

De opleiding is bijzonder. Zij gaat de diepte in - en de breedte. Zij heeft alles overhoop, komt overal bij, stelt geen grenzen. Zij is niet op angst gebaseerd en daarom is zij constructief, lewendig, krachtig, wettelijk.



Balkerweg 83, 7739 PT Ommen, www.tasso.nl, Tel. 0523 - 649 415, info@tasso.nl

VERGELIJK VAN DE 'INTAKE' BIJ TASSO EN SRN Frederike de Jong

voor vragen en de volledige scriptie: f.j.dejong@planet.nl

Wie als Tasso student een nascholingsmodule bij de SRN ontkomt er niet aan zich te verbazen over de rol die de intake voorafgaande aan het therapeutische consult inneemt. Verbazing, want: bij Tasso is er niet zoiets als een intake, laat staan een heel uitgebreide, en bij de SRN wordt er veel belang gehecht aan een dergelijke, zeer uitgebreide, intake. Dit is geen detail, een klein verschil tussen de beide opleidingen, maar het zegt iets over de verschillen in inzichten tussen de beide opleidingen over wat regressie- en reïncarnatietherapie is of zou moeten zijn.

De intake bij de SRN

Bij de SRN wordt onderscheiden tussen een lange en een compacte intake, en een voorgesprek. De lange intake gaat aan elk therapeutisch proces dat voorondersteld wordt meer dan één sessie te beslaan, vooraf; de compacte intake wordt gebruikt in een aantal bijzondere situaties die hierboven reeds genoemd zijn. De lange intake heeft de duur van een heel consult van ongeveer twee uur; regressie wordt tijdens de intake zoveel mogelijk voorkomen. Komen herbelevingen tijdens het intakegesprek voor, dan wordt geadviseerd om deze te 'parkeren' voor een volgend consult: 'In het algemeen doet de reïncarnatietherapeut er het beste aan de cliënt de gelegenheid te geven de opkomende woorden, beelden en sensaties te uiten om dan vervolgens samen met de cliënt af te spreken dat de opgekomen ervaring tijdens het volgende consult echt goed doorgewerkt zal worden. Noch therapeut, noch cliënt zijn op dat moment gebaat met een haastig begin, waarbij een duidelijk procesplan ontbreekt'.

De lange intake heeft een structuur die ik hier beknopt weergeef:

1. verwelkomen en op gemak stellen van de nieuwe cliënt; gevolgd door het noteren van zijn demografische gegevens.
2. inventariseren en specificeren van de belangrijkste problemen en symptomen, die de cliënt in het proces wil inbrengen.
3. inventariseren in hoeverre de cliënt een natuurlijke verbinding ervaart met voor hem of haar belangrijke levensdomeinen of onderdelen daarvan. Over 'levensdomeinen' volgt hierna meer informatie.
4. analyseren van de biografie aan de hand van een groot aantal aandachtspunten, gericht op:
 - het in kaart brengen van de thema's en verbindingen waarmee de cliënt het meest worstelt (ook over de thema's of levensthema's hierna meer);
 - het zo veel mogelijk te weten komen welke complicaties herbelevingen kunnen bemoeilijken;
5. opvragen wie de cliënt reeds heeft geconsulteerd met betrekking tot de ingebrachte problemen (zowel artsen als therapeuten)
6. vaststellen van de gewenste toestand, zowel wat betreft de symptomen, de levensthema's als de verbindingen met de levensdomeinen van de cliënt (inhoudelijk contract). (Ook over de 'gewenste toestand' en het 'inhoudelijke contract' volgt hierna meer informatie).
7. afronden van het gesprek met het maken van afspraken, ook over de financiële aspecten van de therapie (organisatorisch contract).

Verder dient voortdurend aandacht te bestaan voor:

8. het opsporen van contra-indicaties
9. het inventariseren van 'ingangen' voor inducties in volgende consulten
10. het creëren van een vertrouwensband tussen cliënt en therapeut door goed af te stemmen.

In het intakegesprek wordt informatie verzameld en geanalyseerd met als doel de cliënt bij te staan:

1. zijn trauma te verwerken
2. zijn levensthema's te neutraliseren
3. zijn als verbroken ervaren verbindingen met levensdomeinen te herstellen.

Nu eerst iets meer over levensdomeinen, en daarna iets meer over het neutraliseren van levensthema's. Met 'levensdomeinen' worden acht gebieden bedoeld, waarmee een goed functionerend, evenwichtig persoon, wordt voorondersteld in verbinding te staan. Het gaat hierbij om vier interne en vier externe verbindingen:

<u>Intern</u>	<u>Extern</u>	
1. het eigen intellect	1. mensen	1. M
2. de eigen emoties	2. natuur	2. E
3. het eigen lichaam	3. materie (geld)	3. L
4. de eigen spiritualiteit	4. cultuur en samenleving	4. S

Levensthema's ontstaan wanneer de verbindingen met levensdomeinen door als traumatisch ervaren gebeurtenissen worden verstoord. Voorondersteld wordt dat mensen op aarde per definitie polariteit ervaren, archetypisch voorgesteld als 'de innerlijke vrouw' en 'de innerlijke man'. Ik citeer: 'De vrouwelijke en mannelijke oerbeelden worden gekenmerkt door één (polair) principe, maar worden verschillend benoemd: rust (v)- beweging (m), of: passief (v)- actief (m), of: ontspannend (v)- aanspannend (m), enzovoort.' Zolang bij het ervaren beide polen van polaire manifestaties worden geaccepteerd leeft een mens in verbinding met zichzelf en de wereld om hem heen, een trauma verstoort deze verbinding: 'Een ervaring wordt een trauma als bepaalde aspecten van die ervaring niet verwerkt, niet geaccepteerd kunnen worden. Daar een ervaring per definitie het kenmerk van polariteit in zich draagt, is de consequentie van een trauma het afwijzen van minstens een van de twee polen van zo'n polariteit. Als een dergelijke afwijzing van een pool zich herhaalt en daardoor versterkt, ontstaat een polair levensthema. Kenmerk van een dergelijk thema is een generaliserend voorspellend postulaat dat de neiging heeft zichzelf steeds weer waar te maken. Daardoor ontstaan binnen de zielontwikkeling kettingen van ervaringen met een gemeenschappelijk polair thema, bijvoorbeeld onvrijheid-vrijheid, armoede-rijkdom, ziekte-gezondheid, enzovoort. Elke cliënt draagt een of meer van zulke polaire thema's in zich. In principe is het aantal thema's oneindig'.

Het aantal thema's mag oneindig zijn, het aantal basispolariteiten is dat niet. Bontenbal noemt rust en beweging als de meest belangrijke basispolariteit, samen met de polariteit rationeel denken – magisch ervaren. De polariteit rust en beweging zien we terug in bijvoorbeeld thuis zijn – buiten zijn, nacht – dag, slapen – waken, eb – vloed. Onder magisch ervaren worden die wijzen van ervaren verstaan die kennelijk niet zijn gekoppeld aan de vijf fysiologische zintuigen. (1, p. 68). In onze cultuur met haar primaat van de menselijke rede wordt het magisch ervaren vaak als irrationeel, primitief en onvolwassen afgedaan.

Bontenbal wijst erop dat in andere filosofische en/of therapeutische modellen de polen van deze polariteiten worden aangeduid met innerlijke delen: vrouw-man en volwassene-kind. Ook deze polariteiten (als uitingsvormen van de twee genoemde basispolariteiten) spelen in zijn therapeutische aanpak een rol. Dat geldt ook voor de polariteit slachtoffer – dader, die in zijn therapeutische focus prominent aanwezig is.

De ideale situatie tussen beide polen bestaat in het vermogen een dynamische verbinding tussen beide polen te kunnen blijven waarnemen. Waar dat niet meer mogelijk is, is de therapie erop gericht deze dynamische verbinding te herstellen. Voor deze aanpak is het begrip MELS geïntroduceerd. Dit acroniem staat voor Mentaal – Emotioneel – Lichamelijk – Spiritueel, en betreft zowel wat genoemd wordt 'het kleine hologram' van de traumatische ervaring : alle elementen van één specifieke, met het ingebrachte probleem samenhangende ervaring, als de therapeutische begeleiding (MELS-begeleiding) die gericht is op het herstellen van de verbinding die de cliënt ervaart met de verschillende levensgebieden.

Tijdens de lange intake wordt 'de gewenste toestand' door de cliënt geformuleerd. De gewenste toestand wordt geformuleerd met betrekking tot de symptomen, de levensthema's en het zelfbeeld van de cliënt. Dit gebeurt zoveel mogelijk in termen van de verbindingen met de domeinen. De symptomen, thema's en verbindingen waarmee gewerkt gaat worden gedurende het gehele proces, als ook de gewenste toestand met betrekking tot de symptomen, thema's en verbindingen, vormen tezamen het 'inhoudelijke contract'. Het totale contract bevat bovendien het symptoom waar in het volgende consult het eerst mee gewerkt gaat worden en afspraken over frequentie van afspraken en over de wijze van betaling.

Het letten op, en specificeren van taal is tijdens de gehele intake al van groot belang: Door de cliënt te helpen zich bewust te worden van weglatingen, generalisaties en vervormingen, kan er reeds tijdens het intakegesprek belangrijk inzicht in de eigen problematiek ontstaan.

Het eerste consult na het intakegesprek, en alle consulten daarna, worden begonnen met een voorgesprek van een kwartier tot een half uur. Het voorgesprek kent de volgende aandachtspunten:

1. het vaststellen van de mogelijke effecten van het voorgaande consult of consulten, inclusief het intakegesprek
2. het zoeken van een bevestiging voor de belangrijkste tijdens het intakegesprek gevonden ingangen voor inductie
3. het kiezen van de ingang die het meest effectief lijkt
4. het bevestigen van het inhoudelijke contract van het intakegesprek
 - welk symptoom wordt als eerste behandeld?
 - welk polair thema of thema's drukt dit symptoom uit?
 - welke verbindingen met levensdomeinen komen in dit thema het meest tot uitdrukking?
5. het scheppen van de voorwaarden om tot effectieve traumabehandeling te kunnen komen.

De compacte intake bestaat uit vijf fasen:

1. luisteren en specificeren van de taal die de cliënt gebruikt
2. vaststellen van de gewenste toestand
3. vragen stellen aan de hand van vijf of zes vaste aandachtspunten in de beginfase van de persoonlijke geschiedenis (omstandigheden rond conceptie, het moment dat de moeder vermoedt of weet dat ze zwanger is, de geboorte, de belangrijkste gebeurtenissen in de eerste levensjaren) om zo meer inzicht te krijgen in de belangrijkste polaire thematiek van de cliënt
4. kort opvragen van ervaringen en resultaten bij eerdere consulten
5. vaststellen van het contract.

De plaats die het intakegesprek in het geheel van de therapie inneemt kan als volgt worden samengevat: Tijdens het intakegesprek streeft de therapeut ernaar om bij het onderdeel biografische analyse de levensgeschiedenis van de cliënt te thematiseren. Aan de hand van de ingebrachte problemen en klachten en beginnend bij de jeugd van de ouders worden alle belangrijke levenservaringen van zowel de ouders als de cliënt aan de hand van één of meer herkenbare polaire thema's met elkaar verbonden. Dit kan een cliënt reeds buitengewoon veel inzicht geven in de thematische achtergronden van zijn problemen en klachten en werkt bovendien reeds sterk integrerend. De klachten en problemen staan dan niet meer op zichzelf, zijn geen vervelende of pijnlijke toevalligheden, maar lijken de consequenties van reeds in de omstandigheden van de conceptie, de geboorte en tal van andere belangrijke levensmomenten herkenbare polaire thema's. De levensgeschiedenis heeft in een gesprek van ongeveer twee uur ineens haar logica gekregen. De therapeut zal dan reeds in de persoonlijke polaire thema's een verstoring van één of beide basispolariteiten hebben herkend.

Tijdens de intake worden ingangen voor inductie verzameld, waarbij de M de meest gewaardeerde eerste ingang is, waarbij vervolgens een E en L worden gezocht: 'Woorden zijn de meest gebruikte ingang bij de MEL-brug'. De volgorde van ingangen kan afhankelijk van de situatie ook anders zijn.

Behalve om alle genoemde zaken, gaat het in het intakegesprek ook om het krijgen van een indruk van het favoriete representatiesysteem van de cliënt: drukt hij of zij zich bij voorkeur in visuele, auditieve, kinesthetische, gustatorische of olfactische termen uit (respectievelijk: gezicht centraal: ik zie dat als volgt; gehoor centraal: moet je nou horen; gevoel centraal: dat doet me echt pijn; smaak centraal: daar proef ik toch iets vreemds aan; geur centraal: dat zaakje ruikt niet fris). De therapeut sluit zoveel mogelijk aan bij het favoriete representatiesysteem van de cliënt, wat de afstemming op de cliënt bevordert.

Het aantal sessies voor het gehele therapeutische proces wordt geschat op 15 tot 30 consulten. Het gebeurt sporadisch dat slechts 5 of 6 sessies voldoende zijn om een polaire thematiek te neutraliseren. Het kan gebeuren dat het aantal consulten oploopt tot boven de 50. Heel het therapeutisch proces wordt in de meeste gevallen vooraf gegaan door een eerste contact, bijvoorbeeld telefonisch.

De filosofie achter de intake bij de SRN en bij Tasso

Over de respectievelijke filosofieën achter de intake bij de SRN en bij Tasso kan ik kort zijn. Het is de uitwerking die de achterliggende filosofieën hebben op de therapeutische praktijk, die de vergelijking omvangrijk maken. Wat betreft de SRN is de filosofie samen te vatten door te wijzen op het holografisch model dat aan de methode ten grondslag ligt. Dit model gaat uit van de gedachte dat ieder polair levensthema zich manifesteert op elk van de te onderscheiden herbelevingsgebieden. Herbelevingsgebieden zijn die gebieden die in een sessie kunnen worden geëxploreerd, zoals de prenatale periode, de geboorte, verschillende levensfasen, onbelichaamde ervaringen (oerervaringen, tussenbestaanervaringen), incarnatie- en conceptie-ervaringen en vorige levens. Wat bedoeld wordt met 'het kleine hologram' is al aan de orde geweest; met 'het grote hologram' worden 'alle door een thema (en karakterpostulaat) verbonden ervaringen, als een holografische ketting, waarvan de delen zijn terug te vinden in de verschillende herbelevingsgebieden' bedoeld. Deze gedachte is van grote invloed op de wijze waarop een sessie wordt begeleid. De belangrijkste polaire thematiek van de cliënt die door de therapeut in kaart is gebracht wordt op verschillende herbelevingsgebieden uitgewerkt, wat voor een sessie betekent dat de therapeut van een ervaring in de baarmoeder kan overstappen naar een ervaring in de oerschoot naar een ervaring in het huidige leven naar een ervaring van een vorig leven. En dit (anders dan bij Tasso) zonder dat het verloop van de sessie hier noodzakelijk aanleiding toe geeft. Het is het inzicht van de therapeut in het gehele therapeutische proces, dat de therapeut van het ene naar het andere herbelevingsgebied leidt.

De filosofie achter de methode Tasso kent een heel ander uitgangspunt: het is het onderbewustzijn van de cliënt en de intuïtie van de therapeut die daarbij aansluit, die het verloop van een sessie bepalen. Dit gebeurt binnen een methodisch (en niet inhoudelijk) kader van de verschillende stadia die binnen een sessie worden doorlopen, zoals genoemd in § 2.2.

Deze verschillen in filosofische uitgangspunten hebben grote impact op het verloop van een sessie en het therapeutische proces. Ik zet de belangrijkste verschillen kort op een rij:

SRN: theoretisch kader

Anders is dat bij de SRN. In het intakegesprek heeft de therapeut het thema van de cliënt bepaald. En het thema is het structurerend principe van de daaropvolgende sessie(s). Zo was ik aanwezig bij een voorbeeldsessie (in de module 'de oersprong van de ziel', geleid door Rob Bontenbal) waarbij de cliënte aangaf zich op deze aarde niet thuis te voelen. In een eerder leven bleek ze *shapeshifter* te zijn geweest: een wezen dat snel van gedaante kon veranderen. De begeleidend therapeut destilleerde uit het intakegesprek, waarbij hij onder meer had nagevraagd wat cliënte van haar conceptie wist, het thema snelheid – rust. Nadat in de sessie was uitgewerkt dat de aardse realiteit een zekere snelheidsbeperking kent wat cliënte danig frustreerde, ging de begeleidend therapeut over op het exploreren van de conceptie-ervaring van de cliënte, waarbij bleek dat haar vader te snel kwam waardoor er eerder een kindje kwam dan de ouders hadden gewild. Erg grappig trouwens dat de therapeut dit weet op te sporen; de cliënte in kwestie had zich eerder nog niet gerealiseerd dat ze verwekt moest zijn geweest vóórdat haar ouders met elkaar in het huwelijk traden (een huwelijk dat overigens al wel gepland was). Maar even terug naar wat ik hier wil opmerken: bij de SRN is het de therapeut, en niet het onderbewustzijn van de cliënt die, aan de hand van het thema dat in de sessie(s) centraal staat, bepaalt in welk herbelevingsgebied gewerkt gaat worden. Het onderbewustzijn van de cliënt is óók leidraad, maar niet primair zoals bij Tasso.

Tasso: beginpunt van de sessie is de traumatische lading die C bij zich draagt

Uitgangspunt bij Tasso is dat als de cliënt komt hij of zij zijn probleem als het ware al *is*. Het is niet de bedoeling de cliënt uit dit gevoel te halen, bijvoorbeeld door de cliënt te vragen lekker en ontspannen te gaan liggen. De gedachte is dat de therapeut die dit doet, dit doet voor zijn of haar eigen comfort: het is niet leuk om iemand in een kramp van pijn of in een schreeuw van onvermogen aan te treffen. Als iemand al overduidelijk in de situatie zit, is het voldoende om te vragen: waar ben je nu? Of: kijk eens wat die druk op je borst veroorzaakt? Of: wie is er nu aan het woord? Zonde om de cliënt er eerst uit te halen, om hem of haar er vervolgens weer proberen in te krijgen.

SRN: de gewenste toestand bepaalt het beginpunt van de sessie

Mijn ervaring met een sessie van de SRN is een andere. De therapeut van de SRN vraagt in het intakegesprek de gewenste toestand aan de cliënt. In het voorgesprek wordt dit nogmaals bevestigd. Dat

betekent dat de cliënt uit zijn of haar probleem wordt gehaald om contact te kunnen maken met de gewenste toestand. Een vraag hierbij is of dit altijd mogelijk is. In de voorbeeldsessie in de bijlage blijkt dat de betreffende cliënt er moeite mee heeft, maar dat het hem uiteindelijk lukt. In een sessie waarin ik zelf cliënt was lukte het me ook. De begeleidend therapeut (in opleiding) begon, nadat ik de gewenste toestand had geformuleerd (in mijn termen, dus niet in die van de therapeut!), de sessie met het versterken van het contact met de door mij gewenste toestand. Daarna gingen we pas de traumatische ervaring in. Bij Tasso wordt overigens ook gewerkt met het verankeren van positieve ladingen, maar dat maakt geen deel uit van de voorbereiding van een sessie; het gebeurt op het moment dat de cliënt in de sessie (bijvoorbeeld na het doormaken van een catharsis) deze positieve ladingen ervaart. Er wordt (tenzij dit het contract is) niet doelbewust naar gezocht. Eerder gaf ik al het voorbeeld van een sessie waarbij de cliënt niet of moeizaam in staat was de gewenste toestand te formuleren, en dat dat voor de begeleidend therapeut bijna een reden was geweest om niet met de sessie te beginnen. Ik vraag me daarbij af in hoeverre het noodzakelijk is om voorafgaande aan de sessie de gewenste toestand te kunnen formuleren. Cliënt uit de voorbeeldsessie bleek er na enige moeite toe in staat, ik zelf bleek er toe in staat waarbij de begeleidend therapeut mij moest stimuleren mijn tranen die vóór het ervaren van de gewenste toestand lagen, te verbijten. Toch ervoer ik het als verhelderend dat deze 'gewenste toestand' aanwezig bleek. Zonder de stimulans van de therapeut was ik nooit op dat idee gekomen. Maar als het niet lukt, is het dan niet juist de sessie die ertoe dient de cliënt bij de door hem of haar gewenste toestand te brengen?

Tasso: doelstelling intake praktisch, niet primair therapeutisch

Bij Tasso dient het voorgesprek de regressie: de sfeer moet goed zijn, het contract welomschreven en de inductie moet worden voorbereid. Het is niet nodig (wel mogelijk) dat het voorgesprek al nieuwe inzichten oplevert ten aanzien van het ingebrachte probleem. De therapeut is vooral open in zijn verwachtingen, en kleurt die niet in voor de cliënt. Die openheid is kenmerkend voor de therapeutische houding van de therapeut die werkt volgens de methode Tasso. Nieuwe inzichten doen zich in een goede sessie bijna altijd tijdens of na de regressie voor. Ook hier bewaart de begeleidend therapeut zijn open houding, wat niet betekent dat de therapeut niet heel kritisch kan zijn ten aanzien van de door de cliënt aangedragen visie.

SRN: doelstelling intake therapeutisch naast praktisch

Ik heb mijn aarzelingen of het in het intakegesprek al zinvol is om contact te maken met de gewenste toestand, omdat de hoeveelheid lading die er vóór ligt, zo groot kan zijn dat de regressie nodig is, om de cliënt ermee in aanraking te brengen. Maar ik ben er bij geweest dat het mogelijk blijkt, en geef toe dat er in dat geval een therapeutische werking van uit kan gaan. Dat heb ik ook ervaren toen ik zelf een sessie volgens de methode SRN onderging.

Waardering van de methode Tasso en de methode SRN met betrekking tot het intakegesprek (bij Tasso: de relevante stadia van het voorgesprek) in relatie tot elkaar

<p>Voordelen Tasso</p> <ul style="list-style-type: none"> • komt C tijdens het voorgesprek in een traumatische ervaring terecht, dan volgt de regressie direct; C hoeft niet tot het volgende consult te wachten • er wordt zonder omwegen op het doel afgegaan: de veroorzakende ervaring doorwerken; er wordt geen hele sessie aan een intake gewijd • het zijn het onderbewustzijn van de cliënt en de intuïtie van de therapeut die daarbij aansluit, die het verloop van een sessie bepalen; overgangen van herbelevingsgebied naar herbelevingsgebied vloeien op vanzelfsprekende wijze uit de inhoud van de regressie voort • het afgesloten contract is een stevige leidraad voor het verloop van de sessie; komen keuzemomenten voor, er komen bijvoorbeeld meerdere en nieuwe ladingen op, dan besluit T op grond van het afgesloten contract welke richting het proces neemt 	<p>Voordelen SRN</p> <ul style="list-style-type: none"> • er is gedegen aandacht voor de intake; het therapeutisch proces wordt goed voorbereid • het voorgesprek heeft reeds een therapeutische doelstelling • C maakt reeds voorafgaande aan de regressie contact met de door hem of haar gewenste toestand (helemaal zeker weten doe ik het niet of dit een voordeel is, omdat het ook mogelijk is dat hiermee de door te werken lading zodanig is afgezwakt, dat het ten koste gaat van een goede inductie; dit is overigens niet mijn ervaring) • een hypothese is dat het mogelijk is om via de methode SRN in contact te komen met ervaringsgebieden die via de methode Tasso niet ontsloten worden, bijvoorbeeld omdat het onderbewustzijn daar niet spontaan naar toe leidt. In dit geval zou het goed kunnen zijn als T het voortouw neemt
<p>Nadelen Tasso</p> <ul style="list-style-type: none"> • in voorkomende gevallen lijkt een meer uitgebreide intake dan bij Tasso gebruikelijk is zinvol; voor die gevallen is er bij Tasso niet standaard een intakeformulier beschikbaar • het is mogelijk dat het onderbewustzijn bepaalde thematiek uit de weg gaat, omdat het als te bedreigend ervaren wordt (bijvoorbeeld het vóórkomen van daderlevens) en dan zou het handig kunnen zijn als deze door enige stimulans van T zouden kunnen worden opgespoord en doorgewerkt 	<p>Nadelen SRN</p> <ul style="list-style-type: none"> • komt C tijdens de intake in een traumatische ervaring terecht, dan duurt het tot het volgende consult voordat de ervaring wordt doorgewerkt • het is het inzicht van de therapeut dat, op grond van zijn of haar analyse van het polaire thema van C – waar C mee heeft ingestemd – het verloop van de sessie bepaalt; op grond van dat inzicht kan T op een wijze die niet vanzelfsprekend uit het verloop van de sessie voortvloeit, van herbelevingsgebied naar herbelevingsgebied overstappen

Mijn opmerkingen bij dit schema van voor- en nadelen betreffen alleen de nadelen die ik bij de methode Tasso heb genoemd. De andere punten zijn naar ik meen in het voorgaande voldoende aan de orde geweest.

Als bijlage heb ik een door mijzelf ontworpen ‘eenvoudig intakeformulier voor de methode Tasso’ opgenomen. Het gaat om het opvragen van praktische informatie, en informatie die bij het afsluiten van het contract en tijdens de regressie van pas zou kunnen komen. Ik heb er nog niet mee gewerkt, maar ik kan me voorstellen dat ik het fijn vind om dat wel te gaan doen. Bijvoorbeeld om de kans te verkleinen dat ik met een cliënt in zee ga waarmee het niet goed werken is. Of om reeds enige kennis van de achtergrond van een cliënt te hebben zodat het proces van regressie eventueel bespoedigd wordt. Ik verwacht niet dat ik het formulier altijd helemaal zal invullen, maar dat laat afhangen van de cliënt en de situatie. Onderdelen zoals de biografische analyse kunnen ook later, en dan is het handig deze informatie overzichtelijk bij elkaar te hebben.

Ook bij de methode Tasso bevordert de therapeut een ervaring binnen te gaan als de cliënt er met een boog omheen loopt, maar ik schat in dat dat minder systematisch gebeurt dan bij de methode SRN. Hoe kwalijk dat is, weet ik niet: het is mogelijk dat zware thematiek pas bovenkomt als C daaraan toe is, en niet eerder. Dan is het alleen maar een goede bescherming van C om op de wijsheid van zijn of haar onderbewustzijn te vertrouwen. Hierbij wordt wel uitgegaan van een cliënt die in contact staat met een gezonde 'kern', maar dat is zowel bij Tasso als bij de SRN een voorwaarde van een therapeutisch contact. Bij Tasso zijn er overigens wel speciale technieken om diep weggestopte of moeilijk op te sporen ladingen aan te pakken, zoals *core issue transformation* of de exploratie van een innerlijk 'huis' waarin bepaalde aspecten van de persoon worden uitgenodigd.

Ik noem het kleine aantal consulten niet als voordeel bij Tasso, omdat ook Tasso lange processen kent. Ik hoef mezelf maar als voorbeeld te nemen. Daar tegenover staat dat uit gesprekken met studenten van de SRN blijkt dat de soep niet zo heet gegeten wordt als hij wordt opgediend. Ook de SRN kent korte processen van 1 of 2 keer.

Ik noem het neutraliseren van het thema niet als voordeel bij de SRN omdat ik niet geloof in de reikwijdte van de bruikbaarheid van het concept, zoals de SRN het voorstelt. Als universeel principe belemmert het concept mijns inziens eerder. Wel geloof ik dat het concept een handige *tool* kan zijn in de gereedschapskist van een regressie- en reïncarnatietherapeut, om gebruik van te maken als een proces niet vordert, bijvoorbeeld omdat (als hypothese) de andere pool van een thema zich niet spontaan aandient. Ik heb nog geen ervaring met het gebruik van het concept op deze wijze, maar ik neem me voor om er in de toekomst alert op te zijn of er zich een gelegenheid voordoet om het instrument op deze wijze in te zetten.

Voorzichtige conclusies over het vergelijk van de beide methoden

Beide methoden Tasso en SRN zijn anders; ik wil niet zeggen slechter of beter. Wel ben ik blij dat ik de opleiding bij Tasso ben gaan volgen, en niet bij de SRN. De meer intuïtieve benadering van Tasso spreekt me aan; de meer theoretische invalshoek van de SRN staat me enigszins tegen. Het kader waarbinnen gewerkt wordt mag verhelderend zijn, de keuze ervoor komt ook enigszins willekeurig op me over.

Wat betreft de voorbereiding van het therapeutisch proces ervaar ik de aanpak van de SRN als meer gedegen dan die van Tasso. Door de modules bij de SRN heb ik de indruk dat ik nu het voorgesprek beter voer. Ik kom nu in het voorgesprek tot een bepaalde diepte die ik eerder niet bereikte, zoals bij mijn twee leercliënten, en dit heeft positieve gevolgen voor het volgende consult. De verbetering betreft kleine dingen, zoals meer alert zijn op het taalgebruik van de cliënt en al in het voorgesprek werk maken van taalvertredingen van de cliënt.

Om wat ik ervaar als een hiaat in de methode Tasso op te vullen, heb ik als bijlage een voor de methode Tasso geschikt, door mij ontworpen intakeformulier opgenomen. Overigens is bij het nieuwe aanbod van Tasso een module opgenomen die onder andere hieraan aandacht besteedt: nascholing professionaliteit.

Het formuleren van de gewenste toestand voorafgaande aan het therapeutisch proces zoals dat bij de SRN gebruikelijk is, stelt mij voor methodische en principiële vragen waar ik nog niet uit ben. Ik kan me voorstellen dat deze aanpak een verrijking van de regressie- en reïncarnatiepraktijk is, maar ook dat het remmend op de inductie kan werken. Ik heb hier nog onvoldoende ervaring mee. De weldaad die ik heb ondervonden om als cliënt te worden gevraagd voorafgaande aan de regressie de gewenste toestand te formuleren (met lange nawerking; tot op heden) pleit vóór de werkbaarheid ervan, mijn aarzelingen over de invloed op de inductie pleiten tegen. Naar aanleiding van mijn eigen ervaringen ermee als cliënt, ben ik geneigd mijn eerdere scepsis ten aanzien van de mogelijkheid om de gewenste toestand reeds in het voorgesprek te formuleren, op te geven.

Bijlage. Ontwerp van een eenvoudig intakeformulier voor de methode Tasso

INTAKEFORMULIER

Demografische gegevens

Naam:

Adres:

Postcode en woonplaats:

Telefoonnummers: thuis: werk:

mobiel:

E-mail:

Hoe kom je aan mijn naam?

Huisarts of eventueel doorverwijzend arts of andere hulpverlener:

Naam:

Adres:

Postcode en woonplaats:

Telefoonnummer::

Reden komst

Belangrijkste problemen en symptomen die cliënt(e) wil inbrengen:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Wie heeft cliënt(e) reeds geconsulteerd met betrekking tot de ingebrachte problemen?

.....
.....
.....

.....
.....

Medicijngebruik:

.....
.....
.....

Verslavingen:

.....
.....

Biografische gegevens

Werk of belangrijkste activiteit:

.....
.....
.....

Huidige woon/leefsituatie (alleen, samen met partner, kinderen)

.....
.....
.....

Vroegere gezinssituatie:

Bijzonderheden met betrekking tot vader / vaders' kant:

.....
.....
.....

Bijzonderheden met betrekking tot moeder / moeders' kant:

.....
.....
.....

Bijzonderheden met betrekking tot eventuele broers en zusters:

.....
.....
.....

Belangrijkste of noemenswaardige gebeurtenissen in het leven van cliënt(e):

eerste levensjaren (0-4):

.....
.....
.....

kindfase (5-12):

.....
.....
.....
.....

puberteit (13-18):

.....
.....
.....
.....

volwassenheid:

.....
.....
.....
.....

Overige opmerkingen

.....
.....
.....
.....
.....

.....
.....
.....

Zakelijke afspraken

.....
.....
.....

