



**MEDEDELINGENBLAD**  
 van de  
**NEDERLANDSE WERKGEMEENSCHAP**  
 voor  
**INDIVIDUAL PSYCHOLOGIE**

---

*26<sup>e</sup> jaargang nr. 3 Maart 1977*

Redactie : G.H. van Asperen, Ede  
 L.M.C. Richard-Stuurman, 's Gravenhage

Redactie-  
 secretaresse : mw. H.M. de Boer,  
 Cruquiusdijk 95, Vijfhuizen N.H.  
 tel. 023 - 339060 - toestel 2177

Verkorte inhoud van de voordracht door mw. H. Boon-Schilling gehouden op 22 januari j.l. te Amsterdam.

### *ZIEK ZIJN ALS LEVENSTIJL*

Gedachten naar aanleiding van een onderzoek naar het verschijnsel hysterische conversie.

Misschien heeft u wel eens iemand ontmoet of gekend, bij wie u zich afvroeg, of zijn/haar ziekte of kwaal soms een bepaalde functie vervulde, dat de ziekte diende om een probleem te camoufleren. Ik heb dit probleem wel eens aan een huisarts voorgelegd, maar deze vond altijd dat de medische behandeling altijd moest dóórgaan, ook al gaf hij als zijn mening te kennen dat er waarschijnlijk niets aan de hand was, met als toevoeging "het zal wel hysterisch zijn".

Toen ik op de Valeriuskliniek werkte kwam ik dit type patiënten weer tegen. Vrouwen, maar ook mannen, die waren opgenomen voor een onderzoek met het oog op een eventuele W.A.O.-uitkering.

Ik was intussen ingewijd in de diagnostische methoden, die in dergelijke instellingen worden gebruikt en had leren werken met testbatterijen. Daartoe behoort ook een grote vragenlijst, die dient om te bepalen in hoeverre iemand één of andere psychiatrische stoornis vertoont. Het is een in Amerika in de jaren '40 ontworpen test (de

MMPI). Er zijn tien schalen met namen uit de klassieke psychiatrie. Mensen die, als de genoemde patiënten, lijden aan allerlei onduidelijke kwalen en pijnen, blijken dikwijls een hoge "score" (pieken) te hebben op twee schalen, nl. de eerste en de derde schaal. Op de overige schalen "scoren" zij "normaal". In de psychiatrie noem je zo'n testresultaat een "hysterisch conversie-profiel". Dit zou kenmerkend zijn voor mensen, die door hun karakter telkens in moeilijkheden komen met hun gevoelsrelaties met andere mensen, deze niet op een gelukkige manier kunnen oplossen, maar afreageren met lichamelijke klachten zonder dat zij organisch iets mankeren. Als deze lichamelijke reactie chronisch wordt en zó hinderlijk dat er dokters aan te pas komen, spreekt men van "somatisering" of "conversie".

Om aan een Universiteit te kunnen afstuderen, moet je een wetenschappelijk onderzoekje doen en daarover een scriptie maken.

Ik besloot mijn scriptie te maken over "conversie-hysterie". Ik heb toen uit het archief van de V.K. de dossiers gelicht van 40 mannen en 40 vrouwen, die op de bewuste test (de MMPI) hetzelfde profiel hadden opgeleverd, die medisch onderzocht waren, zonder dat een lichamelijke afwijking of ziekte was gevonden.

Naast dit onderzoekje, heb ik me verdiept in de bestaande literatuur over zgn. hysterische conversie. Dat was een ware ontdekkingsreis, waarin de schrijvers het over hetzelfde verschijnsel hebben, hoewel zij tot zeer verschillende conclusies leidden.

Ik noem een vijftal verschillende benaderingen:

1. de psycho-analytische van Freud en zijn volgelingen;
2. een medische (Guze e.a. sinds 1962);
3. een sociaal-psychologische (Saasz, Scheff na 1960);
4. een stijl-benadering (Shapiro 1967);
5. een typologische (neurologische) benadering (Eysenck e.a.).

Sinds Freud en Breuer hun "Studien Über Hysterie" publiceerden (1922), hebben psycho-analytisi Freuds theorie verder ontwikkeld. Zij schrijven het ziek-zijn zonder lichamelijke oorzaak bij het zgn. hysterische type toe aan een ontwikkelingsstoornis van het Ego. De storing moet zijn ontstaan in de kleuterleeftijd, in de zgn. oedipale fase. Volgens de freudianen ligt de oorzaak van de storing vooral in het milieu.

Een groep Amerikaanse artsen (Guze e.a.) beschouwt conversie-hysterie wel degelijk als een ziekte, als een typische vrouwenziekte.

Zij stellen vast, dat deze ziekte erfelijk moet zijn van moeder op dochter.

Lijnrecht daartegenover staat de opvatting van Thomas Szasz. Hij beschouwt conversie-hysterie als een vorm van communicatie, waarbij de persoon in kwestie ziektesymptomen als lichaamstaal gebruikt. Volgens Szasz is ziek-zijn en pijn-hebben een vorm van communicatie in bedekte termen. Ziek-zijn is volgens Szasz een soort spelgedrag, dat vooral in intieme relaties wordt toegepast. De "zieke" maakt daarbij gebruik van de spelregels, die in onze samenleving gelden, nl. dat iemand die ziek is, recht heeft op hulp. Maar het doel van dit spel is: de ander dwingen. In feite wordt de partner bedrogen, maar die laat zich dan ook bedriegen.

In de communicatietheorie heet dat een complementaire relatie. De moeilijkheid is, zegt Szasz, dat de omgeving ingaat op de ziekte terwijl het in wezen gaat om een levensprobleem.

Szasz heeft geen goed woord over voor de zgn. zieke, die in feite een bedrieger is en zijn/haar verantwoordelijkheid ontloopt. Maar Th. Scheff, Amerikaans socioloog, wijst de samenleving en de medische praktijk als hoofd-schuldigen aan. De arts handelt volgens zijn medische code, dus gaat hij in op elke klacht.

Dergelijke kritiek op de medische praktijk hoor je de laatste jaren méér, o.a. van Iwan Illich, die het medische bedrijf verwijt de mensen steeds zieker te maken ("Het medische bedrijf; een bedreiging van de gezondheid?" 1974).

David Shapiro stelt, dat er verschillende stijlen van van neurotisch gedrag te onderscheiden zijn. Zo is er ook een hysterische stijl. Mensen die lijden aan zgn. hysterische conversie zijn gekenmerkt door een typische manier van op de werkelijkheid ingaan. Dat gebeurt globaal; zij ontvangen totaal-indrukken, stemmingsbeelden, maar geen of weinig details.

Zij zijn geneigd tot romantiseren en idealiseren.

Volgens Shapiro moet aan zo'n stijl van reageren een angeboren organisatie van de ervaringen ten grondslag liggen. Shapiro spreekt over keuze van een neurotische stijl. Hij haalt Adler aan, maar verwierpt Adlers opvatting, dat de mens zo'n keuze maakt door zijn creatieve vermogen. Volgens Shapiro ligt die keuze gepredisponeerd in de organische (lichamelijke) toerusting van het individu. Hoewel via een geheel andere benadering komt Eysenck met een opvatting,

die wel bij die van Shapiro aansluit. Eysenck, Brits psycholoog, behavioristisch georiënteerd (gedrag, leren), stelt dat mensen die aan hysterische conversie lijden, overwegend tot een bepaald persoonlijkheidstype behoren, met name tot het extraverte type (hij gebruikt de oorspronkelijke typologie van Jung).

De aanleg is in Eysenck's theorie heel belangrijk, deze ligt in de werking van het centrale zenuwstelsel (neurologische constitutie); deze zou door erfelijkheid bepaald zijn.

Als je deze vijf benaderingen, hoezeer verschillend, overziet, kom je wel tot een samenhangend beeld van de mens, die wat men noemt functioneel ziek is, d.w.z. die lijdt aan ziekten of kwalen, die géén vindbare lichamelijke oorzaak hebben, maar die schijnen te dienen in het levensplan van de persoon, vermoedelijk om aan emotioneel té moeilijke opgaven te ontkomen.

Ik zou willen stellen, dat die persoon ziek-zijn als levensstijl heeft gekozen.

Dit gaat wel ten koste van het opgeven van veel creatieve levensmogelijkheden.

Als een kind met déze aanleg opgroeit in een onduidelijk, emotioneel gestoord gezin, zal het in verwarring raken, vooral op de leeftijd dat het sociale rollen moet leren onderscheiden (de kleuterleeftijd). Het komt slecht toegerust in het leven te staan, in zijn/haar gevoel van onmacht gaat het "arrangementen" toepassen, die geschikt lijken om van de beleefde min-situatie in een plus-situatie te komen.

Als het "arrangement" hulpeloos-zijn, afhankelijk-zijn effect heeft, doordat de anderen erop ingaan wordt dit geleerd als een soort gewoonte, die zichzelf bestendigt door het voordeel dat deze gewoonte oplevert. Eenmaal tot levensstijl geworden, is het moeilijk de rol van zieke op te geven, des te moeilijker naarmate de omgeving deze rol als legitiem aanvaardt.

Toch zou ik willen stellen, dat een kind dat niet al te zeer emotioneel gestoord is, ziek-zijn niet als levensstijl zal kiezen, zolang er nog andere mogelijkheden zijn om zichzelf te handhaven en te verwerklijken.

Zoals gezegd, had ik 40 mannen en 40 vrouwen van 20 jaar en ouder bijeen gezocht. Hun klachten dateerden in de meeste gevallen van jaren her, er was vergeefs van alles aan gedaan. Van allen wordt vermeld, dat zij geen inzicht hebben in de psychische achtergrond van

hun klachten, persoonlijke problematiek ontkennen en weinig of niet gemotiveerd zijn voor psychotherapie.

De vrouwen zijn gemiddeld jonger dan de mannen.

Van beide groepen ligt de gemiddelde IQ boven het Nederlandse bevolkingsgemiddelde, maar de mannen zijn gemiddeld intelligenter dan de vrouwen.

Als je kijkt naar de diagnose van artsen en psychologen, valt op dat bij de vrouwen méér dan bij de mannen de term "hysterisch" wordt gebruikt. Voorzichtig zou ik willen opperen, dat mannen zich langer verzetten tegen ziekte-als-levensstijl, dat zij vermoedelijk in onze samenleving méér mogelijkheden hebben dan vrouwen om zich op andere wijzen te handhaven, maar dat dikwijls een als ondraaglijk beleefde werksituatie hen doet capituleren. Ook is het mogelijk dat in onze samenleving ziek-zijn voor vrouwen meer geaccepteerd wordt dan voor mannen.

Als je kijkt naar de inhoud van de vragenlijst, waarop de patiënten een hoog puntental (score) behaalden, is er een sterke overeenkomst tussen mannen en vrouwen. De bewuste uitspraken hebben betrekking op twee aspecten van de persoon.

1. Zijn/haar beleving van lichamelijk onwel zijn, geuit in algemene en dikwijls onduidelijke lichamelijke klachten.
2. De neiging om te ontkennen, dat de persoon het leven moeilijk en beangstigend vindt.

Een levensstijl kiezen doe je niet zómaar, ook al ben je nog maar een kleuter. Ik zelf kan die kleutersituatie het beste begrijpen uit mijn eigen ervaring. Als kleuter van 4/5 jaar was ik een "sandwich-kind". Toen ik 5 jaar was, moesten de neusamandelen eruit. Ik herinner me, dat ziek-zijn een prettige ervaring was. De verleiding om een ziekelijk kind te worden, moet voor mij toen wel groot geweest zijn. Maar toen ik zes was, en op school kwam, ging er een nieuwe wereld voor mij open. Ik werd geleidelijk minder vaak ziek. Hoewel ik nóg wel de neiging heb, om somatisch te reageren op psychische spanning, ben ik altijd te nieuwsgierig (leergierig) geweest om ziek te worden.

De vraag waarop mijn verhaal uitloopt, is: wat kun je doen om mensen, die ziek-zijn als levensstijl hebben, te helpen. Want zij voelen zich niet gelukkig en vragen om hulp.

Voor mij staat vast, dat door medisch ingrijpen (door onderzoek en/of behandeling) deze levensstijl alleen maar bestendig kan worden.

Moet je de artsen dan verhinderen om op iemands klachten in te gaan? Je zit hier met het probleem van de medische wetenschap. Szasz wijst erop, dat sinds de tijd van Freud, Adler e.a. de rollen van arts en psychiater gescheiden zijn.

Ik zou het voorlopig al ideaal vinden, als er meer samenwerking komt tussen artsen en psychologen. Dan kan in een vroeger stadium ingegaan worden op de persoonlijke kanten van de patiënt, die wellicht in de knel zitten. Hij/zij zou allicht nog kunnen leren om zijn/haar emoties op andere wijze te uiten.

Rest de vraag, of je aan de basis van de levensgeschiedenis iets kunt doen om te voorkómen, dat een kind een passieve, afhankelijke levensstijl ontwikkelt. Dus in het gezin van de kleuter. Als het waar is, dat deze aanleg aanwezig is bij de ouders, zullen die zelf een onduidelijke, romantiserende kijk op de werkelijkheid hebben. Van het gezin kun je dan weinig verwachten. En de onderwijzers op school? Zou een onderwijzer(es), als hij/zij de aanleg bij een individueel kind onderkent, kunnen bijdragen aan een soort extra-opvoeding van dit kind?

Ik vat het onderwerp van deze middag samen. Uit mijn onderzoek in de literatuur en met de patiënten van de Valeriuskliniek, heb ik alle redenen om aan te nemen, dat er mensen zijn, die op grond van hun aanleg en hun ervaringen, de strijd om een actieve, opbouwende plaats in de samenleving opgeven en wegschuilen in ziekte en lijden. Wat voor henzelf betekent, dat zij hun bestaan beperken tot het kleine wereldje van zieke of invalide. Voor de samenleving betekent het een belasting aan werk en geld, waaraan niemand plezier beleeft. Je zou natuurlijk méér onderzoek moeten doen naar de factoren die hierbij een rol spelen. De vraag is dan: kun je met de verworven kennis in de huidige samenlevingscultuur invloed uitoefenen op diegenen die geneigd zijn, ziek-zijn als levensstijl te keizen? En zo ja, hoe???

#### LITERATUUR:

- |                |  |
|----------------|--|
| Th.S. Szasz    | The Myth of Mental Illness.<br>Paladin Book 1972.        |
| Ned.vertaling: | Mens erger je niet. E. Berne.                            |
| Th.J. Scheff   | De psychisch gestoorde en zijn milieu.<br>Spectrum 1969. |

Verkorte inhoud van de voordracht waarmee de heer W. van Bart de discussie inleidde op 26 februari 1977 te Amsterdam:

VOORORDELEN T.A.V. PSYCHIATRISCHE PATIËNTEN EN EX-PATIËNTEN EN DE RECHTSPOSITIE VAN DE PATIËNT IN DE INRICHTING.

Wat is het doel van de stichting Pandorra en welke wegen worden hiertoe bewandeld? In het kort komt dit hierop neer: Pandorra streeft naar een betere rechtspositie van de psychiatrische patiënt en hoopt dit te bereiken door middel van voorlichting. Velen van ons kunnen waarschijnlijk de poster met de tekst wel: "Ooit een normaal mens gezien? En hoe beviel 't?", die door Pandorra uitgebracht werd.

De rechtspositie van de psychiatrische patiënt wordt beschreven in de Krankzinnigenwet van 1884, hierin worden de R.M. en vrijwillige opnames geregeld. De psychiatrische patiënt zelf heeft hierbij geen inspraak. Veel patiënten zitten in een inrichting omdat hun omgeving dit wenst. Al gedurende zes jaar voert Pandorra een actie om dit te wijzigen. Er is nu een nieuw wetsvoorstel ingebracht waarbij het gaat om de volgende punten:

1. Hoe wordt men opgenomen.
2. Hoe komt men er weer uit.

Echter de rechten van de patiënt tijdens de opname worden niet genoemd. Dwangmaatregelen, zoals de dwangbuis en het spanlaken, treft men ook thans nog aan in vele inrichtingen in ons land. Ook voor chronisch opgenomen patiënten zouden regels opgesteld moeten worden.

Is de huidige opname-procedure wel terecht? Wie bepaalt wie normaal is? Het disfunctioneren van één persoon zegt iets over die persoon en zijn omgeving. Om de oorzaak op te kunnen lossen zou men de omgeving moeten veranderen. Via allerlei experimenten is men hiermee bezig; b.v. met partner-relatie en gezinstherapieën. Dit is de nieuwe benaderingswijze die lijnrecht staat tegenover de oude, compleet met shocktherapieën, enz.

Betreffende de shocktherapie en de toepassing hiervan ontstaat een discussie, wanneer één van de toehoorders stelt, dat de ouders of verzorgers van een patiënt toch toestemming moeten geven voor een dergelijke behandeling. In de praktijk blijkt dit echter niet altijd zo te gaan. Bovendien: "de dokter is de expert, hij weet het, en als hij het zegt, zal het wel zo zijn". De macht van de arts is groot.

Met de opname ontstaat er ook al een verwijdering tussen de patiënt en zijn vroegere omgeving. Er gebeurt veel in een psychiatrische inrichting waar de buitenwereld geen weet van heeft, hoewel de scheiding inrichting = buitenwereld de laatste 10 jaar wel minder groot is geworden.

Hoe staat het nu met de rechten van de patiënt na opname.

Een vrijwillige opname kan zomaar door de directeur van een inrichting omgezet worden in een opname met rechtelijke machtiging, zonder dat hij de patiënt met zijn rechten behoeft bekend te maken.

Er ontstaat nu een discussie betreffende de verantwoordelijkheid en door wie deze wordt gedragen. Tegenwoordig, aldus één der toehoorders, wordt er toch vaak in teams gewerkt. De heer van Bart stelt echter dat zolang de eindverantwoordelijkheid bij de directeur rust, iedere teambeslissing een farce is.

Het gesprek komt nu op de leemten die bestaan in de poliklinisch - psychiatrische hulp. Ook hier wordt te veel medicamenteus behandeld. Het gaat hierbij echter ook niet aan om de psychiaters als de grote schuldigen aan te wijzen. Zij, evenals de neurologen, zijn overbelast, er is te weinig mankracht. De spreker pleit voor zgn. "probleemwinkels" in de stad, deze zouden ook preventief kunnen werken. Hier zouden tevens leken kunnen werken, we hebben tenslotte ook onze eigen kracht. Uiteindelijk is dit hele probleem ons aller probleem, het probleem van de huidige samenleving. Waar draait tegenwoordig het hele leven om, aldus de heer Bart, "cariëre maken!" Lukt dit niet, dan komen de moeilijkheden, moeilijkheden die kunnen resulteren in een opname in een psychiatrisch ziekenhuis.

Tenslotte vertelt de heer Bart nog in het kort wat Pandorra doet: Pandorra heeft in Amsterdam een kantoor met vier vaste medewerkers en verder vrijwillige medewerkers die verspreid zijn over het hele land, waaronder een aantal ex-psychiatrische patiënten. Wanneer men informatie wil op het gebied van de psychiatrische hulpverlening, kan Pandorra deze verstrekken. Pandorra verleent deze hulp niet zelf, zij verwijst door naar hulpverlenende instanties, die bij de Stichting bekend zijn.

Mevrouw Richard sluit deze voordracht annex discussie af met een korte samenvatting van het geheel en stelt nog eens expliciet, dat men vooral: "ons zijn" niet moet verwarren met "ons gedrag". Zij illustreerde deze stelling met een citaat van onze vorige voorzitter de heer van Asperen, die ooit op de volgende vraag van een patiënt: "Vindt u me gek" antwoordde: "Neen, u bent niet gek, u doet gek".



We zijn zoals we zijn en kunnen dit vaak moeilijk hanteren.  
 Een brug van de I.P. naar Pandorra is misschien het feitdat de I.P. de mens ziet als een geheel, dat zichzelf een doel (fictief) stelt. Wanneer dit doel niet gericht is op het saamhorigheidsgevoel is alle behandeling hopeloos.

## ADLER IN LINDAU

Buiten schijnt een milde mei-zon (1976) over het schilderachtige eiland-stadje Lindau im Bodensee, maar het groepje van ongeveer 10 mensen, dat 3 uur per dag in een zaaltje van het "Alte Rathaus" bijeenzit, mist dat niet. Ze zijn geboeid, een week lang, te beleven, hoe onder leiding van een ervaren Adleriaanse therapeute, Lucy Ackerknecht, groepstherapie wordt uitgevoerd.

Een aantal van hun worden in een warme sfeer van "Gemeinschaftsgefühl" opgevangen en door dieper zelfkennis en scholing blijvend geholpen ten bate van zichzelf en anderen.

Op zeer indringende wijze worden de 7 oudste levensherinneringen nagegaan. Ook later, teruggekeerd in het eigen werk, blijkt tot hoeveel diepgaander inzicht dit zeer nauwkeurige analyseren leidt.

Twee mensen:-cliënt en therapeut- doen dan samen het mooie werk iemand gezonder, en daardoor gelukkiger te maken, resp. reeds aanwezige, dienende, gaven nog verder te ontwikkelen, voor het bereiken van het voor deze mens juiste levensdoel.

Uit eigen jarenlange ervaring vergelijkend met andere (bijv. psychoanalytische) groepen, waar veel agressiviteit op zichzelf en anderen werd losgelaten, viel me hier op, hoe het evenwichtig beleven van als zodanig herkende geldingsdrang er toe bijdroeg, dat therapeutisch noodzakelijke, maar pijnlijke waarheden positief gezegd konden worden en dankbaar geaccepteerd omdat ze gevoeld werden als komende uit een dienende en niet uit een heerszuchtige levenshouding.

Met dankbaarheid kan aan deze zittingen worden teruggedacht en voor de voortzetting in mei 1977 deed de groep dan ook een beroep op de leiding van de Lindauer Psychotherapiewochen.

P. Engelsman.

## NIEUWE UITGAVEN

### I. ouders en kinderen - - vrienden of vijanden?

van Rudolf Dreikurs en Erik Blumenthal.  
(vertaald uit het Duits door M.J. Kettmann)

uitgave: Contact, Amsterdam.

In dit boek, dat als het ware een vervolg is op "Kinderen dagen ons uit", gaven de auteurs een heldere, waardevolle en bruikbare analyse van de kinderlijke doelstellingen.

Daarnaast laten zij zien hoe de ouderlijke opvoedingspogingen eerder een versterking dan een verbetering tot stand brengen van de klein-kinderlijke ondeugden doordat de kennis van de verborgen doelstellingen ontbreekt en deze maar al te dikwijls òf onaangeroerd blijven òf versterkt worden.

Hoewel de schrijvers wijzen op de grote verantwoordelijkheid van de ouders voor de gevolgen van hun gedrag weten zij op mild-begrijpende toon hun de hulpverlenende hand te bieden in het leren corrigeren van het eigen gedrag en dat der "moeilijke kinderen".

### II. was bestimmt mein leben?

Wie man die Grundrichtung des eigenen Ich erkennt  
van Albrecht Schottky/Theo Schoenaker.

Rex Verlag München/Luzern.

Een bij uitstek Individualpsychologisch werk van een jongere generatie, waarop prof. Adler met recht trots zou zijn geweest. Hun analyse van de "4 prioriteiten" die een stempel op de levensstijl leggen weten zij soepel te hanteren. Maar niet alleen dat, ook het invoegen van de k e e r z i j d e maakt het herkennen en de aangrijping gemakkelijk.

Deze negatieve zijde aan de prioriteit meekomende zijn o.a. "dat wat vermeden wordt" - "De prijs die betaald wordt" en "De reactie van anderen op het prioriteitsgedrag".

Een werkelijk zeer waardevolle aanwinst voor zelfopvoeding en mensenkennis.

L.M.C. Richard-Stuurman.

W I J Z I G I N G E N I N D E L E D E N L I J S T :

Mw. R. Hagenaar moet luiden:  
Catharinastraat 6, Leiden,  
Studente psychologie,  
tel.: 071 - 14 28 89.

Mw. M.M.A. van de Bos is thans:  
Mw. M.M.A. de Bruijn- van de Bos,  
Hortensialaan 74,  
Heerhugowaard.

D E S T I P, wie wil meewerken?

(Uitnodiging voor een speciale zitting tijdens ICASSI-Noordwijkerhout  
6 augustus '77)

Terugkijkend op onze ervaringen van de laatste jaren zijn we tot de conclusie gekomen, dat het uitdragen van de ideeën uit de Individual - Psychologie eigenlijk het beste kan gebeuren binnen de gezinnen, met als doel een beter opvoedingsmodel voor de opvoeding van de kinderen en de verbetering van de verhouding tussen ouders onderling en hun kinderen. Uitstekende boeken hierover hebben we beschikbaar. We hebben "Kinderen dagen ons uit", en sinds kort "Ouders en kinderen, Vrienden of vijanden" van Rudolf Dreikurs en Erik Blumenthal. Deze boeken kun je (kunnen we) gebruiken als leidraad voor gespreks- en studiegroepen van ouders, zoals die onder supervisie van de Stip overal zijn gevormd.

Maar de ervaring leert, dat dergelijke groepen, die vaak enthousiast van start gaan, (b.v. na een lezing op een ouderavond), na enige tijd verlopen en uiteenvallen.

Wat we nodig hebben zijn niet alleen boeken, en enthousiasme, maar ook de juiste techniek om deze groepen te leiden.

Onder de internationaal befaamde Individualpsychologen die dit jaar hun medewerking verlenen aan de ICASSI te Noordwijkerhout zijn er enkele die een jarenlange ervaring in het opzetten, leiden en bij elkaar houden van zulke oudergespreksgroepen bezitten.

Wij van de Stip hebben, in samenwerking met de Organisator van de ICASSI een speciale zitting gepland. Voor deze zitting, die gehouden wordt op zaterdagmiddag 6 augustus in het "Leeuwenhorst Congrescentrum" te Noordwijkerhout, willen we graag die mensen uitno-

digen, die er belangstelling voor hebben om beter te begrijpen hoe je met een groep ouders om kunt gaan als je een boek hebt en de bereidheid en het enthousiasme om dat te bestuderen. Hoe hebben deskundigen problemen opgelost, hoe kun je de fouten voorkomen die vaak zijn gemaakt. Hoe zet je zo'n groep op, enz.

Kortom, .....iedereen die in dit onderwerp geïnteresseerd is en graag van gedachten wil wisselen met deskundigen op dit gebied o.a. uit Amerika en Israël is van harte welkom.

Heeft u belangstelling, dan is een berichtje (briefkaart) aan ons secretariaat voldoende. Terzijner tijd ontvangt u dan van ons bericht. Deelname is kosteloos voor leden van de N.W.I.P. en voor die mensen die als abonnee op ons tijdschrift "Opvoeding en Zelfopvoeding", (minimaal f. 25,-- per jaar = giro 31 01 100 t.n.v. STIP Arnhem) ons werk financieel steunen.

.....Op 11 / 12 juni organiseert de Stip wederom een Studieweekend in Arnhem met als thema: "Levensstijl-aspecten herkennen en problemen erkennen via gezinsconstellatie en jeugdherinneringen, oftewel ..... Als ik het allemaal weet; wat dan.....???????????????????? door Theo Schoenaker. Het aantal deelnemers is beperkt, opgave is nu al mogelijk bij het secretariaat.

Het Bestuur van de STIP,  
secr. Arnhemseweg 101,  
Leuvenheim (gld).

AANVULLING

Overgenomen uit "Opvoeding en Zelfopvoeding" 2e jaargang no. 6,  
december 1976 :

(OVER)GEVOELIGHEID VAN DE WERKER.

Bij overgevoeligheid verduistert de "Ik-betrokkenheid" een nuchtere zakelijke beoordeling van de situatie.

Gevolgen:

- \* Hij ziet gemaakte fouten als een nederlaag, niet als een lering om te verbeteren.
- \* Hij tracht zichzelf te verhogen door denigrerend over (het werk van) anderen te oordelen.
- \* Hij is snel gekwetst, voelt zich gauw vernederd, hij koestert prestige- en statusgevoelens.

Men stelt wel eens dat de mens het product is van zijn omstandigheden, maar hij is soms ook de producent ervan en zeker van zijn gevoelens ten opzichte van die omstandigheden. Het gaat niet om zijn aanleg of zijn omstandigheden, maar om wat hij - gegeven deze situatie - ervan maakt.

uit "Ontmoediging in de arbeidsgemeenschap";

B. Agterhorst, Nieuwhagen.