

Ontmoeting als wezenlijk aspect van acupunctuurbehandeling

Een behandeling bestaat niet alleen uit techniek

In een serie van vier artikelen belicht Koos van Kooten een aspect van de acupunctuurbehandeling dat doorgaans maar weinig aandacht krijgt: de ontmoeting.

Als de ontmoeting al aandacht krijgt dan is het meestal in de vorm van zogeheten gespreksvaardigheden. Deze staan dan ten dienste van het diagnostisch proces en eventueel ten dienste van het overtuigen van de patiënt van wat er goed voor hem of haar is. Ik wil kijken op welke manieren de ontmoeting daar bovendien een bijdrage levert. Het zal blijken dat deze bijdrage zowel kwantitatief als kwalitatief van wezenlijk belang is. In dit eerste artikel bekijk ik een aantal redenen die het aannemelijk maken dat de ontmoeting van wezenlijk belang is. In het tweede tot en met vierde artikel onderzoek ik vervolgens wat er allemaal bijdraagt aan een succesvolle ontmoeting, welke moeilijkheden je kunt tegenkomen en wellicht ook kunt overwinnen.

Een goede acupunctuurbehandeling

Wat maakt een acupunctuurbehandeling een goede acupunctuurbehandeling? Het meest voor de hand liggende antwoord is: een behandeling die op de juiste manier gebaseerd is op een juiste diagnose en op een logisch uit die diagnose voortvloeiend behandelplan. Onze leerboeken, onze opleidingen en onze nascholingen vertellen ons over het belang hiervan. En terecht. Zonder te weten waar je bent, zonder kaart en

zonder kompas zal elke reis een dwaaltocht worden. Het beheersen van het diagnostische proces en de vertaling daarvan in een correcte acupunctuurbehandeling zijn dus belangrijk. Het gevaar is nu dat je zo overtuigd raakt van het belang daarvan dat je blind raakt voor al die andere aspecten die een rol spelen bij een succesvolle acupunctuurbehandeling (of welke andere behandeling dan ook).

Het 'placebo-effect'

In een eerder artikel (te lezen op <http://www.benshen.nl/artikelen/hvl-ongrijpbareingredient.php>) heb ik een overzicht gegeven van een groot aantal niet-specifieke invloeden op het effect van een behandeling. Doorgaans worden deze gerangschikt onder de term 'placebo-effect'. Anders dan je misschien zou denken zijn de meeste daarvan niet verbonden met de persoon van de patiënt maar met de persoon van de behandelaar of met de interactie tussen behandelaar en patiënt. De belangrijkste twee: de overtuiging van de behandelaar en het enthousiasme van de behandelaar. Op drie: tijd, aandacht en 'bed-side-manners'. Dan volgen de boodschap over de behandeling, duidelijkheid over diagnose en prognose, de vorm van de behandeling,

informatieverstrekking en culturele factoren. Het is natuurlijk lastig om te bepalen welk percentage van een behandelings-effect door welk aspect wordt veroorzaakt. Naar schatting 60% van het effect van een behandeling wordt door de specifieke factoren bepaald.

Die goede acupunctuurdiagnose en de juiste uitvoering van de bijbehorende behandeling maken dus maximaal 40 procent van het effect uit. Dat alleen al is voor mij voldoende reden om ook aandacht te besteden aan de overige 60 procent. Hoe zien die er uit? Hoe kan ik mijn bijdrage optimaliseren? Hoe zien die er uit? Hoe kan ik mijn bijdrage optimaliseren?

Vier kwadranten

Voor een zinvolle indeling van de volledige 100 procent roep ik nu even de hulp in van Ken Wilber, een Amerikaans filosoof. Alle fenomenen zijn volgens hem in te delen in ofwel enkelvoud ofwel meervoud en alle fenomenen zijn ofwel objectief ofwel subjectief. Door enkelvoud/meervoud en objectief/subjectief te combineren krijg je vier kwadranten: objectief enkelvoud, subjectief enkelvoud, objectief meervoud en subjectief meervoud. (zie tabel)

- Voorbeelden van objectief enkelvoud zijn: anatomie, fysiologie, farmacologie en waarschijnlijk ook de meer subtiele vormen van energie zoals in het meridiaansysteem en chakra's te vinden zijn. Objectief enkelvoud kun je ook 'HET' noemen. Het is het gebied van wat we meestal als 'wetenschap' beschouwen – ook al zullen velen de meer subtiele uitingsvormen van energie ten onrechte niet als 'objectief' beschouwen.
- Voorbeelden van subjectief enkelvoud zijn: ervaringen (van heel fysiek via emotioneel tot

heel subtiel of zelfs causaal of non-duaal). Subjectief enkelvoud kun je ook 'IK' noemen.

Dit is het gebied waar zich innerlijke ontwikkeling (zowel psychologisch als 'spiritueel') afspeelt.

- Voorbeelden van objectief meervoud zijn: systemen, van eenvoudig tot complex (ecologisch, sociaal-maatschappelijk, economisch). Objectief meervoud kun je ook 'HET-ten / HET (meervoud)' noemen. Het is het gebied van de systeemtheorie, waarin 'alles met alles verbonden is' en ook de mens onderdeel is van het grotere objectieve geheel is.
- Voorbeelden van subjectief meervoud zijn: culturele overtuigingen (een groot 'wij') en datgene wat er in een ontmoeting tussen verschillende individuen bestaat of ontstaat als gemeenschappelijke waarheid (een klein 'wij'). Subjectief meervoud kun je dus 'WIJ' noemen. Postmoderne filosofen benadrukken het subjectieve karakter van 'waarheid': mijn waarheid is niet jouw waarheid, jouw waarheid is niet dé waarheid, waarheid is niet waardevrij.

uitsluitend bezighoudt met het 'HET'-niveau, oftewel het objectief enkelvoud. Daarmee is het een reductie van de werkelijkheid.

Dit is misschien niet zo leuk om te horen, want wij beschouwen acupunctuur doorgaans als 'holistisch', alomvattend.

Onze diagnose zou dan een objectieve weergave vormen van dé werkelijkheid waarin alles betrokken is. Deze opvatting is niet vol te houden. Als er nog drie andere kwadranten bestaan is een goede acupunctuurdiagnose niet ineens waardeloos, hij is alleen niet zo absoluut en alomvattend als we zouden denken vanuit onze gebruikelijke manier van kijken.

Niet in het luchtledige

Je zou kunnen tegenwerpen dat een goede acupunctuurbehandeling, via een goede acupunctuurdiagnose en een acupunctuurbehandelingsplan gewoon altijd werkt. Ik betwijfel of dit zo is. Een acupuncturist en zijn patiënt bevinden zich namelijk niet op een luchtledige, betekenisloze en tijdloze, uitsluitend objectieve plek. Ze bevinden zich (in het geval van mij en mijn patiënt) in het tweede decennium van de eenentwintigste eeuw, in Nederland, meer specifiek in een middelgrote stad met een grote populatie van studenten en afgestudeerden, waar de woon-

	subjectief	objectief
enkelvoud	'IK' – de beleving, de individuele betekenis	'HET' – het fysieke (inclusief subtielere energieën)
meervoud	'WIJ' – de gedeelde betekenis	'HET (meervoud)' – systemen

Reductie van de werkelijkheid

Het is niet moeilijk te zien dat het idee dat een goede acupunctuurbehandeling bestaat uit een goede diagnose, behandelplan en behandeling zich

in milieumomstandigheden voor de meeste mensen gunstig zijn, de meeste mensen een redelijk inkomen hebben, verzekerd zijn voor ziektekosten. Tot nu toe allemaal 'objectief meervoud'. Ook hangen hier weinig mensen

fundamentalistisch een geloof aan, hebben vrouwen een redelijk gelijkwaardige positie ten opzichte van mannen, worden allerlei niet-traditionele relaties en gezinsvormen op zijn minst getolereerd en is het bijvoorbeeld steeds meer geaccepteerd om yoga, mindfulness of meditatie als 'normaal' te beschouwen (dit is subjectief meervoud, cultuur). De patiënt die bij mij komt heeft mijn praktijk meestal uitgezocht omdat iemand die hij (of zij) kent goede ervaringen heeft met acupunctuur, en hij heeft al het één en ander gelezen over mijn manier van werken.

Iets daarin sprak hem of haar aan, omdat het resoneert met hoe hij zijn eigen leven ervaart (subjectief enkelvoud).

Tijdens contact via mail of telefoon, en daarna bij een intakegesprek hebben

wij gesmeed aan een band. We hebben overeenstemming bereikt: wij geven acupunctuur een kans om bij te dragen aan de doelen die voor de patiënt belangrijk zijn. In de sessies die er in de weken na dat eerste contact plaatsvinden schaven we verder aan onze gezamenlijke werkelijkheid (subjectief meervoud). Er gaan dingen verschuiven in de beleving van de patiënt (diens subjectief enkelvoud). Misschien verandert ook mijn beleving van de patiënt of zelfs van mijzelf (mijn subjectief enkelvoud). Dat alles kan overigens ook gepaard gaan met veranderingen in de objectieve, fysieke werkelijkheid van de patiënt. Alle kwadranten hangen samen, maar ze zijn niet identiek.

Het 'werkt' beslist niet altijd

Je zou kunnen tegenwerpen dat dit allemaal niet uitmaakt. Echt niet? Een enkele keer raakt iemand met

een streng christelijke achtergrond verzeild bij mij in de praktijk. Ik spreek die taal wel (ben wat dat betreft enigszins erfelijk belast), maar tot een overeenstemming en tot behandeling komt het nooit. Het water is te diep en het lukt niet om een brug te bouwen. Ook lukt het mij doorgaans niet om mensen te behandelen waarbij de partner eist om aanwezig te mogen zijn bij de behandeling (en de patiënt meegaat in die eis).

Iemand die ziekte beschouwt als iets wat je overkomt en de behandelaar als iemand die je een behandeling toedient waarna

Postmoderne filosofen benadrukken het subjectieve karakter van 'waarheid': mijn waarheid is niet jouw waarheid, jouw waarheid is niet dé waarheid, waarheid is niet waardevrij.

ook de genezing je overkomt wordt bij mij in de praktijk maar zelden 'beter'. Dit zijn maar enkele voorbeelden van een slechte combinatie behandelaar/ patiënt.

Als ik iemand anders zou zijn, in een andere setting van tijd, plaats en cultuur en mijn patiënt zou ook iemand anders zijn in die andere setting zou het misschien wel lukken tot overeenstemming te komen. En misschien zou in die setting de diagnose van die andere 'ik' bij die andere patiënt zelfs wel overeenstemmen met de diagnose van mijn 'echte ik' bij mijn 'echte patiënt'. Wie zal het zeggen? Het is niet uitgesloten dat een acupunctuurdiagnose in allerlei situaties van toepassing is. Ik ontken het belang van deze diagnose niet! Hij is echter niet het enige dat van belang is, en niet het enige dat bijdraagt aan een succesvolle behandeling.

Aanwezigheid in ontmoeting

In de komende serie artikelen wil ik me vooral op het 'WIJ'-kwadrant richten. Wat is het belang van de ontmoeting? Het zal blijken dat de kwaliteit van de interactie in dat kwadrant sterk bevorderd kan worden door als behandelaar ook het eigen 'IK'-kwadrant te onderzoeken. De kwaliteit van de aanwezigheid van mij als behandelaar kan daarmee sterk toenemen. En wanneer de patiënt zelf in het 'IK'-kwadrant een ontwikkeling doormaakt kan deze ontmoeting, inclusief acupunctuurbehandeling, een extra grote bijdrage aan de gezondheid van de patiënt leveren. Acupunctuur maakt onderdeel uit van die ontmoeting, maar is er uitdrukkelijk slechts één onderdeel van.

Ik zie dagelijks hoe mijn aanwezigheid en de interactie met mijn patiënten verschil maken. Ik ervaar consulten waarin mijn aanwezigheid en de interactie vrijwel moeiteloos een positieve bijdrage leveren aan genezing. Die consulten zijn gelukkig na twintig jaar werkervaring in de meerderheid. Er zijn ook consulten waarin mijn aanwezigheid en de interactie géén positieve bijdrage leveren of zelfs een negatief effect hebben. Die consulten zijn gelukkig zeldzaam. En er zijn consulten waar het erom spant. Drie categorieën interacties. Aan elk van deze categorieën zal ik een artikel wijden. Het volgende artikel zal zijn gewijd aan situaties waarin de interactie moeiteloos lijkt te gaan. Hoe kan dat?

Zo vanzelfsprekend is dat immers niet! 🔄

Ontmoeting als wezenlijk aspect van acupunctuurbehandeling deel 2

Een behandeling bestaat niet alleen uit techniek

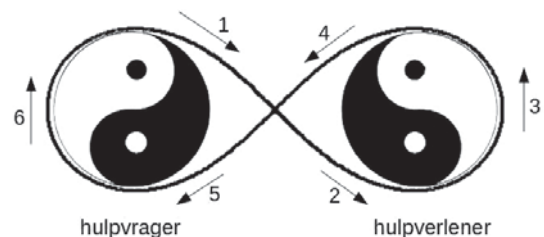
In het eerste artikel kwam het belang van deze ontmoeting voor het effect van de behandeling aan de orde. Ook besprak ik het feit dat de werkelijkheid waarmee wij tijdens een therapeutische ontmoeting te maken hebben, meer aspecten bezit dan alleen het *objectieve enkelvoud* van de fysieke of energetische werkelijkheid. Ook de persoonlijke, culturele en maatschappelijke aspecten van de werkelijkheid zijn van groot belang. In dit tweede artikel bespreek ik een model voor de interactie tussen hulpvrager en hulpverlener en kijk ik verder naar de subjectieve aspecten binnen deze interactie.

Interactie

In de komende artikelen maak ik gebruik van een model voor de interactie tussen - in dit geval - hulpvrager en hulpverlener dat weergegeven wordt in de volgende figuur. Deze heb ik zelf ontwikkeld en ben ik tot nu toe nergens anders tegengekomen. Hierin zijn een lemniscaat of oneindig-teken en twee *tai-ji's* of *yin-yang-tekens* gecombineerd. De nummers staan voor de verschillende stappen in de interactie.

1. De hulpvrager stuurt een boodschap naar de hulpverlener
2. De hulpverlener ontvangt de boodschap
3. De hulpverlener verwerkt de boodschap

4. De hulpverlener stuurt een boodschap naar de hulpvrager
 5. De hulpvrager ontvangt de boodschap
 6. De hulpvrager verwerkt de boodschap
- Hierna terug naar 1, enzovoorts.



Aan dit model is een aantal dingen te zien die belangrijk zijn voor een goed begrip van de interactie. Het is irrelevant waar zich welk nummer bevindt, omdat nauwelijks vast te stellen valt wanneer interactie begint. Zo kan de website van de behandelaar, diens stem op het antwoordapparaat of de inrichting van de wachtkamer ervoor zorgen dat de interactie begint bij 4. En is de boodschap van de hulpvrager bij 1 doorgaans al het effect van een intern proces, waardoor je kunt zeggen dat de interactie begint bij 6.

Het *yin-yang*-teken is belangrijk, omdat het duidelijk maakt dat er een ontvangend (*yin*) aspect is bij beide deelnemers, maar ook een zendend of gevend (*yang*) aspect.

Het yin-yang-teken laat ook zien dat er een verborgen (yin) deel is bij beiden, maar ook een zichtbaar (yang) deel. Daarbij is er nog het onderscheid tussen wat de deelnemers niet van zichzelf weten (de schaduw) en wat zij niet van de ander weten (het geheim). Van de schaduw kan het overigens zijn dat de ander deze wel ziet. Zo kan onzekerheid waarvan de hulpverlener zich bij zichzelf niet bewust is, wel duidelijk zijn voor de hulpvrager of omgekeerd. Verder is het belangrijk om te zien dat er twee yin-yang-tekens staan. Als het goed is, staan hulpvrager en hulpverlener (zeker deze!) op eigen benen. In deel 3 van deze serie artikelen zullen we zien dat dit lang niet altijd het geval is en in deel 4 hoe om te beginnen de hulpverlener en vervolgens als het goed is ook de hulpvrager deze zelfstandigheid kunnen ontwikkelen.

Het schema zegt niets over de inhoud van de interactie. Hierover straks meer.

Het schema zegt ook niets over de snelheid van de interactie. Het kan zijn dat de interactie heel snel gaat of heel langzaam of alles daar tussenin en dit kan verschillen voor verschillende aspecten van de interactie.

Het schema zegt ook niets over of de interactie goed is. Om dat te bepalen zou je moeten kijken wat je onder een goede interactie verstaat. Wat mij betreft kun je dat pas bepalen als je weet in welke richting de ontwikkeling van met name de hulpvrager gaat. Als je dat in dit schema wilt vatten, zul je minimaal moeten kijken naar punt 6; Wat verandert er in de verwerking door de hulpvrager? en punt 1; Wat

verandert er in de boodschap van de hulpvrager? Eén aspect dat ik wenselijk vind, heb ik hierboven al benoemd: behoud of bevordering van de innerlijke zelfstandigheid van de hulpvrager.

Uitwisseling van informatie

Diagnose - receptmodel

Laten we eens kijken wat er op de verschillende punten in de interactie gebeurt. Eerst beperk ik me tot een typisch hulpverleningscontact, zoals dat waarschijnlijk herkenbaar is voor iedereen die welke vorm van (para-)medisch of alternatief hulpverlenerschap heeft aangeleerd gekregen, het diagnose-receptmodel. De nummers verwijzen naar de figuur.

Er komt een hulpvrager bij een hulpverlener:

- De hulpvrager zegt wat er aan scheelt (1).
- De hulpverlener hoort dit aan (2) en genereert op basis van kennis en ervaring een aantal hypothesen (3).
- De hulpverlener vraagt alles wat zij (of hij) nodig vindt om de hypothesen te toetsen en te verfijnen (4).
- De patiënt hoort deze vraag (5). Deze stap wordt vaak niet benoemd, maar het zal duidelijk zijn dat dit essentieel is.
- De patiënt verwerkt de vraag (6). Ook een zelden benoemde stap.
- De hulpvrager geeft antwoord op de vragen (1).

- Als de hulpverlener genoeg gevraagd (4) en de hulpvrager genoeg geantwoord (1) heeft - met alle tussenstapjes - gaat de hulpverlener over tot het nadere onderzoek (4). Zij voelt (als acupuncturist) bijvoorbeeld de pols, kijkt naar de tong, palpeert de buik of het verloop van de meridianen.
- Dan stelt de hulpverlener haar diagnose (5).
- Al dan niet na uitleg (6) en - na tussenstapjes! - toestemming (1) gaat zij aan de slag met de behandeling (4).
- Dan gaat de hulpvrager naar huis.
- De volgende keer herhaalt dit proces zich. Mogelijk wordt deze interactie nog uitgebreid met leefstijladvies (4).

In het diagnose-receptmodel dient de uitwisseling van informatie om vast te stellen welke diagnose er gesteld moet worden, om ervoor te zorgen dat de hulpvrager instemt met de bijbehorende behandeling en eventueel om te bereiken dat de hulpvrager doet wat de hulpverlener goed voor hem vindt. Ook als u vindt dat u niet zo werkt: zo bent u opgeleid en zo zijn veel boeken, artikelen en nascholingen georganiseerd. 'Doctor knows best', maar heeft daarvoor natuurlijk wel alle gevraagde informatie nodig van de patiënt.

Gecompliceerder

Er zijn veel redenen om aan te nemen dat de echte interactie gecompliceerder is. De eerste reden is vorige keer al aan de orde geweest: de werkelijkheid is veelzijdiger dan het kwadrant met objectief enkelvoud, de fysieke werkelijkheid van de

patiënt ('het'). Er bestaan ook een belevingswerkelijkheid van de patiënt (subjectief enkelvoud, 'ik') en een gedeelde werkelijkheid in cultuur of ontmoeting ('wij'), nog even afgezien van de meer omvattende werkelijkheid van de wereld waar de patiënt deel van uitmaakt ('het-meervoud'). Een goed opgeleide hulpverlener die voldoende thuis is in haar vakgebied en oog heeft voor de gehele mens, zal aan deze aspecten in haar onderzoek/ anamnese overigens, idealiter, wel aandacht besteden en deze zo nodig betrekken in haar diagnose of behandelplan.

Ik heb een probleem

De tweede reden betreft de communicatie. Elke interactie bevat grote hoeveelheden informatie die niet over *de inhoud* gaan, maar wel degelijk belangrijk zijn. De technische term is *betrokkingsniveau*. Tijdens een gesprek tussen hulpverlener en hulpvrager kan het zo zijn dat er van beide kanten vragen of mededelingen verstuurd worden, meestal onbewust: "Ik vind jou leuk, vind jij mij leuk?" "Neem je mij wel serieus?" "Ik heb geen idee waar je het over hebt." "Wie is er hier eigenlijk de baas?" "Ik ben vooral wanhopig." "Daar gaan we weer..." "Ben je wel tevreden over mij?" "Doe ik wel genoeg mijn best?" "Ben je te vertrouwen?" "Is de tijd nu bijna om?"

"Wanneer kunnen we eindelijk gaan prikken?"
"Mag ik dit wel vragen of zeggen?"
"Heb jij / ik wel genoeg ervaring?"
"Jij gaat mij gelukkig maken."

Zolang er een positieve klik is, dat wil zeggen dat er op betrekkningsniveau 'likes' worden verstuurd, kan dat enorm bijdragen aan het behandelresultaat.

De boodschap is dan, als we het diagnose-receptmodel aanhouden: "Ik heb een probleem. Ik vertrouw erop dat jij me daarbij kunt helpen."


En "Jij hebt een probleem. Ik vertrouw erop dat ik jou zal kunnen helpen". Een positieve wisselwerking is het gevolg.

Als het lastig wordt, dat wil zeggen dat er, vaak na aanvankelijke positieve wisselwerking, sprake is van twijfels, wantrouwen, ergernis en/of teleurstelling, kan de interactie - de *lemniscaat + yin-yang* - veranderen in een niet-heilzame wisselwerking of escalatie. Dit zal het onderwerp zijn van het volgende, derde artikel.

Ontmoeting

Vrijwel iedereen herinnert zich uit zijn werk ontmoetingen die niet anders dan betekenisvol genoemd kunnen worden. Ineens ontstaat er iets dat je *ontmoeting* kunt noemen. Waar er in het diagnose-receptmodel, maar ook in al dan niet positieve wisselwerking, altijd sprake blijft van een mate van objectiviteit, de hulpverlener beoordeelt gegevens die hem bereiken, gebeurt er in een ontmoeting iets anders: beiden

Cadeautjes van genade

ervaren dat ze worden opgetild. Zelf herinner ik mij vanuit het begin van mijn praktische opleiding tot arts een man die zei, dat hij nog altijd inzat over een misstap uit het begin van zijn leven. Zonder nadenken legde ik een hand op zijn knie en zei: "Maar dat is toch allang vergeven!" Daarna was het stil. Zonder woorden was duidelijk dat er iets bijzonders was gebeurd. Later kwam ik de man nog een aantal keren tegen, waarbij hij mij liet weten dat hij 'gedurig' aan mij moest denken, omdat er echt iets gebeurd was toen ik mijn hand op zijn knie had gelegd. Hoe bijzonder en - in mijn geval - richtinggevend deze en dergelijke ontmoetingen ook zijn, zeker in het begin van je loopbaan zijn ze cadeautjes van genade die je ten deel vallen zonder dat je er iets voor hebt *gedaan*. Als je deze kwaliteit van ontmoeting bewust wilt bevorderen (niet forceren!), zul je een leerweg moeten gaan. Alleen dan kun je leren om op zo'n manier aanwezig te zijn, dat deze extra kwaliteit in elk geval van jouw kant beschikbaar is, onafhankelijk van de klik die je voelt met iemand anders. Over deze leerweg gaat het vierde en laatste artikel in deze serie. 

Ontmoeting als wezenlijk aspect van acupunctuurbehandeling deel 3

De ontmoeting in de praktijk

U leest het derde deel in de artikelenreeks over het belang van ontmoeting binnen een acupunctuurbehandeling. In deel één kwam het belang van andere factoren dan het *objectief enkelvoud* aan de orde, met de nadruk op de subjectieve kanten van de therapeutische ontmoeting. In deel twee presenteerde ik een model voor de communicatie binnen een hulpverleningscontact. Ook maakte ik duidelijk dat er in de informatie-uitwisseling tussen hulpverlener en hulpvrager meer informatie wordt uitgewisseld dan alleen de inhoudelijke informatie over klacht, diagnose en therapie. In dit artikel bouw ik hierop voort.

Waardering

Een factor die vrijwel altijd een rol speelt, maar zelden herkend – laat staan erkend – wordt, is de behoefte aan waardering en erkenning bij de hulpverlener. Deze wordt vaak pas zichtbaar als die waardering uitblijft of uit lijkt te blijven. Ik illustreer dit met een voorbeeld uit mijn eigen praktijk.

Casus

'Wies' komt enkele jaren na het begin van mijn werk als acupuncturist bij mij op het spreekuur. Zij voelt zich

moe, lusteloos, weet niet meer waar ze het allemaal voor doet. Ze werkt als pastor. In de paar behandelingen die volgen, verandert er niet heel veel aan hoe zij zich voelt. Voor zover ik het zie, is de acupunctuurbehandeling adequaat genoeg en ik probeer haar ook te stimuleren om aandacht te geven aan haar eigen belevingswereld. Dat idee spreekt haar wel aan, maar ze doet er weinig mee. Zij voelt zich aanhoudend lusteloos en laat mij dat ook duidelijk weten.

Dan vertelt ze dat ze bij een uitvoering van de Matthäus-Passion is geweest en dat deze haar heeft geraakt. Ik veer op: beweging! Ik vraag haar of ze hier wat meer over wil vertellen en ik zeg haar dat juist door aandacht te geven aan wat je raakt, je de weg terug kunt vinden naar levenslust. Zij antwoordt dat dit misschien voor anderen geldt, maar niet voor haar. Nu kom ik echt goed op gang: ik ga proberen haar te overtuigen. Ik vertel onder andere over mijn eigen moeder die, rond haar vijftigste, ontdekte hoe haar vermoeidheid samenhangt met (oorlogs-)ervaringen uit haar jeugd en hoe zij langzaam maar zeker haar vitaliteit heeft teruggevonden, door hierover te schilderen en te vertellen.

Inmiddels ben ik 'Wies' helemaal kwijt. Mijn argumenten zijn niet aan haar besteed, we kunnen maar het beste gaan prikken. De keer daarop geeft ze aan te willen stoppen. Het heeft geen zin allemaal en dan was ik ook nog uitgebreid over mijn eigen moeder gaan vertellen, daar zat ze al helemaal niet op te wachten.

Wat liep hier spaak?

Dit is duidelijk een heel ander scenario dan wanneer er wederzijds 'likes' worden uitgewisseld. Het liep behoorlijk uit de hand en de verantwoordelijkheid daarvoor lag beslist bij mij. Het is niet heel moeilijk om te zien hoe dit in dit contact kon gebeuren. Ik had zelf een moeder die tot haar vijftigste, dus mijn hele jeugd, vermoeid en lusteloos was door haar oorlogstrauma. Noch zijzelf, noch ik wist dit en ondertussen kreeg ik als kind wel de boodschap mee, dat ik vooral rekening met haar moest houden en niet te veel aandacht moest vragen. Dat kon ik heel goed. Ook kon ik heel goed vergeten hoe ik mij daar zelf bij voelde. En als ik maar goed genoeg mijn best deed, zou het me misschien wél lukken om toch nog aandacht te krijgen.

In mijn werk lukte het mij meestal om aandacht en waardering van en contact met patiënten te krijgen en vaak werden zij ook vrij snel weer vitaler. Maar niet deze mevrouw. Ik hield het al een aantal consulten vol en toen leek het alsof er een lichtpuntje was, dat meteen daarna weer verdween.

Dit was te veel voor mijn doorgaans zo netjes weggestopte, gekwetste, behoeftige kind. Dit mocht niet

gebeuren! En dat verklaart waarom ik deed wat ik deed.

Behoeftig kind

Ben ik hierin uniek? Nee, iedere hulpverlener heeft, naast zijn vakinhoudelijke en hopelijk

Wat doe je, als waardering uitblijft?

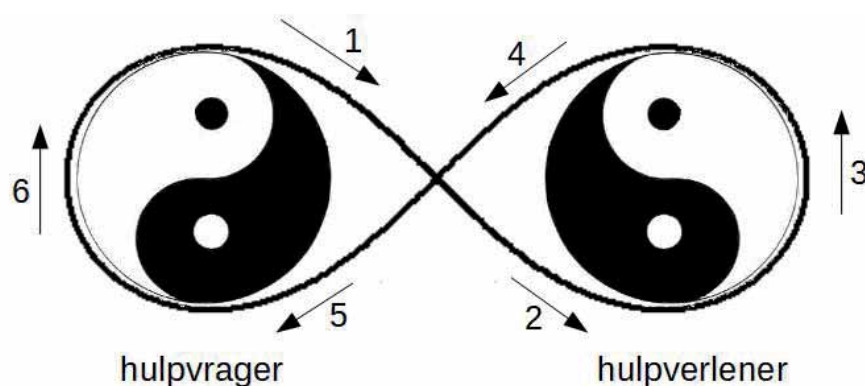
communicatieve kwaliteiten (het volwassen deel) een deel wat je *het behoeftige kind* kunt noemen, de één waarschijnlijk wat meer dan de ander. Dat is niet erg, maar het is wel lastig. Het betekent dat dit behoeftige kind in de interactie altijd meekijkt.

Als hulpverlener krijg je meestal veel positieve aandacht: je bent nodig, je deelt in de successen, mensen vertrouwen je hun zielenroerselen toe, ze vertellen over jou aan anderen, ze doen wat je hen adviseert en worden daar beter van. Misschien 'liken' ze je zelfs op Facebook. Dat is fijn en er is niets mis mee, maar er is een belangrijke keerzijde. Het behoeftige kind zal het namelijk niet accepteren als deze aandacht uitblijft of wegvalt. Dan gaat het

luidkeels protesteren. Natuurlijk doet het dat niet zoals een kind (tenzij het extreem geraakt wordt), het gebruikt daarvoor de middelen die het heeft ontwikkeld. In mijn geval probeerde ik de patiënte te overtuigen door mijn eigen moeder op te voeren. Ik ging ironisch genoeg 'preken' tegen de dominee.

Anderen gaan nog harder hun best doen, worden kortaf, gaan de patiënt vertellen wat er allemaal beter moet met diens inzet voor de behandeling, zeggen: dan ga je maar weg als het je hier niet zint. Dit kun je samenvatten als: de hulpverlener vertrekt deels uit het contact. Het is heel waarschijnlijk dat de patiënt dit merkt en daar pijnlijk door geraakt wordt. Ga maar na, zojuist had zij nog een aandachtige, ijverige, betrouwbare hulpverlener tegenover zich en nu zit daar ineens een mokkend, boos kind (al uit zich dat misschien op een andere manier).

Met de *yin-yang-lemniscaat* (zie figuur) kun je deze verandering als volgt verklaren: Vóór het pijnlijk geraakt worden van de hulpverlener is de situatie: de patiënt ervaart een behoefte (6), vraagt hulp (1), de hulpverlener (met in zich het behoeftige kind) ontvangt deze vraag (2) en is hier opgetogen over (3), geeft aandacht, tijd,



deskundigheid aan de patiënt (4 + 5), de patiënt voelt zich begrepen, gesteund (6) en laat dit blijken door betaling, aandacht en door zijn best te doen en beter te worden (1). Fijn voor allebei.

Maar dan! De patiënt is niet (meer) blij, wordt niet beter, klaagt alleen maar, wordt eisend of is wellicht zelfs terecht ontevreden over iets wat de hulpverlener heeft gedaan (1). Ineens ontvangt (het kind in) de hulpverlener geen beloning meer (2). Hij voelt iets heel naars: afwijzing (3) en gaat in de tegenaanval (4), zoals boven beschreven. De patiënt wordt

Iedere hulpverlener draagt een behoeftig kind in zich

nu op haar beurt met afwijzing geconfronteerd (5, 6). Vaak gaat deze interactie nog wel een tijdje door, soms tot in de vorm van een escalatie, totdat er een 'oplossing' wordt gevonden.

Oplossingen

Er zijn verschillende soorten oplossingen. De meest gebruikelijke is om in elk geval korte tijd te doen alsof er niets gebeurd is. Beide partners sluiten zich deels af voor het contact, beperken zich bijvoorbeeld tot een meer feitelijke, zakelijke opstelling in het contact. Terug naar het diagnose-receptmodel, als het ware. De onderliggende boodschap hierbij is: wat we hier hebben aangeraakt kunnen we maar beter vergeten, dan hebben we er ook geen last

meer van. Als de patiënt stevig genoeg is, zal deze toch vaak na korte tijd de behandeling afbreken, zoals ook 'Wies' in mijn voorbeeld. Als de patiënt heel behoeftig is en de hulpverlener de schuld voor het gebeurde succesvol bij de patiënt heeft gelegd, kan het ook zijn dat beiden nog heel lang bij elkaar blijven. De angst om afscheid te nemen, is dan te groot.

Ontwikkeling van innerlijke zelfstandigheid

In het vorige artikel gaf ik aan dat het schema niets zegt over de ontwikkeling die er in het contact kan plaatsvinden. Volgens mij is het belangrijk dat de patiënt binnen het contact de gelegenheid heeft om zich te ontwikkelen tot meer innerlijke zelfstandigheid. Daarvoor is het belangrijk dat in elk geval de hulpverlener die innerlijke zelfstandigheid al voldoende heeft ontwikkeld.

Het zal duidelijk zijn dat in de geschetste interactie de innerlijke zelfstandigheid bij mij te wensen overliet. Ik kon niet omgaan met de afwijzing, mijn behoeftige kind had de patiënte nodig voor mijn dosis erkenning. De enige duurzame oplossing is dan ook een radicale: zorgen dat ik op eigen benen kan staan, *inclusief* het behoeftige deel. Dat betekent: herkennen (check!), erkennen (check!) en vervolgens accepteren (een beter woord is: omarmen) van dit behoeftige deel. Als ik dat doe, zal ik nog wel voelen dat het behoeftige kind in mij geraakt wordt, maar ik heb de patiënt niet meer nodig om dat

Aanvaard je eigen nood en herken daardoor de nood van je patiënt

gevoel weg te nemen door beter te worden, dankbaar te zijn enz. Sterker nog, dat gevoel hoeft niet meer weg, het kan er zijn en ik ben er ook.

In plaats van mijn hart af te sluiten, innerlijk te vertrekken en in de overlevingsstand te gaan, kan ik mijn hart juist meer openen. Als ik mijn eigen nood kan aanvaarden, opent dat de weg voor het herkennen van de nood van de ander.

Er spelen uiteraard nog andere aspecten een rol in de interactie, dan enkel de beschreven behoefte aan aandacht bij de hulpverlener. Het kan zijn dat de communicatieve vaardigheden tekortschieten, dat de gesproken 'taal' te verschillend is of dat andere projecties en schaduwaspecten bij hulpverlener en/of patiënt als ongewenste gasten aanschuiven in het gesprek. Het is ook beslist niet gezegd dat, als de hulpverlener goed op eigen benen staat, de patiënt altijd de wenselijke ontwikkeling naar meer innerlijke zelfstandigheid zal doormaken. Deze andere aspecten laat ik in dit artikel buiten beschouwing.

Het proces dat nodig is om als hulpverlener *innerlijk zelfstandig* te worden, wat dit betekent voor de ontmoeting en wat dit kan betekenen voor de patiënt, beschrijf ik in het vierde en laatste artikel. 🔄

Ontmoeting als wezenlijk aspect van acupunctuurbehandeling

deel 4

Slotartikel van de serie 'de ontmoeting'

U leest het vierde en laatste artikel in een serie over het belang van ontmoeting binnen een acupunctuurbehandeling. In het eerste deel kwam het belang van andere factoren dan het 'objectief enkelvoud' aan de orde, met de nadruk op de subjectieve kanten van de therapeutische ontmoeting. In het tweede deel presenteerde ik een model voor de communicatie binnen een hulpverleningscontact. Ook maakte ik duidelijk dat er in de informatie-uitwisseling tussen hulpverlener en hulpvrager meer informatie wordt uitgewisseld dan alleen de inhoudelijke informatie over klacht, diagnose en therapie. In het derde artikel beschreef ik hoe een ontmoeting uit de hand kan lopen als de hulpverlener niet weet om te gaan met zijn eigen behoeften.

Twee buitengewone toestanden

Aan het eind van het tweede artikel gaf ik een voorbeeld van hoe je, soms ineens, als behandelaar en patiënt, kunt worden uitgetild boven het alledaagse. Het betrof hier een ontmoeting met een man die zich heel open uitsprak over een levensvraag. Ik kon daar op een, ook voor mijzelf, verrassende manier op reageren. De uitwisseling veranderde op dat moment in een betekenisvolle ontmoeting. In het derde artikel beschreef ik hoe je in een

uitwisseling ook kunt afzakken tot een bedenkelijk niveau. Ik gaf het voorbeeld van een dominee die mij sterk aan mijn moeder deed denken en (net als mijn moeder in de tijd dat ik zelf jong was) niet geloofde dat ze haar vitaliteit kon terugvinden. Ik ging proberen haar te overtuigen, maar was niet meer met haar (of met het volwassen deel van mezelf) in contact.

Bij allebei deze voorbeelden werd ik uit mijn gewone toestand gehaald. In het eerste voorbeeld steeg ik daar bovenuit, in het tweede voorbeeld schoot ik in een overlevingsstrategie. Het zal duidelijk zijn dat de eerste situatie wenselijker is dan de tweede. Het gemeenschappelijke punt in beide is echter: het gebeurde mij, zonder dat ik er iets over te zeggen had. Dat betekent dat het, afhankelijk van de omstandigheden, elk moment opnieuw kan gebeuren.

Het feit dat beide voorbeelden situaties betreffen waarin de ontmoeting de vorm van een gesprek had, betekent overigens niet dat dergelijke situaties niet optreden tijdens andere interacties. Ook tijdens een acupunctuurbehandeling kun je als behandelaar boven jezelf uitstijgen of tot een bedenkelijk niveau afdalen. Ook stiltes kunnen een heel verschillende kwaliteit hebben.

Ontwikkelen van innerlijke zelfstandigheid

Kan ik de kans zo klein mogelijk maken dat ik naar een bedenkelijk niveau afdaal, als ik pijnlijk geraakt word? Kan ik óók boven mezelf uitstijgen als ik pijnlijk geraakt word? In het vorige artikel schreef ik: 'De enige duurzame oplossing is dan ook een radicale:

zorgen dat ik op eigen benen kan staan, inclusief het behoeftige deel. (...) In plaats van mijn hart af te sluiten, innerlijk te vertrekken en in de overlevingsstand te gaan, kan ik mijn hart juist meer openen. Als ik mijn eigen nood kan aanvaarden, opent dat de weg voor het herkennen van de nood van de ander.'

De eigen nood aanvaarden, zodat ik de nood van een ander kan aanvaarden, hoe moet dat? Innerlijke zelfstandigheid om vrij te kunnen staan in het contact met de ander, mooi gezegd en een heel nobel streven, maar waar leer je dat?

Ik vermoed dat hiervoor geen recept is. Mijn indruk is dat sommige therapeuten zich deze innerlijke zelfstandigheid in de loop van (vele) jaren eigen maken. Mijn indruk is ook dat velen dat niet doen. Dat betekent niet dat zij een slechte hulpverlener zijn. Het betekent wel dat er een relatief grote 'no-go-area' is: thema's of gedragingen die buiten het bewustzijn vallen. Om in een interactie optimaal aanwezig te zijn en te blijven, is het nodig om de aandacht te richten op wat ik in het eerste artikel heb beschreven als het kwadrant met het subjectief enkelvoud. In gewone mensentaal: jouw eigen innerlijke ontwikkeling. Het gaat daarbij om

het ontwikkelen van bewustzijn op een aantal gebieden. Ook is het nodig om een aantal innerlijke kwaliteiten te ontwikkelen. Bewustzijn en innerlijke kwaliteiten samen kunnen dan leiden tot een grotere innerlijke vrijheid in de omgang met wat er van buitenaf en van binnenuit op je afkomt.

Kan ik óók boven mezelf uitstijgen als ik pijnlijk geraakt word?

Wat voel ik in mijn lijf?

Wat gebeurt er in mijn lijf? Hoe zit ik erbij? Hoe is mijn adembeweging? Waar zit spanning, waar ontspanning? Het beantwoorden van dit soort vragen (er zijn er veel meer) is alleen mogelijk als je geleerd hebt om je lijf te voelen. Dat is, ook onder hulpverleners, niet vanzelfsprekend! Methodes hiervoor zijn er vele: onder acupuncturisten zijn qi-gong en yoga veelgebruikte routes naar meer lichaamsbewustzijn. Andere methodes zijn de body-scan uit de mindfulness, haptonomie, Alexandertechniek en allerlei vormen van lichaamswerk.

Welke emoties voel ik?

Ben ik bang, boos, blij of bedroefd? Welke andere, subtielere emoties voel ik? Hoewel emoties er altijd wel zijn, is het niet vanzelfsprekend om ze waar te nemen, te benoemen of te accepteren. Ook hulpverleners zijn zich vaak niet bewust van hun eigen emoties of alleen van sommige emoties (bijvoorbeeld wel van verdriet, maar niet van angst en boosheid). Ik herinner me dat ik zelf de oefening meekreeg

om dagelijks vijf minuten stil te staan bij de emoties die ik voelde: ik had géén idee! Dat is gelukkig erg lang geleden, maar was wel na een volledige geneeskunde- en acupunctuuropleiding. Methodes om hier bewust van te worden liggen voornamelijk in de psychotherapeutische hoek. Het lijkt erg belangrijk om emoties gespiegeld te krijgen om er bewustzijn over te ontwikkelen: 'Je lijkt verdrietig, herken je dat?' of 'Als zoiets mij zou overkomen, zou ik geloof ik heel boos worden...'

Ook combinaties van lichaamswerk en emotionele expressie kunnen hier heel zinvol zijn.

Wat wil ik?

Wat vind ik belangrijk voor mezelf? Wat wil ik? Het ontwikkelen van de eigen wil en het daarvoor uit kunnen komen, zijn belangrijk om duidelijk aanwezig te kunnen zijn. Als je geen eigen wil ontwikkeld hebt, zul je ofwel slaafs protocollen volgen ofwel slaafs de route volgen die de patiënt voor je uitstippelt, en die sluit doorgaans aan bij het patroon dat bijdraagt aan ziekte en onwel bevinden.

Leer met pijn omgaan door het op te zoeken.

Er zijn verschillende niveaus van willen. 'Wat wil ik op brood?' is anders dan 'Wat vind ik belangrijk in mijn relatie/mijn werk?' Om de eigen wil te ontdekken, is het ontdekt hebben van boosheid als emotie nodig, maar daarnaast is het

Het is nodig om waarachtig Ik te kunnen zeggen om het mysterie van het Jij in zijn hele waarheid te kennen

- Martin Buber

belangrijk om de energie daarvan constructief te kunnen richten op iets. Therapie of het volgen van begeleiding in persoonlijke effectiviteit kunnen hierbij helpen, al bestaat het risico dat deze stoppen bij: 'Wat ik wil, daar ga ik voor zorgen en dat laat ik me niet afpakken.' Voor innerlijke autonomie is de volgende stap nodig.

Wat doet er pijn?

De volgende vraag is een cruciale. Niemand wordt enthousiast bij het vooruitzicht stil te moeten staan bij pijn. 'Wat doet er pijn?' is een vraag die het Hart betreft en zowel

emoties als de meeste vormen van wilskracht zijn geen uitingen van het Hart. Sterker nog, ze kunnen uitstekend worden ingezet om de aandacht bij pijn weg te houden. Daarmee zijn ze niet slecht, en ze moeten beslist herkend, erkend en geaccepteerd worden, maar vervolgens zijn er wezenlijker vragen. Er moet hier een paradoxale opdracht worden vervuld: kiezen voor het voelen van iets, dat je het liefst niet zou voelen! Hierbij zijn kwaliteiten van het Hart nodig: met name mededogen en moed. Een hulpverlener die deze stap niet zelf heeft gezet, kan onmogelijk anderen begeleiden in vragen rond

innerlijke wonden. Om als hulpverlener zelf vrijheid te ontwikkelen rond je eigen pijn, is therapie of supervisie gericht op innerlijke ontwikkeling onmisbaar. Je hebt iemand nodig die voldoende mededogen en moed heeft om je te durven vragen: 'Wat doet er pijn?' en je vervolgens te begeleiden bij wat je tegenkomt. Niet alleen de pijn, maar ook de manieren om deze niet te voelen, de overlevingsmechanismen, verdienen het om met mededogen

en moed tegemoet te worden getreden. Niets hoeft te veranderen, behalve je innerlijke


houding ten opzichte van je eigen pijn en je eigen levensgeschiedenis. Het is onvermijdelijk dat je dit pas doet in de loop van je leven en daarmee vaak pas in de loop van je loopbaan als hulpverlener.

Wat overstijgt mij?

Als je tot hier bent gekomen, heb je ongeveer het maximale bereikt dat je in persoonlijke ontwikkeling kunt bereiken. En dan is er nog transpersoonlijke ontwikkeling... Wat overstijgt jouw persoonlijke leven of bestaan? Wat inspireert jou? Waar kom je vandaan en waar ga je naartoe? Over dit niveau wil ik hier alleen aangeven dat relatief

veel alternatief therapeuten zich tot dit niveau sterk aangetrokken voelen en er vaak ook relatief makkelijk toegang toe hebben. De uitdaging lijkt in dat geval te zijn om de ontdekte prepersoonlijke (driften en behoeften) en persoonlijke delen van jezelf te laten beschijnen vanuit het transpersoonlijke. Integreren en transformeren, niet ontstijgen!

Ik en Jij

Uiteindelijk gaat het niet om jou persoonlijk, maar om verbinding: met de ander (je medemens) en met de Ander (God?). Die verbinding kan alleen een verbinding zijn als je zelf iemand bent geworden, 'Ik' kunt zeggen en daarmee ook 'Jij' kunt gaan zeggen. Paradoxaal genoeg kun je pas een relatie aangaan als je op eigen benen kunt staan en de wens/eis tot symbiose met een ander ('Jij zult mij geen pijn doen, bij jou ben ik veilig') opgeeft. Je aanwezigheid wordt daarmee toenemend onvoorwaardelijk. Daarmee wordt jouw aanwezigheid een uitnodiging tot aanwezigheid voor de ander. Of die ander zich veilig genoeg zal voelen om die uitnodiging aan te nemen, dat is niet aan jou... Als dat wel gebeurt en je hebt voldoende therapeutische vaardigheden ontwikkeld, kan je begeleiding, inclusief acupunctuurbehandeling, een wereld van verschil maken. 

Pas als je 'Ik' kunt zeggen, kun je ook 'Jij' zeggen