

# DE SENSOMOTORISCHE COMMUNICATIE (S.M.C. OF ALLO-EXPLORATIE) ALS PSYCHODIAGNOSTISCHE EN PSYCHOTHERAPEUTISCHE METHODE BIJ DIEPGESTOORDE ZWAKZINNIGEN IN INRICHTINGSVERBAND \*

door Drs. C. VAN RAALTE, klinisch psycholoog  
(uit het „Hendrik van Boeijen-oord” te Assen; geneesheer-directeur:  
E. Hoejenbos)

## 1 DE AANLEIDING TOT DE OPZET VAN DE SENSOMOTORISCHE COMMUNICATIE (SMC) OF ALLO-EXPLORATIE

Voordat ik u de S.M.C. met zijn motivering ga beschrijven, wil ik u mededelen, welke aanleiding mij tot de opzet van deze onderzoeksmethode heeft gebracht. In de jaren 1960 tot en met 1963 moest ik ongeveer 300 zeer diepgestoorde zwakzinnigen in de leeftijden van 2 tot 20 jaar psychologisch onderzoeken teneinde aan artsen en pedagogen in verschillende inrichtingen gegevens over hun ontwikkelingsniveau en functionele kwaliteiten te verschaffen. Deze patiënten waren voor 1/4 chronisch bedlegerig, de overigen waren wel ambulante maar vertoonden een autistisch, apatisch, hyperkinetisch of agressief gedrag. De meesten praatten niet en bleken voor verbaal onderzoek niet aanspreekbaar. De psychologische tests (b.v. Bühler-Hetzer, CAT, Oseretzky, Rohrschach, Son, Von Staabs, Stutsman, Terman, Wechsler-Bellevue) konden op hen niet zinvol worden toegepast. Zij begrepen de instructie niet of hadden geen aandacht voor de proeven. De meeste patiënten bleken bovendien zo ernstig zintuiglijk, motorisch, prestatief en emotioneel gestoord, dat de haalbare testresultaten niet representatief voor hun feitelijke hoedanigheden mochten worden geacht.

Even belangrijk leken mij hun affectieve en morele relatiestoornissen op de ondergrond van instinktarmoede en van te sterke partiële driften, die door ziektefactoren en een onjuiste aanpak van een niet-adekwaat milieu waren ontstaan of verergerd. Ik kwam na een eerste inventarisering tot de conclusie, dat verreweg de meeste patiënten de elementaire notie van de aanwezigheid van een met hen contact zoekende medemens misten, en dat velen geen of te weinig basic security (met daaruit volgende angst en agressie) en te weinig aandrang tot exploratie van subjecten en objecten leken te hebben.

Ik overwoog, dat psychologisch onderzoek bij deze personen alleen nut en perspectief zou bieden, als de onderzoeker er in zou slagen, een

---

\* Deze bijdrage is een op enige punten bijgewerkte lezing, die in april 1967 voor de 'Werkgroep Zwakzinnigheid vanwege het NIP' en die tijdens het 'First Congress of the International Association for the Scientific Study of Mental Deficiency' van 12—18 september 1967 te Montpellier in Frankrijk in het Frans door de auteur werd gehouden. Tevens werd de lezing gepubliceerd in het decembernummer van het tijdschrift 'Journal of Mental Subnormality', december 1967.

goed antwoord te vinden op hun gebrekkige basic security, op hun in de lichamelijke sfeer gelegen lustgevoel en belangstelling, en op de werking van hun affecten en partiële driften. Hij zou dan geen gebruikelijk testonderzoek kunnen doen, maar daartoe bestonden ook teveel onbekende implicaties (bv. de gevolgen van cerebrale laesies of van epileptische storingen voor de corticale verrichtingen).

Hij zou, integendeel, wel onderzoek kunnen doen naar de zijnswijze, de relationele behoeften en de ondergrond tot exploreren van de gehele, zij het dan zwaar gestoorde persoonlijkheid in diens toestand van integratie of desintegratie. Vond de onderzoeker de juiste modus operandi, dan zou hij misschien via een toenemend vertrouwelijk contact ook kans krijgen, enkele bestaande tests in andere vormen toe te passen.

Was er praktische plaatsruimte voor deze overweging? Ja, die bleek er te zijn. Doordat ik tijdens een aantal onderzoeken zonder testmateriaal had bemerkt, dat vele patiënten met lust of onlust maar ook met aandacht, verschillende mimiek en zelfs doelgericht gedrag bleken te reageren op blazen, vibreren, vocaliseren en aanraken, liefst koesterend of plagerig kietelen, tikken, knijpen, bijten, wrijven, drukken, aaien, duwen, bij voorkeur op hun onbedekte huid, besloot ik tot een *revolutionaire* maatregel op het punt van de psychologische diagnostiek. Revolutionair, omdat ik besloot, de lichamelijke distantie bij deze diagnostiek op te heffen, en de patiënten maximaal te benaderen in hun lichamelijke, in hun vitale en sensomotorische zijnswijze. Uiteraard niet op de manier van huisarts, neuroloog of fysiotherapeut (heilgymnast), maar met de bedoeling tot emotioneel relateren.

Teneinde hen de voedingsbodem voor een medemenselijk toevluchtoord en exploratieobject te bieden, besloot ik hen mijzelf zo goed mogelijk voel- en kenbaar te maken.

Hoe moest ik dit doen, rekening houdend met de eigen veiligheid en die van de patiënten?

Als leidraad koos ik de traditionele situatie van omgang in het gezin, waarin de moeder met haar beschuttend lichaam en haar warmte en tedere affectiviteit het *kleine* kind optimale veiligheid biedt en waarin de vader met het *groter* wordende kind speels en zachtmoedig-agressief in bed en op de grond speelt en stoeit.

Deze twee natuurlijke omgangswijzen combineerde ik tot één benaderingsmethode: de sensomotorische communicatie. Het werd een letterlijke beschikbaarstelling aan de patiënt, waarbij ik mij dus relationeel aan deze opdrong, hem of haar uitnodigend of dwingend tot onderkennen en ervaren van mij en van onze interactie. De patiënt mocht bijna zonder spelregels van mij gebruik maken.

Hij zou geen schoeisel mogen dragen en, indien nog niet puberterend, liefst naakt moeten zijn, teneinde 'dermataal' en haptisch mijn aanwezigheid optimaal gewaar te worden. Ik zou mijn kwetsbare organen beschermen en met het oog op eventuele bevuiling een overall dragen. Maar zelfs tijdens het praktiseren met deze zo min mogelijk normerende

methode zou men het niet zonder een *elementair-gestructureerde* approach kunnen stellen. Evenmin als zelfs in een spelkamer toelaatbaar is, dat de patiënten de ruiten ingooien, de gordijnen verscheuren en de deur ontwrichten, zou kunnen worden toegestaan, dat zij tijdens de SMC de onderzoeker beschadigen, deze ontkleden of hem sexueel-agressief bejegenen. Wel tolerabel, want behorend tot de virtuele taktiek van het onderzoek, zouden wezen een stijf tegen elkaar aanliggen en een wederzijds taktiek contact van het gehele lichaam.

Hierbij zou de psycholoog elke provocatie van genitale aard moeten vermijden en de implicaties van dusdanige gedragingen door de patiënten fystiek en emotioneel moeten kunnen incasseren en duiden.

Het praktiseren met deze methode gaf in de eerste tijd tal van kunstfouten te overwinnen. Ik moest mijn eigen emotionele weerstanden analytisch opheffen en het affectieve, op sociale taboes gegronde weerweer van deskundigen en personeelsleden grondig met hen doorspreken. Maar het belangrijkste was, dat deze benadering uitstekend werkte en tot verrassende resultaten leidde. Gezien de uitingen en uitdrukkingsverschijnselen van de patiënten konden meer dan oppervlakkige zinnelijke contacten worden verkregen en bovendien bleek uit gedifferentieerde reacties van de door tal van ziekten en milieu-invloeden diepgestoorde patiënten, dat met behulp van deze geduldig uitgevoerde ensceneringen zowel het emotioneel als het verstandelijk ontwikkelingsniveau alsmede temperaments- en karakterfactoren konden worden beschreven. Het meest essentieel bleek echter, dat ik met de S.M.C. veel te weten kon komen van de primaire, intieme behoeften en intenties van de patiënten individueel en van hun interacties en interrelaties in hun leefgroep.

De zo verkregen bevindingen, die informatie konden leveren aan de andere disciplines, dwongen mij de eerste jaren van het werken met de S.M.C. (maar eigenlijk steeds meer, naarmate ik in het 'Hendrik van Boeijen-Oord' tot op heden tot een dagelijkse ervaring kon komen) tot een kritische systematisering van mijn activiteiten.

Hoewel deze benadering van diepgestoorde subnormalen meer een *existentiële ontmoeting* is dan een feitelijk onderzoek van potenties, functies en niveau, bleek het toch noodzakelijk tot een wijze van werken te komen, die, terwille van de herhaalbaarheid en de overdraagbaarheid, tenminste van onderzoek-*entourage* en van vorm en duur der *ensceneringen* zoveel mogelijk 'konstanten' moest maken. Hierdoor konden aan de basis van een gauw te subjectieve regie en interpretatie van de interacties althans enige grenzen worden gesteld.

Daar het tot op heden om verschillende redenen onmogelijk bleek, de methode door middel van een kwantificerende bewerking der interactiegegevens te valideren en te standaardiseren (al hierdoor bezwaarlijk, omdat op diep-oligofrenen *geijkte* testseries niet bestaan), moest volstaan worden met een zoveel mogelijk kwalificerende descriptie van de interactie en met duidingen van het autonome en reactieve gedrag als

van bv. meer exemplarische of meer psychodynamische aard.

## 2 BESCHRIJVING VAN DE SENSOMOTORISCHE COMMUNICATIE

De methode der sensomotorische communicatie — anders genoemd: *allo-exploratie*, omdat de ander (= allo), dus de patiënt, kans krijgt de onderzoeker te onderzoeken — vereist het optimum van fysieke en morele aanpassing, van geduld, toewijding en verdeelde aandacht van de onderzoeker. Hij moet immers niet enkel letten op de beweging van de patiënt en op diens psychofysische uitingen, maar ook op al zijn eigen opwellingen en initiatieven en op het samenspel, dat tussen beiden ontstaat.

De S.M.C. heeft de bedoeling, langs overwegend nonverbale weg diepgestoorde zwakzinnigen\* te onderzoeken, die niet kunnen of willen praten en (of) die in de gemeenschap ernstige gedragsstoornissen vertonen. De psycholoog begeeft zich in een interlichamelijk rollenspel met de patiënt, waarin hij deze met zijn lichaam als niet-bedreigend en zoveel mogelijk niet-normerend instrument veiligheid en gelegenheid tot sensibel en tactiel contact biedt. Zelf altererend tussen een onbeweeglijke, passieve houding en meer actief gedrag in een bed, in een stoel\*\* en op de grond tracht hij door middel van een va et vient van tal van sensomotorische prikkels tot een relatie met de patiënt te komen.

Hierbij is hij bijna altijd vrijelijk benutbare *onderlaag* voor de liggende, kruipende, zittende, knielende of staande patiënt. De eigen of gedwongen positiekeuze door laatstgenoemde bovenop, over, naast of dichtbij de psycholoog alsmede de kans op een optimaal gewaarworden via de deels ontklede of onbedekte huid bevorderen, dat de patiënt zoveel mogelijk kan ondervinden en doen. Juist in deze setting kan hij dit ondervinden het best realiseren door middel van zijn 'lagere' zinnen, nl. de vibratiezin, de haptiek, de kinesthesie, de druk- en temperatuurzin, de pijn- en kietelzin, de huiderotiek, de oraliteit, de tactiliteit, de reuk en de smaak,\*\*\* al kunnen in de kleine gewaarwordingsruimte van de patiënt ook gehoor en gezicht hun rol spelen. Aldus letterlijk relaterend met de onderzoeker krijgt de patiënt meer affectieve en verstandelijke notie van de fysieke, psychische en geestelijke kenmerken van de medemens. En zo kan hij de waarden van de geïntendeerde beweging, van de beheerste kracht, van genegenheid, samenspel en medewerking zelf leren aanvoelen en ontdekken. Om-

\* Respectievelijk: allen, die, onder de noemer van ernstige sub-normaliteit, in de psychiatrische inrichting, het internaat of een andere buitengewone leefgemeenschap verpleegd en verzorgd worden.

\*\* Zoveel mogelijk onbeweeglijk deel uitmakend van een diepe leunstoel met armliggers, doordat hij, knielend, met achterhoofd, nek, rug en schouders een combinatie vormt met de stoelzitting.

\*\*\*Doordat de patiënt de onderzoeker met neus (wrijvend, snuffelend) en mond (zuigend, likkend, zoenend, bijtend) exploreert.

gekeerd kan de onderzoeker inhouden van dezelfde waarden onder- vinden bij de patiënt, maar ook de intieme achtergronden van schrik- en paniekreacties, van angst en vrees, van nieuwsgierigheid en plezier, van sensuele gevoelens, van afweerreacties en verdringen, van de behoefte tot bv. identificeren en compenseren.

Deze contactlegging en relationele ervaring worden grotendeels ontdaan van de socioculturele condities, die in de maatschappij der normalen als omgangsvormen gelden. Immers: de overwegend passieve, primitieve houding van de onderzoeker in een bed, in een stoel en op de grond in een objectarme setting geeft de patiënt zeer waarschijnlijk een *gevoel van macht* of van *bijna-alles-mogen* of op zijn minst een notie van veiligheid en van gelijksoortigheid van de onderzoeker.

Dit gevoel of deze notie veroorlooft of noodzaakt tot willekeurige activiteit, die structuren van schrik, angst, affect- of bewegingsremming blijkt te kunnen opheffen of die rusteloosheid, agressie, destructie of zelfmutilatie blijkt te kunnen matigen. Anderzijds kan de encenering met de S.M.C. de behoefte tot spelen, samenspelen, objectexploratie, stoeien, plagen, liefkozen, helpen, zorgzaam zijn, informeren en zelfs leidinggeven tot gevarieerde uiting brengen.

*Psychotherapeutische contacten* uit en volgens de S.M.C. blijken moge- lijk te zijn en met succes te kunnen worden benut, al is dan een lang- durige behandeling wel noodzaak. Van mijn behandeling volgens de S.M.C. van een diepgestoorde jongen met ernstige neiging tot bonken met de schedel is een sprekende, gekleurde film gemaakt (door E. Hoe- jenbos).

Natuurlijk kunnen deze contacten de aangeboren of verkregen cerebrale stoornissen niet opheffen, maar de hieruit en uit verkeerde opvoedings- gewoonten ontstane neurotische en psychotische complicaties wel wij- zigen in een integratievorm, die kan bijdragen tot een evenwichtiger en gelukkiger leven.

### 3 MOTIEVEN EN WETENSCHAPPELIJKE ACHTERGROND

Ik wil deze bijdrage met de vermelding van enige motieven besluiten. Als men vraagt, waarom ik deze diepgestoorden op deze manier onder- zoek, dan gelden daarvoor de volgende empirische en theoretische fac- toren. Wat de motivering betreft is — naast mijn eigen constitutie en habitus — in het algemeen sprake van een noodzaak om over het *persoon-zijn* van de diepgestoorden informatie te verkrijgen. Hun mens- zijn, hoe gestoord ook en hoe lichamelijk gedefformeerd, wettigt een aanpak, die in hun levenssfeer binnendringt.

Op welk hoofdmotief stoelt nu deze aanpak?

Het is mijn bedoeling *niet* om na te gaan, uit welke oorzaken en in hoeverre de diepgestoorde somatopsychisch defekt, geestelijk vreemd of vervreemd is of in sociocultureel opzicht van de norm afwijkt. Het is, integendeel, de bedoeling te onderzoeken, in hoeverre de in contactueel,

temperamenteel, representatief en prestatief opzicht zo anders geoutilleerde en anders-doende mens niettemin bekwaam is of lijkt tot een relationeel-emotionele *houding* en tot een verstandelijke *keuze* van gedragingen, die, onder voorwaarde van zijn kalenderleeftijd en zijn situatie, beantwoorden aan een aantal elementaire kenmerken van algemeen-menselijk zijn. Deze kenmerken laten zich omschrijven als: notie hebben van het (eigen) lichaamsschema en van de naastbije ruimte; kunnen onderscheiden tussen objekt en subjekt; met gedifferentieerde (panto) mimiek reageren; gelijktijdig twee of drie verschillende handelingen uitvoeren; tot een gericht persoonlijk ogencontact komen; tijdens manipuleren of elkaar aankijken schaamte tonen; blozen en wegstijven; gericht kunnen glimlachen; grinniken; zacht met tranen huilen; tong uitsteken; tederheid tonen; hulpvaardig doen; d.m.v. 'oergestes' gebaren; neuriën; brabbelen en gradueel verstaanbaar praten; ritueel vertonen; constructief en illusief spelen; agressieve impulsen onderdrukken en beheersen (respectievelijk niet op de ander richten); behoeften beheersen; blokkerende probleemsituaties oplossen etc.

Om deze *houding* en *keuze* van gedragingen te kunnen toetsen is het nodig, de diepgestoorde een zo groot mogelijke, hoewel in tijd en ruimte toch weer beperkte 'virtuele vrijheid' te geven (i.c. zo weinig mogelijk 'normeringen') als voedingsbodem voor zijn initiatieven in de interlichamelijke relatie: dit zijn dan initiatieven tot passief en actief exploreren, waarin en tijdens welke vitale behoeften, relationele neigingen en frustraties (respectievelijk afweermechanismen) en intenties tot nadenken, waarden, spelen en presteren geuit kunnen worden.

Daar nu alle andere gebruikelijk of diagnostisch bedoelde benaderingswijzen van de diepzwakzinnige — leidende tot overwegend negatieve kwalificaties (i.c. tot konstateringen, die tekorten behelzen!) — steeds op de een of andere manier, hoe vriendelijk of welwillend men ook denkt, voortvloeien uit een 'machtspositie' die men als beoordelaar inneemt (bv.: men *kijkt* op het liggende of zittende kind *neer*, men *pakt* het kind bij de hand, men *neemt* het kind op de schoot, men *zet* het kind aan tafel voor testonderzoek, men laat kieskeurig *afstand* merken, men *praat* tegen het kind en gemeenlijk te vlug of te ambtelijk, men *doet* conventioneel en verwacht iets conventioneels terug!), dient men zoveel mogelijk een voor de diepgestoorde zwakzinnige waarneembare machtspositie te vermijden; althans buiten de normering, die men als persoon zelf is.

Vermijd ik nu deze machtspositie, die ontstaan is uit onze omgang met het *normale kind*, en wens ik in elk geval informatie omtrent het persoon-zijn van die diepgestoorde, dan ben ik dus aangewezen op de reeds aangegeven enceneringen, die, ik erken het, een bizarre indruk maken, indien men niet weet waartoe ze dienen.

Verder gelden de volgende op de empirie gebaseerde motieven:

(a) Evenals bij de normale baby en peuter ligt bij de diepgestoorde subnormalen hun ervaringswereld in hun onmiddellijke nabijheid (Nah-

Raum). Zij zoeken hun *zekerheid* in datgene, waarop zij letterlijk liggen, zitten, staan en lopen.

(b) De meeste diepgestoorden hebben geen censuur t.o.v. hun stemmen, affecten en hun impulsen tot tactiele omgang: zij willen besnuffelen, grijpen, aftasten, beetpakken, belikken, bekloppen, instoppen, wat zich aan hen voordoet. In hun 'spel' manipuleren en pedipuleren zij veel.

(c) Net als het normale kleine kind lijken de meeste diepgestoorden — met uitzondering van de primaire autisten — het lichamelijke contact te behoeven. Het aanklampen, het zich aanvlijen tegen de nestfiguur, het op de volwassene kruipen en aan hem of haar hangen, verwijzen naar deze behoefte.

(d) Tijdens de S.M.C. is de afstand tussen onderzoeker en patiënt minimaal. Er is een soort gespeelde 'symbiose'. Tijdens deze toestand kan het kind de gelukzaligheid van de baarmoederlijke bescherming evengoed als die van het gewiegd of getroost worden opnieuw beleven. Bovendien geven de wisselende rollen, die de psycholoog kiest, de patiënt tal van mogelijkheden voor aanvaarden, afwijzen, ambitendent reageren, vluchten, veroveren, plagen, zich in illusief spel uitleven, enz. De onderzoeker alterceert immers tussen de rol van ding, meubel, dood-, ziek-, slapend-mens, pop of marionet, beerchtig dier, kameraad of vriendje, ouder- of familiefiguur, verzorger, vijand, medepatiënt, stoeipartner.

(e) Partiële driften en gevoelsinhouden, die in de relatievorming werden verwaarloosd of gehospitaliseerd, krijgen kans om tijdelijk gekoesterd en anders gericht te worden.

(f) Bovendien, ten slotte, is de opstelling van de onderzoeker op de grond of met zijn rugzijde naar boven in de stoel het minst bedreigend of autoritair. Zijn passiviteit drukt een afwezig zijn van macht uit. Zijn vriendelijk aanwezig-zijn, zijn toelaten van bijna alle gedrag en initiatieven geeft een sfeer van vertrouwelijkheid. Deze houding kan echter ook de patiënt doen schrikken of traumatiseren en dan krijgt de psycholoog enig inzicht in de mogelijke intieme achtergronden van angst- of dwangritueel, van stereotype afweergestes, van autoplectie, van vormen van agressie en regressie. Tenslotte differentieert de encenering van de S.M.C. ook naar boven, d.w.z. naar het meer normale tussen-menselijk handelen toe.

Wanneer nl. patiënten schaamte-uitingen vertonen, de onderzoeker uilachen of bespotten of hem willen ophelpen uit zijn liggende houding, dan blijkt hieruit, dat deze mensen emotioneel of verstandelijk hoger ontwikkeld zijn dan hun verder gedrag lijkt aan te geven.

In deze gevallen is het wenselijk, dat de onderzoeker de S.M.C. afbreekt en overgaat tot een benadering met de conventionele testmiddelen.

Behalve aan de empirie en aan originele overdenkingen is de theoretische opzet van deze bijdrage tot de 'oligofrenologie' en de klinische psychologie ontleend aan werk van: A. ADLER (Levensproblemen, 1937), L. BINSWANGER (Grundformen und Erkenntnis Menschlichen Daseins, 1953), F. J. J. BUYTENDIJK (Algemene theorie der menselijke houding en beweging, 1948; Mensch und Tier, 1958), M. DUFRENNE (La personnalité de base, 1953), K. GOLDSTEIN (Der Aufbau des Organismus, 1934), J. L'HERMITTE (L'image de notre corps, 1939), M. MERLEAU-PONTY (La structure du comportement, 1949) en P. SCHILDER (The image and appearance of the human body, 1935).

## SUMMARY

*A new psychological method named 'sensory-motor communications (SMC)' or 'allo-exploration', is described. This procedure is intended for use in psychiatric institutions. The method is a chiefly non-verbal one and is used with severely subnormals, who can not or will not talk, and who show in an even specialised community severe disorders of conduct, which can not be explored sufficiently by the usual tests.*

*The clinical psychologist enters an intersomatic role-playing with the patient, in which he offers him safety and possibilities for sensory and tactile contact with his body as a non-threatening and as much as possible a non-directive instrument. Alternating between a motionless, passive position and a more active state in a bed or chair or on the floor he tries, by way of many sensory-motor stimuli, to realise a relationship with the subnormal. Doing so, he nearly always is, without restraint, a usable substratum for the lying, crawling, sitting, kneeling or standing patient. The fact, that the latter can experience and do as much as possible in that repeatable situation, is assisted by the spontaneous or enforced choice of various positions by the subnormal on top, over, beside or close in relation to the psychologist, as well as the alteration of optimal sensations via the skin. Only in this setting the subnormal can realize this experience as much as possible by way of his 'proximal senses'. Thus literally relating with the therapist the patient gets an optimum of affective and intellectual notions of the physical, psychical and spiritual marks of the human being.*

*The passive, primitive position of the psychologist in a bed or chair or on the floor in an otherwise unstimulating setting gives the patient a feeling of 'power' or of 'being-allowed-nearly-everything' or at least a notion of security and equality to the explorer. This notion allows of forces to arbitrary activity, that appears to dissolve feelings of fright, terror or checked affects or movements, and it seems to be able to moderate restlessness, aggression, destruction or selfmutilation (as two coloured films, produced by E. Hoejenbos, demonstrate). In normal society this contact and this relational sensation are largely released by the sociocultural conditions, referred to as manners.*

*Psychotherapeutic contacts with severely subnormals of any age, resulting from the SMC, appear to be possible and are often used with success, though a prolonged therapy is necessary. These contacts are of course not able to cure the congenital or acquired cerebral disturbances, but the results of wrong pedagogical habits exhibiting neurotic and psychotic complications can be changed into forms of integration, that may contribute to a more balanced and happier life.*