

Wat is het wetenschappelijk belang en de maatschappelijke relevantie en impact van (therapeutisch) seksuologisch en intiem lichaamswerk?

Op deze vraag tracht sociaal wetenschappelijk onderzoeker Dr. Tara Long een eerste antwoord te geven in onderstaand artikel.

Het belang van aangeraakt zijn

Al jaren was vanuit wetenschappelijk onderzoek¹ bekend hoe belangrijk en onontbeerlijk affectie en aanraking voor baby's en jonge kinderen is. Kinderen die nauwelijks of te weinig worden aangeraakt hebben op latere leeftijd niet alleen serieuze hechtingsproblemen en intimiteitsproblemen, ook hun intelligentie, motorische ontwikkeling en immuniteit zijn minder ontwikkeld dan bij leeftijdgenoten, die wel voldoende affectie en aanraking aangeboden kregen in hun vroege jaren. Aanraking is daarmee niet slechts een aangename prikkel, maar een biologische behoefte van de mens, aldus Phyllis Davis (1993), auteur van *Liefdevolle aanraking*.

Recent onderzoek toont ook het belang van aanraking in de volwassenheid aan. Sociaal wetenschappelijk onderzoeker James Prescott ((1975, 2001) toonde in zijn cross culturele studies onder negenenveertig beschavingen aan, dat er een correlatie bestaat tussen een lage graad van liefde en aanraking voor kinderen en een hoge graad van geweld in een samenleving.

Primitieve beschavingen die aanraking onder jongeren en seksuele genegenheid voor het huwelijk strikt verbieden of bestraffen, vertonen maatschappelijke verschijnselen als slavernij, vrouwenhandel, castratieangst, diefstal, exhibitionistische dansvormen, talloze seksuele problemen en het doden van vijanden of zelfs niet vijanden. Hieruit kunnen we de voorzichtige conclusie trekken dat het aan banden leggen van lichamelijk genot en huidstimulatie, in frustratie en mogelijk agressie uitmondt. Jongeren gaan op zoek naar andere en meer agressieve prikkels.

Ook in onze westerse beschaving, waar betrekkelijk weinig lichamelijk contact is tussen medemensen, kunnen we al deze vormen van frustratie en agressieve prikkeling terugvinden. Het geweld (vooral ook huiselijk/seksueel geweld, seksueel misbruik en kindermishandeling) heeft de laatste jaren verontrustende proporties aangenomen.

“An individual's social interior is shaped by exterior social factors. Thus the interior world of individuals in a sex negative society is going to be somewhat different to the interiors of individuals in a sex positive environment.” (Ray Harris, maart 2006, *Integral Sexology*, op: www.intergralworld.net).

Prescott ontdekte met zijn onderzoek ook dat de gemeenschappen, waarin de kinderen liefdevol en met veel aanraking werden opgevoed, maar waarin seksuele uitingen voor het huwelijk verboden waren, niet gewelddadig waren. Gemeenschappen met strengere en ruwere manieren van kinderopvoeding, maar met vrijere opvattingen aangaande seks voor het huwelijk, waren ook niet gewelddadig. Hieruit mogen we concluderen dat het wat betreft

¹ “Het voornaamste hier is niet het hechtingsproces, hoewel dat zeker belangrijk is, maar het vroege lichamelijke contact zoals dat werd beschreven door de antropoloog Ashley Montague.” Phyllis Davis in: “liefdevolle aanraking”, 1993.

Zie voor verder informatie het wetenschappelijk onderbouwde boek van Ashley Montague: *“Touching: The Human Significance of the Skin”*, 1971. In het Nederlands: *“De tastzin”*, 1980.

aanraking nooit te laat is. Fysiek, innig, intiem en plezierig contact in de (jong) volwassenheid kan mogelijk het tekort uit de kindertijd opheffen. Dit is een wezenlijke ontdekking!

Door (therapeutische) aanraking verdiepen we de kinesthetische waarneming², de kinesthetische beleving en het kinesthetisch bewustzijn van een individu. Dit vermindert zijn gevoelens van angst en agressie en versterkt zijn gevoel van welbevinden en zelfs zijn immuunsysteem³.

Daarnaast zorgt therapeutisch seksuologisch lichaamswerk ervoor dat mensen over seksualiteit en intimiteit leren door het simpelweg *doen*. Seksuele handigheid en vaardigheden lijken tot dusver onbelichte thema's in de reguliere seksuologie.

Liefdevolle en innige aanraking versterkt het immuunsysteem

Innige, intieme en plezierige aanraking blijkt ook letterlijk gezond en helend voor ons lichaam.

Zeer recent wetenschappelijk onderzoek⁴ (2008) heeft aangetoond dat regelmatige seks onze lichamelijke weerstand verhoogt. Mensen met een stabiele relatie die één à twee keer per week vrijen, blijken een hoger immunoglobuline-A-niveau te vertonen dan mensen die minder vaak seks hebben. Immunoglobuline-A zorgt er onder meer voor dat onze slijmvliezen, kwaadwillige bacteriën en virussen kunnen afslaan.

Echter de onderzoekers ontdekten ook dat mensen die drie of meer vrijpartijen per week rapporteerden juist een verlaagd immunoglobuline-A-niveau vertoonden. Onderzoekers vermoeden dat zo'n hoge seksscore samenhangt met een verhoogd stressniveau. Dit kan de weerstand juist ondergraven.

Een ander recent Amerikaans onderzoek (2007) toonde aan dat massage een viruskiller is. Voor deze immuunversterker lijkt bovendien geen potentiële overdosis te gelden. Een groep onderzoekers van de Universiteit van Miami liet 29 mannen dagelijks op de massagetafel plaatsnemen en keek na een maand welk effect dat op hun lichaam had. Het resultaat was dat de mannen zich meer ontspannen en minder angstig voelden, ze hadden ook aantoonbaar minder stresshormonen in hun urine en meer *natural killer-cellen* (een bepaald type afweercel) in hun bloed.

Dit alles pleit voor (intieme) lichaamsgerichte benaderingen en behandelmethoden in het therapeutisch/medisch veld.

Onbeheersbare projecties, overdracht- en tegenoverdrachtsituaties versus taakemoties in therapeutische sessies

Een vaak geopperd bezwaar dat de tegenstanders van (therapeutisch) seksuologisch en intiem lichaamswerk uiten is dat de therapeut tijdens sessies te maken zou krijgen met onbeheersbare

² Kinesthetische waarneming is het tast en gevoelsonderdeel van ons perceptiesysteem. Bij onze lichaamsuitrusting horen de verschillende perceptieve kanalen. Om bijvoorbeeld te kunnen ervaren wat we voelen en wat we doen als we vrijen, gebruiken we een mix van informatie binnenin onszelf en van buitenaf. We gebruiken ons zintuiglijke systeem, visueel, auditief en de tast om te zoeken naar wat gezien kan worden, om te luisteren naar wat gehoord kan worden, om te voelen wat ons aanraakt.

³ Uit een studie naar het vermogen tot kinesthetisch bewustzijn van cliënten gedurende seksuologische lichaamswerk sessies, Dr. Tara Long, 2007, unpublished.

⁴ Bron: Psychologie, November 2009, p. 83.

*projecties, overdracht- en tegenoverdrachtsituaties*⁵ die op kunnen treden tussen therapeut en cliënt.

Maar allereerst rijst de vraag of we niet de begrippen projectie, overdracht en tegenoverdracht tegen een kritisch wetenschappelijk licht moeten houden?

In het wetenschappelijk onderzoek van Luborsky (Luborsky en anderen, 1984, 1988, 1994), stelt deze dat de omschrijvingen van het therapeutische begrip overdracht te globaal en abstract zijn geformuleerd in de klinische literatuur. Ze veroorzaken in klinische discussies daarom veel misverstanden en zijn in wetenschappelijk onderzoek niet bruikbaar. Dit geldt overigens voor veel psychoanalytische concepten. Luborsky (1994) stelt dat hierdoor de ontwikkeling van de psychoanalyse wordt belemmerd. (Zie ook voor een waardevolle en kritische beschouwing van de psychoanalytische theorieën en de psychopathologie, het onlangs verschenen (tweede) promotieonderzoek van J. van der Stel, “*Psychopathologie, grondslagen, determinanten en mechanismen*”, 2009).

Luborsky is één van de weinige onderzoekers die wetenschappelijk onderzoek heeft verricht naar overdracht situaties in de klinische praktijk en dan met name vanuit het perspectief van de cliënt.

Hierbij concentreerde Luborsky zich op het centrale relatiepatroon van cliënten. Na een empirische toetsing kwam hij uit op drie kerncomponenten die bestaan uit het verlangen van de cliënt, de door de cliënt beleefde reactie van de ander (therapeut) en tenslotte de reactie van

⁵ **Overdracht** is het herhalen in het hier en nu, van een patroon uit een belangrijke relatie uit het verleden, in een poging tot deze relatie gezond is. Er is verschil tussen overdracht en **projectie**: bij overdracht gaat het om de poging om iets te herstellen wat eerder in je oude relaties ‘fout’ ging, bij projectie kan het bovendien óók nog gewoon gaan over je eigen gevoelspatronen en overtuigingen. **Projectie** kan dus over meer gaan dan overdracht, overdracht gaat alleen over de poging tot herstel van oude relatiepatronen.

Tegenoverdracht

De term **tegenoverdracht** wordt in meerdere betekenissen gebruikt:

- de eigen overdracht van de therapeut op de patiënt

Deze overdracht hoeft niet perse gestimuleerd te zijn door de overdracht van de patiënt, maar kan ook samenhangen met eigen associaties die de patiënt oproept.

- de eigen onbewuste overdrachtsreactie van de therapeut op de overdracht van de patiënt

Deze overdracht is een reactie op de overdracht van de patiënt. Wanneer de patiënt op de therapeut reageert zoals op zijn autoritaire vader, kan het dat de therapeut onbewust in de rol van autoritaire vader gaat staan.

- de bewust gekozen, complementaire reactie van de therapeut op de overdracht van de patiënt

Bij deze tegenoverdracht maakt de therapeut bewust gebruik van de overdracht die de patiënt manifesteert. Dikwijls is overdracht voor de patiënt een onbewuste vorm om een problematische relatie uit het verleden te herstellen. De therapeut kan door zijn houding en gedrag tegenover de patiënt bewust die dingen doen die deze verzoening bevorderen.

de cliënt op de reactie van deze ander. Deze communicatiesituatie tussen cliënt en therapeut omschreef de onderzoeker als een *relationeel kernconflict*.

Vervolgens onderzocht Luborsky (Luborsky en anderen, 1988) in hoeverre dit relationeel kernconflict overeenstemt met het door Sigmund Freud (1908g) geformuleerde overdrachtsfenomeen. Freud, zelf ook een systematisch onderzoeker, observeerde in zijn klinische studies 23 kenmerken van overdracht. Elk van deze 23 kenmerken werd door Luborsky vertaald in een operationele definitie en onderzocht. De conclusie van Luborsky's onderzoek naar aanleiding van nauwkeurige observatie in de klinische praktijk is dat er een ruime mate van overeenstemming bestaat tussen de 23 kenmerken van overdracht zoals door Freud geformuleerd en de relationele kernconflicten als door Luborsky gedefinieerd.⁶

Echter twee essentiële aspecten die in elke therapeutische communicatiesituatie een rol spelen worden bij het overdrachtverhaal van Luborsky buiten beschouwing gelaten.

Namelijk dat *ook* therapeuten een lichaam hebben en dat dit lichaam in de therapeutische situatie dingen beleefd en reageert. Daarnaast dat therapeuten naast overdracht ervaringen al dan niet bewust *taakmoties* kunnen ervaren en inzetten, welke zorg kunnen dragen voor de nodige professionele afstand. Het begrip taakmoties komt later in dit artikel nog uitgebreid aan bod.

Therapeuten hebben *ook* een lichaam!

Laten we beginnen met de stelling dat *ook* therapeuten een lichaam hebben. Deze stelling wordt door Dr. Robert Shaw (2004) in zijn artikel "Psychotherapist embodiment" (Incarnering der psychotherapeut) geponeerd. Dit wetenschappelijk artikel verscheen in het blad: *Counselling and Psychotherapy Journal* en is gebaseerd op Shaw's PhD onderzoek: "The Embodied Psychotherapist" (2003).

Shaw was oorspronkelijk geschoold als osteopaat en volgde later een opleiding tot psychotherapeut. Gedurende die training werd hij zich bewust van de controversiële aard van het lichaam in therapie, wat hem verwarde omdat hij gewend was aan een lichaamsgerichte discipline.

Shaw concludeert in zijn onderzoek dat men als therapeut de eigen fysieke gewaarwordingen serieus moet nemen en dat het van belang is ze te duiden, mede omdat deze fysieke reacties, of geïncarneerde verschijnselen, een fundamenteel onderdeel zijn van elk therapeutisch proces.

Shaw vraagt zich tevens in zijn onderzoek af of het werk als therapeut niet een gezondheidswaarschuwing zou moeten krijgen, want gedurende zijn onderzoek rapporteerden veel therapeuten pijn of fysiek ongemak gedurende hun werk en berichtten over collega's die ernstig ziek geworden waren, een burn-out hadden of die hadden moeten stoppen vanwege slechte gezondheid.

Volgens Shaw doen zich hoe dan ook sterk fysieke ervaringen voor, die zeer zeker betrekking hebben op de therapeutische ontmoeting en de intersubjectieve ruimte tussen therapeut en cliënt. Dit uitgangspunt vormt het theoretisch kader van zijn onderzoek.

⁶ Uit een voordracht van Quin van Dam, 2006.

Wanneer we het onderzoek van Shaw op seksuologisch lichaamswerk betrekken kunnen we het volgende concluderen. Er is bijna geen enkele andere therapie waar het lichaam zo'n pregnante rol speelt als bij therapeutisch seksuologisch lichaamswerk. Het lichaam is subject en object van de interactie tussen behandelaar en cliënt. Het therapeutisch werk van een seksuologisch lichaamswerker is totaal "embodied" (geïncarneerd) en moet daarnaast volledig geïntegreerd zijn, daarbij energetisch verantwoord en werkbaar, anders kunnen therapeut en cliënt in deze therapeutische setting niet goed functioneren. Met andere woorden de seksuologisch lichaamswerker gebruikt zijn lichaam als uniek instrument en voertuig om een therapeutische relatie met de cliënt aan te gaan.

Het mooie is nu dat therapeutisch seksuologisch lichaamswerk juist als voorbeeld zou kunnen dienen voor andere therapeutische situaties, waarin therapeuten zich meer bewust moeten worden van hun lichamelijke reacties en communicatie, alleen al vanwege hun gezondheid.

Onderzoeker Shaw concludeert: "Het wordt tijd het lichaam terug te eisen voor de counselling en de psychotherapie, een meer en diepgaand begrip voor de geïncarneerde ("embodied") aard van de therapeutische relatie is hierbij een goed startpunt."

Vanuit de feministische theorie en visie is deze onderzoeksconclusie ook bijzonder interessant. De feministische theorie betoogt dat repressieve en fundamentalistische systemen, nu en in het verleden, vooral hebben geprobeerd het (vrouwelijk) lichaam te laten verdwijnen onder lagen van verhullende kleding en het te domineren door de kracht van het woord, het intellect, uitgedrukt in verstikkende geboden en verordeningen. Wellicht dat we in de 21^{ste} eeuw in staat zullen zijn het lichaam te herintegreren in ons (professionele, therapeutische) bestaan en in ieder geval te erkennen dat we een lichaam hebben.⁷

Taakemoties en hun rol in therapeutische sessies

Dan komen we nu terug op de positieve en neutraliserende rol die *taakemoties* mogelijksterwijs kunnen spelen in een therapeutische communicatiesituatie.

Naar aanleiding van de bevindingen van onderzoeker Shaw kunnen we uitgaan van de aanname dat zowel therapeuten als cliënten sterke emoties en (lichamelijke) gevoelens ervaren gedurende een sessie.

Dit emotionele proces wordt gestuwd mede vanuit de fysieke respons en reactiemechanismen van het lichaam, zoals bijvoorbeeld door processen als fysiologische feedback en kinesthetisch invoelen⁸ van de therapeut naar de cliënt en vice versa.

In de cognitieve onderzoekpsychologie worden de verschillende emoties en gevoelens onderscheiden en gedefinieerd. Al deze emoties en gevoelens hebben verschillende functies en achtergronden in de situatie waarin zij beleefd worden.

⁷ Gebaseerd op een artikel van Els Barkema-Sala, 2006.

⁸ "Kinesthetisch invoelen is een betrokkenheidsproces waarbij de therapeut/cliënt de geobserveerde beweging en lichaamstaal van de ander niet alleen visueel en auditief waarneemt, maar waarbij ook de proprioceptoren (kleine gevoellichamen in de huid) geactiveerd worden en er een koppeling wordt gemaakt met in het lange-termijngeheugen opgeslagen bewegingservaringen en huidgevoels-sensaties. De therapeut/cliënt ervaren hierdoor aan de geobserveerde beweging en huidgevoel gerelateerde fysieke sensaties, die tot emoties kunnen leiden. Bewerking van de definitie "kinesthetisch invoelen" door Wildschut, 2003.

De emotietheorie van Frijda (1986; 1988a; 1989) is een brede theoretische en functionele opvatting over de werking en functie van emoties en biedt ruimte om taakemoties te duiden en te verklaren.⁹

In Frijda's theorie komen verschillende formuleringen aangaande de cognitieve emotietheorieën samen en alternatieve theorieën vinden hierin eveneens een plaats. Het werk van Frijda is vooral gebaseerd op een uitwerking van het werk van J.P. Sartre (o.a. 1971), Arnold (o.a. 1960) en Lazarus (o.a. 1982).

Het was Sartre die de aanzet gaf voor een cognitieve, functionele benadering van emoties. Sartre (1971, p. 83) ziet emoties niet langer als "in het individu rondzwevende subjectieve gemoedstoestanden losstaand van een objectieve wereld", maar als functioneel in het omgaan met de ons omringende wereld.

In navolging van Sartre worden in Frijda's theorie emoties opgevat als functionele uitingen van het individu in reactie op zijn omgeving. De functionaliteit van de emoties is gelegen in het dienen van de persoonlijke motieven, behoeften of belangen. De belangen betreffen persoonlijke motieven, behoeften en drijfveren, doelen en dispositionele eigenschappen met betrekking tot plezier en pijn, aantrekking en afstoting.

Emoties ontstaan in een veld van interacties gegeven vanuit de situatie en dienen het belang van het individu. In de emoties komen de (on)mogelijkheden die de omgeving of situatie biedt samen met de (on)mogelijkheden die het individu heeft tot het verwezenlijken van zijn belangen. (Lazarus, 1982, Frijda 1986).

De beoordeling van de omgeving in termen van zijn betekenis resulteert in het *appel van de situatie* ofwel in de *situationele betekenisstructuur*. Op hun beurt produceren deze evaluaties een tendens om iets te doen: een zogeheten *actietendens*. Dit houdt globaal in het goede tegemoet treden en het slechte vermijden (Arnold, 1960).

Frijda stelt dat elke emotie gepaard gaat met een actietendens, met een neiging of impuls tot het veranderen van de relatie tussen de persoon en de omgeving (1986; 1988a). De actietendens stuurt aan op expressie van de emotie, enkel wanneer de gegeven situatie dit toelaat. Indien expressie van de emotie in een bepaalde situatie en op een bepaald moment niet geoorloofd of wenselijk is, treden er *regulatieprocessen* in werking. Dit zal dus zeker ook gebeuren in een therapeutische situatie wanneer de therapeut emoties ervaart die op dat moment en in die situatie niet geoorloofd en of wenselijk zijn.

Frijda (1986, 1988a) beschrijft het *emotieproces* in termen van informatieverwerking, waarin de emotieverschijnselen worden opgewekt door middel van een opvolging van stappen. Deze stappen (of fasen) staan onder invloed van de regulatiemechanismen. Dit hele evaluatieproces van de emotie voltrekt zich in een flits, hoewel dat niets zegt over de duur en intensiteit van de emotie.

De kern van het proces van de opwekking van een emotie kan als volgt schematische beschreven worden. In het emotieproces heeft elke fase uitkomsten die als invoer voor een volgende fase dienen en tot "feedback-loops" leiden.

Nadat een gebeurtenis of situatie (in omgeving of in gedachten, de fantasie of zelfs verbeelding) in beginsel is gecodeerd, wordt deze beoordeeld met betrekking tot de relevantie

⁹ Het tekstgedeelte over taakemoties is grotendeels gebaseerd op het proefschrift: "Acteurs spelen emoties", door Dr. E. Konijn, 1994. In dit proefschrift onderzoekt Konijn de mate, de verscheidenheid, de invloed en aanwezigheid van taakemoties tijdens het acteerproces van beroepsacteurs.

van de situatie voor de belangenbehartiging van het individu. De relevantie-evaluatie bepaalt of er al dan geen emotie zal zijn. De contextevaluatie met betrekking tot de handelingsmogelijkheden bepaalt daarna welke emotie het zal zijn. De intensiteit van een bepaalde emotie wordt ingegeven door een urgentiebepaling: de urgentie, de ernst en de moeilijkheid van de situatie. Deze evaluaties vormen samen de situationele betekenisstructuur, welke het appel van de situatie weergeeft en de emotie-impuls oproept op basis van de overeenkomst tussen dergelijke impulsen en de evaluaties: *de actietendens*. Deze impuls kan leiden tot drie mogelijke uitingsvormen van een emotie (dit zijn de drie mogelijke uitkomsten van het proces): 1. emotionele beleving, waaronder plannen voor doelgericht gedrag of een fantasie (Frijda, 1988a, p. 482); 2. merkbare gedragsexpressie, zoals verbaal en non-verbaal gedrag en gelaatsexpressie; en 3. fysiologische verandering, bijvoorbeeld “arousal” zoals hartslagverhoging en of hormonale uitscheiding.

Regulatiemechanismen interveniëren in elke fase van het proces en beïnvloeden het resultaat van het emotieproces: de uitvoer. Door cognitieve regulatie wordt invloed uitgeoefend op de soms storende of ongemakkelijke bijwerkingen van emoties. Echter ook regulatie kent zijn beperkingen.

Regulatieprocessen zijn zogezegd vaak actief bij de verschillende “sociale en of professionele rollen” die we uitvoeren (vgl. “self-monitoring” bij Snyder, 1974 en “presentation of self” in Goffman, 1974).

Onze “ware” aard of onze “werkelijke” gevoelens maskeren we vaak door andere uitingen. Bijvoorbeeld een beleefde glimlach in plaats van een jaloerse blik.

Frijda’s emotiemodel en proces kan ons inziens daarom uitstekend toegepast worden op emotionele processen die een rol spelen gedurende therapeutische sessies. We concentreren ons in dit artikel enkel op de emoties die een rol spelen bij de therapeut.

De eerste fase van het emotieproces, de codering van de situatie, maakt duidelijk dat bij de therapeut twee of zelfs drie verschillende stimulus constellaties van invloed zijn. Namelijk 1. de emoties die de therapeut als privé-persoon ervaart en 2. de emoties die de therapeut als professional ervaart. Bovendien kan er in de therapeutische situatie ook nog sprake zijn van 3. fictie (of geveinsde) emoties en daaraan gekoppelde gedragsexpressies, die de therapeut ten behoeve van de therapeutische situatie aan de cliënt toont. Men kan hierbij denken aan rollenspel, dat ingezet kan worden als “tool” in de therapie of zogeheten “therapeutische boosheid” (nagespeelde boosheid) om de cliënt doelbewust te confronteren.

Naar alle waarschijnlijkheid spelen taakemoties een belangrijke rol in therapeutische sessies. Dit zijn emoties die we vooral terugzien bij diverse professionals en die worden opgewekt door de specifieke taaksituatie waarin de professional zich bevindt.

Allereerst moeten we daarbij inventariseren of en welke belangen van de therapeut geraakt worden door de taaksituatie. Immers geen belang dan ook geen emotie, stelt Frijda (1988a, p. 349).

Belangen motiveren het (emotioneel) gedrag. Frijda onderscheidt bronbelangen en oppervlaktebelangen. Bronbelangen verwijzen naar algemene belangen en drijfveren die betrekking hebben op gewenste situaties en doelen (bijvoorbeeld competentie, veiligheid), terwijl oppervlaktebelangen verwijzen naar specifieke belangen verbonden aan specifieke doelen, personen en objecten (bijvoorbeeld geborgenheid bij moeder). Oppervlaktebelangen zijn afgeleid van bronbelangen. Het bevredigen van bronbelangen gaat meestal via het bevredigen van oppervlaktebelangen.

Enkele wezenlijke bronbelangen als belangrijke grondslag voor het emotieproces, in de taaksituatie van de therapeut zijn *competentie*, het *imago*, *spanning* zoeken, *empathie* tonen en zich *spiegelen*, *schoonheid* en *ontroering* ervaren.

Laten we deze specifieke (professionele) belangen van de therapeut wat nader omschrijven.

Competentie betreft het belang van de verwerving van vaardigheden en technieken om zowel met de omgeving als met de eigen verlangens en emoties om te kunnen gaan. (Frijda, 1988a, pp. 309-312). Zich competent voelen draagt bij aan zich goed voelen, aan het welzijn, en refereert tegelijkertijd aan het bronbelang "eigenwaarde". Competentie betreft ook leren, zich ontwikkelen, de groei en het vergroten van autonomie. (Lazarus, 1980).

Een therapeutische situatie kan gekenschetst worden als een complexe situatie. De moeilijkheid, complexiteit en urgentie van de taaksituatie (de therapeut kan in principe niet een aan sessie ontsnappen) dragen bij aan de potentiële bedreiging van het competentiebelang. We doelen hier vooral op het subjectieve gevoel van competentie en het geloof in de eigen competentie, met name het geloof en zelfvertrouwen in de eigen bekwaamheid als therapeut.

Het (professionele) imago van de therapeut is nauw aan het competentiebelang gerelateerd. Dit betreft de zorg om de indruk die men wekt, geen gezichtsverlies willen lijden en de algemene behoefte aan goedkeuring en erkenning. Het is voor de therapeut van belang op enigerlei wijze aan de verwachtingen van zijn cliënten tegemoet te komen en eventueel zelfs indruk te maken op de cliënt. Boswijk-Hummel (1997) schrijft in haar boek *Liefde in Wonderland*, dat handelt over overdracht en tegenoverdracht in de hulprelatie het volgende over het belang van erkenning en waardering bij de therapeut:

"De derde helper in de tegenoverdracht is de "ijverige" helper... deze helper balanceert eigenlijk voortdurend op het randje van afwijzing en waardering. Hij weet zich nog gewaardeerd door zijn cliënt, maar is als de dood dat die waardering in afwijzing zal omslaan." (Boswijk-Hummel, 1997, p. 137).

Het imagobelang van de therapeut in een therapeutische situatie en setting is zeer wezenlijk en aanwezig. Wanneer dit belang bedreigd wordt kan dat aanleiding geven tot intens gevoelde emoties van bijvoorbeeld schaamte, verlegenheid maar ook boosheid.

Het belang van spanning zoeken heeft betrekking op het in zekere mate "verleiden en overhalen" van de cliënt om mee te doen aan de therapie, het wekken van interesse bij de cliënt, zijn aandacht vast weten te houden, de cliënt weten te motiveren en te boeien. Dit zijn minimale vereisten voor de taakuitoefening van de therapeut. Het blijkt dat therapeuten in sessies met cliënten een spanningsopbouw ervaren. Het lijkt daarom gerechtvaardigd de relevantie te veronderstellen van het bronbelang *spanning* zoeken voor de therapeut. Men moet spanning zoeken in deze context niet slechts duiden als de behoefte aan spanning en sensatie, maar ook de bereidheid om activiteiten op te zoeken die (fysieke en of sociale) risico's met zich meebrengen. Dit laatste geldt natuurlijk voor seksuologische lichaamswerkers in het bijzonder.

Op zich is er niets mis aan spanning zoeken, in tegendeel. Zuckerman (1979) beschouwt het spanning zoeken als een stabiele persoonlijkheidstrek van het plezier beleven aan de spanning van risicovolle en complexe situaties.

Riskante of spanningsvolle situaties worden waarschijnlijk aangegaan om de spanning en de sensatie die zij verschaffen, maar ook om de eigen grenzen met betrekking tot competentie en

beheersing te testen en te verleggen, het is ondernemen van spanningsvolle activiteiten omdat je meent deze aan te kunnen (Zuckerman, 1980, Piët, 1986, Frijda, 1988a).

Het belang van *empathie tonen* en *zich spiegelen* raakt aan meerdere belangen en aspecten binnen de therapeutische communicatiesituatie. Er wordt van therapeuten verwacht dat zij empathie tonen naar hun cliënten. Dit is een primaire professionele competentie van iedere therapeut. Maar in het begrip tonen voor de gevoelens van de ander zit vaak ook de hoopvolle verwachting zelf begrepen, gewaardeerd en geaccepteerd te worden, als therapeut en als mens.

Daarnaast geven therapeuten aan zichzelf vaak te spiegelen aan hun cliënten. Dat wil zeggen zichzelf en hun leven (positief en of negatief) te vergelijken met dat van de cliënt. De cliënt mag dit spiegelen openlijk doen in een sessie, de therapeut moet dit heimelijk doen. Want teveel openheid van de kant van therapeut tast de professionele relatie therapeut-client aan. Ook hier bevindt zich een spanningsveld dat vorm krijgt via de diverse taakbelangen van de therapeut in de therapeutische situatie en setting.

“Er is dus een ideale situatie geschapen. In de nabijheid van de helper voelt de cliënt zich veilig en op zijn gemak, dus het contact met de helper kenmerkt zich door bijna idyllische openhartigheid en intimiteit. Dit is echter wel een intimiteit die voornamelijk door de cliënt wordt geschapen! Terwijl iedere gelijkwaardige, vriendschappelijke relatie wordt gekenmerkt door een openhartigheid die van weerskanten komt, wordt de hulprelatie gekenmerkt door een eenzijdige openhartigheid. De cliënt opent zich, schept daardoor een sfeer van intimiteit, de helper betreedt die sfeer en geniet daarvan zonder zelf zijn eigen innerlijk bloot te hoeven geven. Op deze manier kan een helper zijn complete behoefte aan intimiteit bevredigen zonder daar zelf ook maar iets in te hoeven investeren.” (Boswijk-Hummel, 1997, p. 123).

Schoonheid en *ontroering* ervaren is een behoefte en verlangen dat we bij veel therapeuten tegenkwamen. Zij zien het creëren van een bijna perfectie sessie toch als een soort kunstwerk of minimaal als een knap stuk vakmanschap. Daarin zijn creatief en vindingrijk zijn belangrijke issues.

Omdat de therapeut geacht wordt een zekere professionele distantie in acht te nemen tijdens een sessie, is deze ook in staat het therapeutische proces bij de cliënt vanuit een esthetisch gezichtspunt te beschouwen. Sommige therapeuten gaven aan het gevoel te hebben af en toe naar een mooie filmcène te kijken. Dit roept zowel emoties van ontroering als schoonheid op.

In de wetenschappelijke literatuur over emoties worden dit *esthetische emoties* genoemd. Dit betreft de esthetische vormgeving van fictieve emoties zoals gebruikt in een rollenspel, allerlei mooie (vakmatige) vondsten en vloeiende interacties.

In dit verband moeten de esthetische emoties worden onderscheiden van de empathische emoties. Deze laatsten hebben betrekking op een of andere vorm van direct meeleven en begaan zijn zoals hierboven besproken.

Voorbeelden van typisch esthetische emoties zijn geraakt zijn, gegrepen zijn door iets of iemand, opwindend, ontroering, trots, voldoening en genoegen.

We hebben nu de belangrijkste bronbelangen van therapeuten gedurende hun werksessies in kaart gebracht. Daarin valt op dat lang niet al van deze bronbelangen problematische ervaringen zijn voor de therapeut. Integendeel de therapeut voelt zich als het goed is, geïnspireerd en uitgedaagd door zijn werk.

Uitdaging gaat gepaard met positieve of prettige gevoelens als (spel)plezier, moed, lef of durf, taakspanning, een prettige opwindend, concentratie, “eagerness”, zich sterk en zeker voelen. Dit alles correleert vanzelfsprekend met de persoonlijke en professionele competentie van de

therapeut om de taak die hem is gesteld succesvol te vervullen. Daarmee lijkt uitdaging de meest op de voorgrond tredende taakemotie.

Een juiste balans tussen risico en beheersing van benodigde vaardigheden leidt tot de ervaring dat de uitvoering van de taak als het ware vanzelf, als in een vloeiende beweging lijkt te voltrekken. Dit wordt door onderzoekspsycholoog Csikszentmihalyi de *optimale ervaring* genoemd: “flow”.

“The universal precondition for flow is that a person should perceive that there is something for him or her to do, and that he or she is capable of doing it. In other words optimal experience requires a balance between the challenges perceived in a given situation and the skills a person brings to it. The “challenge” includes any opportunity for action that humans are able to respond to. (Csikszentmihalyi & Csikszentmihalyi, 1988, p. 30).

Nieuwe Hypothesen

Dit alles brengt ons tot een interessante en innovatieve hypothese over therapeutische communicatie vanuit het perspectief van de therapeut. 1. Namelijk dat taakemoties gedurende therapeutische sessies een duidelijk waarneembare en pregnante rol spelen bij de therapeut. 2. Dat de aanwezige taakemoties het fenomeen tegenoverdracht in sterke mate naar de achtergrond zullen verdringen. Omdat de therapeutische communicatiesituatie complex en veeleisend is en de therapeut in gedachten eerder opgeëist zal worden hoe hij zijn gestelde taak succesvol kan volbrengen. 3. Het doet vermoeden dat het fenomeen tegenoverdracht vooral ook buiten de sessie om een rol kan spelen, terwijl taakemoties overwegend zullen domineren tijdens de therapeutische sessie.

We kwamen tot deze hypothese omdat de therapeutische communicatiesituatie in professioneel opzicht complex en veeleisend blijkt voor de therapeut. Dit maakt dat alle concentratie tijdens de sessie is gericht op de therapeutische taak zo goed mogelijk uitvoeren en tot een goed einde brengen. De inschatting is dat er veel minder (gedachte)ruimte is tijdens de sessie dan gedacht voor de uitgebreide (emotionele) herinnering en reflecties die het fenomeen tegenoverdracht verlangt.

Boven geformuleerde gedachtegang maakt de veronderstelling aannemelijk, dat met name bij seksuologische en intieme lichaamswerkers, waar professionele uitdaging en spanning zoeken een evident onderdeel is van het werk, evenals de vereiste graad van professionele competentie, de taakemoties naar alle waarschijnlijkheid de sessies zullen domineren. De rol van onbeheersbare tegenoverdracht gedurende therapeutische sessies lijkt daarmee voor deze professionals overschat. Dit laatste geldt natuurlijk alleen voor professioneel geschoolde seksuologische lichaamswerkers die voldoende competentie en professionele ervaring hebben.

Echter een tot nu toe onbelicht aspect van therapeutisch werk, dat wellicht wel een problematischer aspect is, zijn de langdurig verhoogde oxytocine niveaus bij therapeuten.

Oxytocine is een verbindingshormoon dat in werking treedt gedurende intiem (fysiek) contact. Het is bekend dat oxytocine lang in het bloed blijft, veel langer dan het genotshormoon dopamine.

Niet alleen in sessies waar een cliënt fysiek wordt aangeraakt, verhoogt het oxytocine niveau van de therapeut en de cliënt, maar ook intieme gesprekken gedurende sessies kunnen tot een verhoogd oxytocine niveau leiden.

Wat de gevolgen, effecten en de eventuele voor- of nadelen zijn van deze langdurig en constante verhoogde oxytocine niveaus in het lichaam van therapeuten, is verder nooit wetenschappelijk onderzocht.

Samenvatting en slot

Aanraking blijkt naast een aangename prikkel, een *biologische behoefte* van de mens.

James Prescott toonde in zijn cross culturele studies onder negenenveertig beschavingen aan, dat er een correlatie bestaat tussen een lage graad van liefde en aanraking voor kinderen en een hoge graad van geweld in een samenleving. Deze uitkomst van Prescotts onderzoek zou er toe moeten leiden dat ook in de westerse samenleving, waar in verhouding veel agressie voorkomt er meer nadruk moet komen liggen op innig fysiek contact tussen mensen.

Ook bleek uit Prescotts onderzoek dat fysiek, innig, intiem en plezierig contact in de (jong) volwassenheid tekorten in aanraking uit de kindertijd kan opheffen. Dit is een wezenlijke ontdekking! Dit legitimeert daarom ook (therapeutische), integere en intieme aanraking voor mensen die dat in hun eigen context om wat voor reden ook ontberen.

Door therapeutische intieme aanraking verdiepen we de kinesthetische waarneming¹⁰, de kinesthetische beleving en het kinesthetisch bewustzijn van een individu. Dit vermindert gevoelens van angst en agressie en versterkt het gevoel van welbevinden en zelfs het immuunsysteem¹¹.

Bovendien zorgt therapeutisch seksuologisch lichaamswerk ervoor dat mensen over seksualiteit en intimiteit leren door het simpelweg *doen*. Seksuele handigheid en vaardigheden lijken tot dusver onbelichte thema's in de reguliere seksuologie.

De tegenstanders van intieme en of seksuele fysieke aanraking in therapeutische en educatieve situaties voor volwassenen, zien de overdrachtsituatie tussen cliënt en therapeut/educator hierdoor onbeheersbaar worden.

Echter, in wetenschappelijk onderzoek door Luborsky (Luborsky en anderen, 1988, 1994), stelt deze dat de omschrijvingen van het therapeutische begrip *overdracht* te globaal en abstract zijn geformuleerd in de klinische literatuur. Ze veroorzaken in klinische discussies daarom veel misverstanden en zijn in wetenschappelijk onderzoek niet bruikbaar.

Dit geldt overigens voor veel psychoanalytische concepten. Luborsky (1994) stelt dat hierdoor de ontwikkeling van de psychoanalyse wordt belemmerd. Er moet dus beslist meer wetenschappelijk onderzoek plaatsvinden naar de geschiktheid en effectiviteit van de verschillende therapeutische benaderingen en dat geldt niet alleen voor experimentele en nieuwe therapieën zoals therapeutisch seksuologisch lichaamswerk.

¹⁰ Kinesthetische waarneming is het tast en gevoelsonderdeel van ons perceptiesysteem. Bij onze lichaamsuitrusting horen de verschillende perceptieve kanalen. Om bijvoorbeeld te kunnen ervaren wat we voelen en wat we doen als we vrijen, gebruiken we een mix van informatie binnenin onszelf en van buitenaf. We gebruiken ons zintuiglijke systeem, visueel, auditief en de tast om te zoeken naar wat gezien kan worden, om te luisteren naar wat gehoord kan worden, om te voelen wat ons aanraakt.

¹¹ Uit een studie naar het vermogen tot kinesthetisch bewustzijn van cliënten gedurende seksuologische lichaamswerk sessies, Dr. Tara Long, 2007.

Twee essentiële aspecten die in elke therapeutische communicatiesituatie een rol spelen worden bij het overdrachtverhaal van Luborsky buiten beschouwing gelaten.

Namelijk dat *ook* therapeuten een lichaam hebben en dat dit lichaam in de therapeutische situatie dingen beleefd en reageert.

Daarnaast wordt buiten beschouwing gelaten dat therapeuten naast overdracht ervaringen al dan niet bewust *taakmoties* kunnen ervaren en inzetten, welke zorg kunnen dragen voor de nodige professionele afstand en neutraliteit in de therapeutische communicatiesituatie.

Psychotherapeutisch onderzoeker Shaw concludeert in zijn onderzoek naar fysieke reacties van psychotherapeuten tijdens het therapeutische proces, dat men als therapeut de eigen fysieke gewaarwordingen serieus moet nemen. Dat het tevens van belang is ze te duiden, mede omdat deze fysieke reacties, of geïncarneerde verschijnselen, een fundamenteel onderdeel zijn van elk therapeutisch proces.

Volgens Shaw doen zich hoe dan ook sterk fysieke ervaringen voor, die zeer zeker betrekking hebben op de therapeutische ontmoeting en de intersubjectieve ruimte tussen therapeut en cliënt.

Onderzoeker Shaw concludeert: “Het wordt tijd het lichaam terug te eisen voor de counselling en de psychotherapie, een meer en diepgaand begrip voor de geïncarneerde (“embodied”) aard van de therapeutische relatie is hierbij een goed startpunt.”

Het mooie is dat therapeutisch seksuologisch lichaamswerk juist als voorbeeld zou kunnen dienen voor andere therapeutische situaties, waarin therapeuten zich meer bewust moeten worden van hun lichamelijke reacties en communicatie, alleen al vanwege hun gezondheid. Therapeutisch seksuologische lichaamswerkers leren ons hoe het contact tussen therapeut en cliënt juist wel op een energetische verantwoorde manier kan plaatshebben.

Naar aanleiding van de bevindingen van onderzoeker Shaw gingen we uit van de aanname dat zowel therapeuten als cliënten sterke emoties en (lichamelijke) gevoelens ervaren gedurende therapeutische sessies.

Juist deze gevoelens en emoties brachten ons weer terug bij het begrip *taakmoties*. We onderzochten op kleine schaal in een pilot studie de positieve en neutraliserende rol die *taakmoties* mogelijk kunnen spelen in een therapeutische communicatiesituatie en met name in situaties waarbij er fysiek intiem contact is tussen cliënt en therapeut.

We belandden zo bij de emotietheorie van Frijda (1986; 1988a) welke een brede theoretische en functionele opvatting over de werking en functie van emoties is. Deze theorie biedt ruimte om *taakmoties* te duiden en te verklaren.

Frijda stelt dat elke emotie gepaard gaat met een actietendens, met een neiging of impuls tot het veranderen van de relatie tussen de persoon en de omgeving (1986; 1988a). De actietendens stuurt aan op expressie van de emotie, enkel wanneer de gegeven situatie dit toelaat. Indien expressie van de emotie in een bepaalde situatie en op een bepaald moment niet geoorloofd of wenselijk is, treden er *regulatieprocessen* in werking. Dit zal dus zeker ook gebeuren in een therapeutische situatie wanneer de therapeut emoties ervaart die op dat moment en in die situatie niet geoorloofd en of wenselijk zijn.

Frijda (1986, 1988a) beschrijft het *emotieproces* in termen van informatieverwerking, waarin de emotieverschijnselen worden opgewekt door middel van een opvolging van stappen. Deze stappen (of fasen) staan onder invloed van de regulatiemechanismen. Dit hele evaluatieproces van de emotie voltrekt zich in een flits, hoewel dat niets zegt over de duur en intensiteit van de emotie.

Naar alle waarschijnlijkheid spelen daarom specifieke taakemoties een belangrijke rol in therapeutische sessies. Dit zijn werk of taak gerelateerde emoties die we vooral terugzien bij diverse professionals en die worden opgewekt door de specifieke taaksituatie waarin de professional zich bevindt.

We begonnen daarom onze pilot studie met een inventarisatie die uitzicht moest bieden op welke (emotionele) belangen van de therapeut geraakt worden door de gegeven taaksituatie.

We brachten tijdens de pilot studie de belangrijkste bronbelangen van therapeuten gedurende hun werksessies in kaart. Daarin viel op dat lang niet al van deze bronbelangen problematische ervaringen hoeven te zijn voor de therapeut. Integendeel de therapeut voelt zich als het goed is, geïnspireerd en uitgedaagd door zijn werk.

Uitdaging gaat gepaard met positieve of prettige gevoelens als (spel)plezier, moed, lef of durf, taakspanning, een prettige opwinding, concentratie, “eagerness”, zich sterk en zeker voelen. Dit alles correleert vanzelfsprekend met de persoonlijke en professionele competentie van de therapeut om de taak die hem is gesteld succesvol te vervullen. Daarmee lijkt uitdaging de meest op de voorgrond tredende taakemotie tijdens een therapeutische communicatiesituatie en niet de eerder gemeende overdracht.

Vanuit de pilot studie konden we een experimentele en innovatieve hypothese over therapeutische communicatie vanuit het perspectief van de therapeut formuleren, namelijk 1. dat taakemoties gedurende therapeutische sessies een duidelijk waarneembare en pregnante rol spelen bij de therapeut. 2. dat de aanwezige taakemoties het fenomeen (tegen)overdracht waarschijnlijk in sterke mate naar de achtergrond zullen verdringen, omdat de therapeutische communicatiesituatie complex en veeleisend blijkt en de therapeut daarom in gedachten eerder opgeëist zal worden hoe hij zijn gestelde taak succesvol kan volbrengen. 3. dit feit doet vermoeden dat het fenomeen tegenoverdracht vooral ook buiten de sessie om een rol kan spelen bij de therapeut.

We stelden hypothetisch, dat het fenomeen tegenoverdracht daarmee een veel kleinere rol speelt dan gedacht en daarmee waarschijnlijk minder problematisch voor therapeuten is dan algemeen aangenomen en beweerd.

Wel signaleerden we een ander mogelijk probleem voor de therapeut, namelijk de constante verhoogde oxytocine niveaus, vanwege de intimiteit die therapeutische sessies over het algemeen met zich meebrengen. Het betreft hier niet alleen sessies waarbij fysiek contact plaatsvindt tussen therapeut en cliënt, maar ook praat sessies.

Wat de effecten, gevolgen en de eventuele voor- of nadelen zijn van deze langdurig en constante verhoogde oxytocine niveaus in het lichaam van therapeuten, is verder nooit wetenschappelijk onderzocht.

Met deze laatste opmerking besluiten we voor nu ons betoog over de wetenschappelijke en maatschappelijke impact en relevantie van (therapeutisch) seksuologisch en intiem lichaamswerk.

Dr. Tara Long.

© January 2010, All copyrights reserved.

Referenties

- Arnold, M. (1960) *Emotion and Personality*, vol. 1, New York: Colombia University Press
- Barkema-Sala, E. (2006) “Ook therapeuten hebben een lichaam”, op: www.counsellinginternational.com
- Boswijk-Hummel, R. (1997) *Liefde in wonderland; Overdracht en tegenoverdracht in de hulprelatie*, Haarlem: De Toorts
- Csikszentmihalyi, M. (1990), *Flow: The Psychology of Optimal Experience*, New York: Harper Collins Publishers
- Davis, Ph. (1993) *Liefdevolle aanraking*, Oosterhout: van den Herik uitgever
- Freud, S. (1908g) “Anzeige der Schriften zur angewandten Seelenkunde” [gewijz. versie van 1907e], in: S. Freud, *Der Wahn und die Träume in W. Jensens ‘Gradiva’*, Wien, *Gesammelte Werke Nachtragsband*, 696
- Frijda, N. (1986) *The Emotions; studies in emotion and social interaction*, Cambridge: Cambridge University Press
- Frijda, N. (1988a) *De emoties, overzicht van theorie en onderzoek* [vertaling S. van ’t Hof en M. de Jager] Amsterdam: Bert Bakker
- Frijda, N. (1989) Aesthetic emotions and reality, *American Psychologist*, vol. 44, p. 1546-1547
- Goffman, E. (1974) *Frame Analysis*, New York: Harper & Row Publishers
- Harris, R. “Integral Sexology”, op: www.integralworld.net, maart 2006
- Konijn, E. (1994) *Acteurs spelen emoties*, Amsterdam: Boom
- Lazarus, R. (1980) The stress and coping paradigm, In: A.L. Bond & J.L. Rosen (red.), *Competence and coping during adulthood*, Londen: University Press of New England
- Lazarus, R. (1982) Thoughts on the relations between emotion and cognition, *American Psychologist*, vol. 37, p. 1019-1024
- Long, T., (2007) *Een pilot studie naar het vermogen tot “kinesthetisch bewust zijn” van cliënten gedurende seksuologische lichaamswerk sessies*, unpublished
- Luborsky, I., (1984), “The Use of Psychotherapy Treatment Manuals: A small revolution in psychotherapy research style” *Principles of Psychoanalytic Psychotherapy*, In: *Clinical Psychology Review*, vol. 4, Issue 1, p. 5-14
- Luborsky, I. et al, (1988), “The Therapist Facilitating Behaviors Scale” In: *NIDA Monograph* 165, p. 236-244
- Luborsky, I. (1994), “Perspectives on seven Transference Related Measures Applied to the Interview with Ms. Smithfield” In: *Psychotherapy Research*, vol. 4, Issue 3 & 4, p. 152-154
- Montague, A. (1971) *Touching: The Human Significance of the Skin*, New York: Colombia University Press
- Pek, A., “Dit jaar geen griep”, in: *Psychologie Magazine*, november 2009, p. 80-83
- Piët, S. (1986) *Het loon van de angst*, Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, Faculteit Psychologie (diss.)

- Prescott, J., (1975), "Body Pleasure And The Origins Of Violence", In: *The Bulletin of the Atomic Scientists*, november 1975, p. 10-20
- Sartre, J. P. (1971; oorspr. 1936) *Magie en emotie* (Esquisse d'une théorie des émotions;) Parijs: Hermann [Nederlandse vertaling door L. Tas, Meppel; Boom]
- Shaw, R., (2003), *The Embodied Psychotherapist*, [PhD Research], Londen: Routledge
- Shaw, R., (2004) "Psychotherapist embodiment" In: *Counselling and Psychotherapy Journal, Society for Psychotherapy Research*, 14 (3), p. 271-288
- Snyder, M. (1974) The self-monitoring of expressive behaviour, *Journal of Personality and Social Psychology*, vol. 30, pp. 526-537
- Wildschut, L., (2003), *Bewogen door dans; De beleving van theaterdansvoorstellingen door kinderen*, [Promotieonderzoek], Utrecht: Universiteit Utrecht
- Zuckerman, M. (1979) *Sensation Seeking*, Hillsdale, N.J.: Erlbaum
- Zuckerman, M., Buchsbaum M.S. & Murphy, D.L. (1980) Sensation seeking and its biological correlates. *Psychological Bulletin*, vol. 88 (1), pp. 187-214