het vervullen van behoeftes van de cliënt treffen we bij vrijwel alle auteurs aan. In therapie is het belangrijk dat behoeftes en verlangens voelbaar en bespreekbaar worden, de mogelijke vervulling moet plaats vinden in het eigen leven. Goodman en Teicher (1988) stellen daarbij dat aanraken geïndiceerd is voor mensen met een *gestagneerde ontwikkeling van hun gevoelsleven*, die moeite hebben zichzelf te voelen los van een ander en in verbondenheid met een ander zichzelf te blijven. Deze cliënten hebben het nodig om aangeraakt te worden, om op een pre-verbaal niveau aangesproken te worden, om van daaruit te groeien naar verbale communicatie over voelen. Als contra-indicatie noemen Goodman en Teicher *cliënten in regressie*, omdat de cliënt dan wil terugvallen op iets dat hij vroeger gekend heeft. Dan is behoeftebevrediging aan de orde die leidt tot afhankelijkheid van de therapeut.

Kertay en Reviere (1993) brengen hier nuance in. Zij stellen dat het onderscheid tussen onontwikkelde cliënten en cliënten in regressie niet zo eenvoudig is en roepen op tot verdere uitwerking. Vaak is er een gemengd beeld. Ook hebben sommige cliënten in regressie toch wel profijt van de aanraking en sommige onontwikkelde juist niet. Het belangrijkste is volgens hen dat de therapeut theoretische overwegingen heeft, welke dan ook, en van daaruit handelt. Imes (in: Smith et al., 1997) stelt daarentegen dat de cliënt zelf de belangrijkste bron is voor het antwoord op de vraag of aanraken het therapeutisch proces vooruithelpt.

Het verschil in de reactie op de interventie aanraken tussen onontwikkelde cliënten en cliënten in regressie en alle nuancerings daarin verdienen zeker nader onderzoek. Uit alle literatuur komt wel eenduidig naar voren dat het therapeutisch proces in de richting van ontwikkeling en onafhankelijkheid leidend moet zijn en niet de vervulling van behoeftes. Niet die van de cliënt en zeker niet die van de therapeut!

Ook ik heb met sommige cliënten moeten afzien van verder aanraken. Dat ging dan om onveilig gehechte cliënten met zowel een groot verlangen naar aanraking als een sterke reactie daarop, zoals trillen of schokken. Dit stopte dan pas als ik actief mijn rust en warmte inbracht, zodat ze weer rustiger de deur uit konden gaan. Er ontstond afhankelijkheid, wat tijdelijk als onderdeel van een proces prima is, maar niet voort moet duren. Zij raakten vast in de wens tot vervulling van behoefte en ik in mijn wens om de narigheid te doen stoppen. Ik had dan interventie of supervisie nodig om de koers te kunnen bijstellen. Daarna kon ik met deze cliënten verder gaan met lichaamsgerichte oefeningen zonder aanraking, aandacht voor zichzelf aanraken ('self-touch'; Leijssen, 2006), of met verbale therapie en mindfulness-oefeningen.

Waar vaak de nabijheid van een lichaamsgericht werkend therapeut juist ontwikkeling op gang brengt, kan die soms ook voor stagnatie zorgen. Geregelde evaluatie van een therapie met een behandelplan, evenals interventie, is bij aanraken nog noodzakelijker dan bij andere psychologische interventies (Kertay & Reviere, 1993).

*In de eerste evaluatie vertelt Marjan zich al een stuk ontspanner te voelen, bij zichzelf en in het*

*contact met anderen. Het niet-functioneel en zonder afkeuring aangeraakt worden doet haar erg goed. We besluiten verder te gaan, en nu de stap te zetten om ook haar hoofd aan te raken, eerst met haar pruikje op, en vanaf de volgende keer ook zonder pruikje. Het raakt haar zeer als ik haar gezicht aanraak. En ze wordt heel stil als ik haar hoofd over haar pruikje heen aanraak. Achteraf is ze ook daar heel tevreden over.*

*Het moment dat ze de volgende keer haar pruikje afzet in de behandelkamer is heel ontroerend. Ze zet haar pruik thuis pas af als ze naar bed gaat en toont zich dus erg kwetsbaar. Het voelt fijn om aan haar hoofd aangeraakt te worden, zegt ze, maar heel anders dan haar gezicht of lichaam. Haar hoofd-huid lijkt wat ongevoelig te zijn. Ik vraag haar thuis zelf haar hoofd regelmatig aan te raken, met haar handen, en met een 'prikkel', een hulpmiddel dat de hoofdhuid zacht prikkelt.*

*Vanaf nu zal ik iedere keer haar hoofd meenemen in het aanraken van haar hele lichaam. Zodat het er bij gaat horen. Als vanzelf zet ze iedere keer haar pruikje af, en na het aankleden zorgvuldig weer op.*

**HECHTING** Als het vertrouwen in de therapeutische relatie gegroeid is en de cliënt ervaren heeft dat hij niets hoeft en zichzelf als goed begint te ervaren door de aanraking, kan de stap gezet worden naar relaties in het eigen leven. Om ook die vanuit een veilige hechting te gaan vormgeven en ervaren. Voor een deel gebeurt dat zonder dat veel cognitief werk nodig is: de cliënt ervaart zichzelf als goed en is daardoor ook minder bevreesd voor de ander. Maar vaak zijn in dat tweede deel van de therapie verbale en inzichtgevende interventies naast het aanraken van groot belang. Daarin is meer uitleg mogelijk en leert de cliënt in zijn gevoelsleven te speuren.

*Marjan vertelt me dat ze de eerste drie maanden van haar leven blind was, en hoe het was om veel in ziekenhuizen te hebben moeten liggen in haar jeugd. Ze ziet achteraf hoe ze een armoede ervaren heeft aan prikkels en aan affectiviteit. En vraagt zich af of dat gevolgen heeft voor haar leven nu. Samen concluderen we dat er gevolgen zijn op het gebied van zelfvertrouwen en van hechting. Zo kan ze in het contact met anderen wel waardering voelen, maar geen liefde. Niet van de ander voor haar, maar vooral ook niet van haarzelf voor de ander.*

*We besluiten daar verder aan te werken en ik stuur haar met een paar vragen op pad: 'wie vind ik lief?' en 'van wie word ik*

blij?' Vragen waar ze een paar maanden druk mee zal zijn, omdat die woorden haar weinig zeggen. Ze zal in eerste instantie gaan voelen dat wat de ander dóet haar blij maakt, dat iemand lief is kan ze minder goed voelen. We spreken over een goede vriendin die ze miste bij de crematie van haar broer: 'mensen denken dat ik niks nodig heb' en 'ze zien me niet als mens'. Op de behandelbank laat ik haar dan weer voelen dat ze mens is. Ik raak haar hele lichaam, van top tot teen, met liefdevolle aandacht aan. En ik leg een hand op haar buik en een op haar rug, zodat ze tussen mijn handen haar midden kan ervaren. Ze voelt zich 'slank en groot'. Dit moet ik een paar keer herhalen, als ze zich weer wat leeg voelt in haar buik. Ze straalt dan als ze weggaat, en ik zeg haar dat. Als ze zelf dan in de spiegel kijkt ziet ze het ook. Het is belangrijk voor haar om ook thuis haar lichaam meer te gaan ervaren, om zo ook meer te kunnen voelen. Ze was al bekend met mindfulness, en gaat nu thuis regelmatig de bodyscan doen: op geleide van een stem met aandacht haar hele lichaam door.

Dan gaat ze haar vriendin bellen om een afspraak te maken en ik vraag haar om dan op haar gevoel te letten en dat wellicht ook uit te spreken. Op het werk merken collega's dat ze veranderd is, meer ontspannen. Ze wordt wat vaker aangeraakt: een schouderklopje, een hand op haar arm, en ze vindt dat fijn. Toen haar vriendin kwam, zag ze dat die een lachend gezicht had en voelde ze aan haar eigen gezicht ook blijdschap.

Dit hele precieze lijfelijk voelen en emotioneel benoemen doet haar goed, ze is er nieuwsgierig naar en leert. Ze kan nu goed voelen wanneer ze ontspannen is. Maar om te weten of ze blij is, moet ze soms nog in de spiegel kijken.

#### AFFECTIEF CONTACT MET ZICHZELF EN DE ANDER

Een veilig gehecht mens staat in contact met het eigen gevoelsleven en met dat van de ander. Hij is zowel autonoom, op zichzelf staand, als in relatie. Voor zijn zelfvertrouwen is hij niet afhankelijk van een ander. Hij is in staat liefde te geven en ontvangen. Het kunnen ervaren van eigen gevoelsbewegingen is daar een voorwaarde voor.

*In contacten met anderen is Marjan geneigd de geïnteresseerde luisteraar te zijn. Om gezien te worden, wat ze graag wil, zal ze zich ook moeten laten zien en vaker uit zichzelf wat vertellen.*

*Als een collega is overleden gaat ze, zoals ze dat altijd al gedaan zou hebben, naar de crematie. Maar nu vóelt ze*

## Aanraken kan diep-kinderlijke behoeftes opwekken en daarmee leiden tot ernstige regressie

ook: zwaarte en verdriet. We praten over welke collega's haar na staan, over vriendinnen en hartsvriendinnen. Ze begint onderscheid te maken. Ik maak dat onderscheid in het voelen ook lichamelijk voelbaar: niet iedere plek voelt hetzelfde bij een aanraking. Ze kan steeds preciezer denken, voelen en communiceren over gevoel. En dat helpt haar bij het maken van keuzes.

Marjan heeft naast haar werk veel bestuurswerk gedaan in haar Vereniging van Eigenaren. Dat was haar manier van onder de mensen zijn: werken en daardoor gewaardeerd worden. En anderen waarderen om hun werk. Nu gaat ze andere keuzes maken. Ze neemt afscheid van het bestuurswerk en gaat haar gezelligheid meer zoeken in afspraken met vriendinnen, in een eetclubje. Ze heeft veel plezier in die contacten. Ook komt ze nu toe aan het denken over een mogelijke relatie met een man. Ze gaat haar eigen uiterlijk meer bepalen. Koopt een nieuwe bril, een nieuwe jurk, kleedt zich meer passend bij haar leeftijd. Ze gaat naar een schoonheidsspecialiste. Ze ontmoet een man, en hoewel hij niet direct 'de ware' is, speelt ze wel met de gedachte aan een relatie en voelt ze zich veel meer mens en vrouw.

**AFRONDEN** Juist bij een therapie waarin aanraken en hechting een grote rol spelen is tijdig stoppen belangrijk. Het helpt als de doelen helder voor ogen staan en er

regelmatig geëvalueerd wordt met de cliënt. Zo blijft helder dat therapie een leer- en ontwikkelingsproces is richting onafhankelijkheid en per definitie tijdelijk. Vaak is na een hechtingsproces wel een periode van 'afhechten' nodig. En dan is het, behalve een afscheid, een vreugde voor therapeut en cliënt als die voldoende contact ervaart in zijn eigen leven om met de therapie te kunnen stoppen.

**Het gaat heel goed met Marjan.** Ze heeft een mooi sociaal leven, zegt ze. En neemt daar ook de tijd voor door wat minder perfect haar vakliteratuur bij te houden. Ze blijft aandacht geven aan het voelen van haar lichaam. Ze ziet een grotere vrouw als ze in de spiegel kijkt, en zo komt ze ook over. Ze is psychologisch en in haar fysieke gewaarwording een stuk gegroeid, meer mens en meer vrouw geworden. Ze heeft meer zelfvertrouwen en voelt zich niet meer klein als ze anderen hoort praten. Wat betreft het vinden van een man gaat ze naar eigen zeggen in een slak-kengang, ze denkt erover om bij een wandelclub te gaan. Dit verdere stuk ontwikkeling kan ze zelf, zegt ze en daar ben ik het mee eens.

Ze is blij met de zachtheid die ze in zichzelf heeft gevonden en de bevestiging van het affectief aangeraakt te zijn. Na een periode van een jaar waarin ze achttien keer kwam, sluiten we tevreden af. En geeft ze me haar toestemming voor deze publicatie.

**OVER DE AUTEUR** Drs. Els Plooi is lichaamsgericht werkend psycholoog NIP en heeft een eigen praktijk in Utrecht. E-mail: [elsplooi@gmail.com](mailto:elsplooi@gmail.com). De auteur dankt Gerda van Reenen, MSc, voor haar medewerking bij het zoeken naar relevante literatuur en het Netwerk Psychologen en Pedagogen in de Haptonomie voor het meedenken over de implicaties voor de praktijk.

## Summary

### WHEN TOUCH IS REQUIRED

E. C. PLOOIJ

In addition to interventions directed to the cognition and behaviour of the client, the body-mind psychologist uses body focused interventions to help the client experience who he is and how he relates to others and the world. The client is guided to develop from there on an experiential basis. These interventions have a wide spectrum: from verbal focus attention to the felt body, meditation exercises, movement-oriented exercises and working through past experiences in guided structures, to different ways of therapeutic touching. In 'when touch is required' the author gives a literature survey of touching as a psychological intervention. Indications and contra-indications as well as guidelines are given. The presented case illustrates how and when touch is required in addition to a verbal therapy.

## Literatuur

- Alyn, J. H. (1988). The politics of touch in therapy: A response to Willison and Masson. *Journal of Counseling and Development*, 66, 432-433.
- Dijkhuis, J. J. (2003). Het lichaam in de psychologie: een blik op de toekomst. *Psychologencongres 2003, Bijdrage van de Sectie lichaamsgericht werkende psychologen*. [www.psynip.nl](http://www.psynip.nl)
- Forer, B. R. (1969). The taboo against touching in psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 6(4), 229-231.
- Goodman, M. & Teicher, A. (1988). To touch or not to touch. *Psychotherapy*, 25, 492-500.
- Hunter, M. & Struve, J. (1998). *The Ethical Use of Touch in Psychotherapy*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Kertay, L. & Reviere, S. L. (1993). The use of touch in psychotherapy: Theoretical and ethical considerations. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 30(1), 32-40.
- Leijssen, M. (2006). Validation of the body in psychotherapy. *Journal of humanistic psychology*, 46(2), 126-146.
- Mintz, E. E. (1969). On the rationale of touch in psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 6(4), 232-234.
- Pattison, J. E. (1973). Effects of touch on self-exploration and the therapeutic relationship. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 40, 170-175.
- Phelan, J. E. (2009). Exploring the use of touch in the psychotherapeutic setting: A phenomenological review. *Psychotherapy*, 46(1), 91-111.
- Plooi, E. (2005). *Haptotherapie, praktijk en theorie*. Amsterdam: Harcourt.
- Smith, E. W., Clance, P. R. & Imes, S. (Eds.). (1997). *Touch in psychotherapy: Theory, research, and practice*. New York: Guilford Press.
- Stenzel, C. L. & Rupert, P. A. (2004). Psychologists' use of touch in individual psychotherapy. *Psychotherapy*, 41(3), 332-345.
- Stream, H. S. (1969). Non-verbal intervention in psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 6(4), 235-237.
- Strozier, A. L., Kmzek, C. & Sale, K. (2003). Touch: its use in psychotherapy. *Journal of social work practice*, 17(1), 49-62.
- Veldman, F. (2007). *Levenslust en Levenskunst*. Blaricum: Van der Veer Media.
- Wilson, J. M. (1982). The value of touch in psychotherapy. *American Journal of Orthopsychiatry*, 52(1), 65-72.
- Zur, O. (2007). Touch in therapy and the standard of care in psychotherapy and counseling. *United States Association of Body Psychotherapists Journal*, 6(2), 61-93.



*kwaliteit in leren • persoonlijke aanpak  
kleine groepen • mooie omgeving  
ontmoeting • verdieping en inspiratie*

## Apanta-academy: nét even anders

Opleidingen & nascholing in persoonsgerichte, psychodynamische en systemische therapie

- **Clëntgerichte Psychotherapie (VCGP)**  
Basisopleiding: start in januari 2015  
Voortgezette Opleiding: start in september 2015
- **Emotion Focused Therapy (EFT) for individuals**  
door Robert Elliot of Jeanne Watson  
EFT level II : 6 en 7 maart, 24 en 25 april, 5 en 6 juni 2015  
EFT level III : voorjaar 2015  
EFT level I: start najaar 2015
- **EFT Masterclasses**  
Jaarlijks EFT masterclasses, bijvoorbeeld voor depressie, angst en complex trauma. Voor 2014 helaas volgeboekt.
- **Basisopleiding SysteemTherapie**  
Verdieping: start 16 januari 2015  
Inleiding: start in september 2015

Informatie, compleet aanbod en aanmelding:  
[www.apanta-academy.nl](http://www.apanta-academy.nl)

Voor alle scholing wordt accreditatie aangevraagd



## Masterclass Lichaamswijsheid

Een geoefend oog kan de taal van het lichaam doeltreffend gebruiken in de begeleiding. Door te letten op houding, beweging, gebaren en ademhaling kunnen wij onze cliënten op een dieper niveau verstaan en aansluitende interventies geven.

De wijsheid van het lichaam ervaren en toepassen leer je in de 6-daagse geaccrediteerde masterclass Lichaamswijsheid Herkennen en Toepassen van Annet van Laar.

**Introductieworkshop:** 24 november 2014 van 19.30 - 22.00 uur

**Start Masterclass:** 6 februari 2015 van 09.30 - 17.00 uur

**Locatie:** Centrum Zijnsoriëntatie, Utrechtseweg 133 in Zeist

Voor meer informatie:

[www.zijn.nu](http://www.zijn.nu) 030-2621487 [centrum@zijn.nu](mailto:centrum@zijn.nu)



CENTRUM  
Zijnsoriëntatie  
jezelf en de wereld tot bloei brengen

B E D A N K T I N T R A M E D



"Dankzij Intramed loopt onze praktijk als een trein".

**Intramed praktijksoftware, compleet gebruiksgemak voor de GGZ**

**Speciaal voor de 1<sup>e</sup> lijns GGZ (Generalistische basis GGZ):**

- Codeboek en aanlevering aan de LVE is geïntegreerd
- Jaarlijkse gegevens export voor LVE
- DSM IV criteria makkelijk in te voeren via meerkeuzelijsten
- Eigen bijdrage wordt automatisch verrekend en via nota's gedeclareerd, desgewenst via Famed
- Mogelijkheid telefonisch consult te factureren

**Speciaal voor de 2<sup>e</sup> lijns GGZ (Specialistische GGZ):**

- DBC registratie (directe en indirecte reistijd, beslisboom)
- Aanlevering mogelijk aan DIS-portal
- De diagnosecode in de declaratiegegevens kan gemaskeerd worden
- DSM IV criteria met primaire en secundaire diagnoses en GAF-scores op as 1 t/m 5

**Intramed PLUS biedt u meer mogelijkheden**  
(LET OP, dit betreft een extra module)

- Aanvullende richtlijn eerstelijnspsychologie en psychotherapie en bijbehorende meetinstrumenten
- Onbepakt ROM-data aanleveren aan Stichting Benchmark GGZ (SBG) (1<sup>e</sup> en 2<sup>e</sup> lijns)
- Geen extra kosten per aanlevering ROM-data of voor meetinstrumenten
- Online inschrijving en afsprakenbeheer cliënt
- Online vragenlijsten afnemen (ook eigen vragenlijsten)

Kortom, met Intramed (PLUS) heeft u één complete oplossing! U heeft geen extra pakket nodig om ROM-data aan te leveren.

**intramed**  
De praktijk gaat erop vooruit

Noordkade 94 - 2741 GA  
Waddinxveen  
T 0182 62 11 07  
F 0182 62 11 99  
[info@intramed.nl](mailto:info@intramed.nl)



Al bijna 20.000 gebruikers werken dagelijks met de Intramed software

Op de website treft u tevens uitgebreide productinformatie voor uw praktijk:

[www.intramed.nl/ggz](http://www.intramed.nl/ggz)