

De mens is meer dan een klagend hoofd of een lijdend lichaam. Toch benaderen veel therapeuten zorg vanuit slechts een van beide perspectieven. Dat helpt, maar niet steeds en niet bij iedereen. Onder andere vanuit de kinesithérapie (fysiotherapie voor de Nederlandse lezers) groeit het inzicht dat heel wat klachten met meer succes kunnen aangepakt worden als het gangbare onderscheid tussen lichaam en geest vervaagt of, beter nog, verdwijnt.

Lichaamsgerichte psychotherapie

Een onbekend antwoord op de psychosomatische kloof?

Niet alleen de praktijk leert dat patiënten met psychosomatische klachten of onvoldoende verklaarde syndromen vaak een heuse rugzak aan negatieve levenservaringen meetersen. Ook vanuit wetenschappelijke hoek wordt nadrukkelijk gewezen op de invloed van vroeg affectieve ervaringen.

De interactie van vroeg affectieve ervaringen met persoonlijkheidskenmerken, (epi-)genetische processen of verstoorde pijnverwerking en lichaamsbeleving blijkt een risicofactor bij functioneel somatische syndromen en chronische pijn (Henningsen et al., 2007; Denk et al., 2014). Zo correleren misbruik en mishandeling in de kindertijd met bijvoorbeeld chronisch ruglijden (Leisner et al., 2014), migraine (Tietjen et al., 2010) en een verstoorde pijnverwerking (Tesarz et al., 2016). Het lichaam – dat meestal centraal staat in het verhaal van deze patiënten – bevindt zich hierbij niet enkel in een grensgebied, maar is dit ook steeds. Het lichaam is namelijk – net zoals de geest – altijd psychosomatisch, dat wil zeggen én soma, én psyche. Werken met een lichaam dat moeilijk doet is dan ook grensarbeid en vergt idealiter meerdere brillen waardoor de therapeut kan kijken. In het gelijknamige boek (Calsius, 2017a) verdiep ik vanuit transdisciplinaire invalshoek deze grensarbeid.

Autoriteiten zoals Bessel Van der Kolk (2014), Alan Fogel (2009), Peter Levine (2014), Pat Ogden (Ogden et al., 2006) of Daniel Siegel (2010) hebben deze boeiende maar tevens complexe grensarbeid de laatste decennia grondig opengelegd.

■ Dichotomie in therapeutisch landschap

Toch blijkt dit kijken en werken vanuit meerdere brillen niet evident en groeit multidisciplinair overleg vaak onvoldoende door tot transdisciplinaire samenwerking. Het therapeutisch landschap in figuur 1 wordt dan ook voornamelijk gekenmerkt door dichotomie. Op zich vormt de tweedeling tussen psychische en somatische therapieën natuurlijk geen probleem en zijn benaderingen die zich expliciet richten op één van

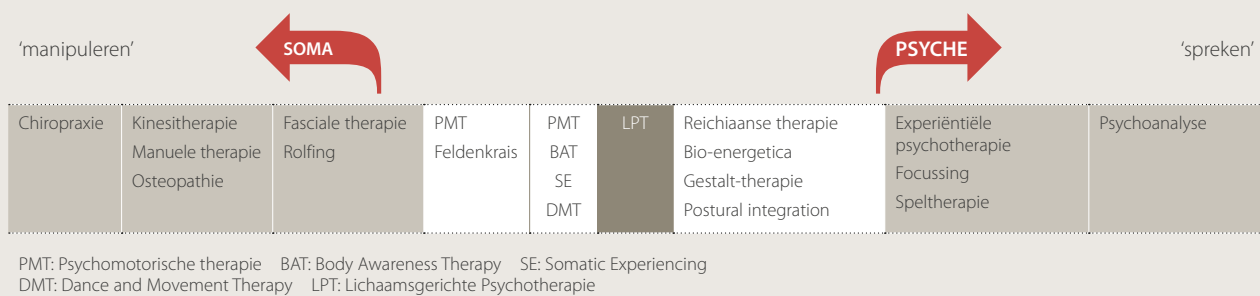
beide polen onontbeerlijk. Zo bieden somatische therapieën – zoals kinesithérapie, manuele therapie of osteopathie – degelijke handvatten voor het werken met een lichaam dat moeilijk doet en zijn ze voor patiënten vaak een eerste halte op een lange zoektocht naar beterschap. De kinesitherapeut heeft hierbij ook nog een laagdrempelige positie en ligt makkelijk in de doorverwijzing van de huisarts. Toch lopen heel wat patiënten zonder voldoende resultaat vast in het somatische circuit en komen pas in een tweede beweging terecht in de psychologische hulpverlening: *“Wanneer het pilletje niet aanslaat, de massage en oefeningen niet helpen, dan moeten we er misschien eens over gaan praten ...”*. Ook hier is er meer dan voldoende evidentie aanwezig voor het behandelen en begeleiden van deze patiënten. Maar ook al bieden alle psychotherapeutische stromingen hun eigen krachtige invalshoeken, toch blijft het lichaam er geen evidente verschijning (Calsius, 2017b,c). De categorieke opdeling tussen lichaam en geest zet zich in de hoofden van veel doorverwijzers en patiënten dan ook hardnekkig verder: lichaamstherapie is geen gesprekstherapie en in psychotherapie is er geen plek voor lichaamswerk of beweging.

Althans zolang we focussen op het mainstream aanbod aan beide zijden van het therapeutisch landschap. Wanneer we echter onze blik verschuiven naar het middengebied (figuur 1) treffen we daar onder de verzamelnaam *Lichaamsgerichte psychotherapie* diverse therapieën aan die alle een holistische benadering van de patiënt claimen en expliciet werken met zowel woord als lichaam. Mogelijkerwijze bieden zij een interessant antwoord op de hardnekkige dichotomie waarin mensen met een lichaam dat moeilijk doet vast blijven lopen? In dat geval verdienen ze de nieuwsgierigheid van mainstream psy-wereld, waartoe dit artikel een aanzet wil geven. Allereerst met een situering van de lichaamsgerichte psychotherapie (LPT).

■ Lichaamsgerichte psychotherapie

Op de vraag van waar LPT komt, wijst Geuter (2015b) naar de drie pijlers waarop deze psychotherapeutische stroming

Figuur 1 **Het psychosomatische therapielandschap**



De situering van de therapievormen in deze figuur is puur illustratief en vormt geen limitatieve opsomming.

historisch gegrondvest is, de psychoanalyse, de heilgymnastiek en de humanistische psychologie. Deze laatste pijler die in de jaren 60-70 tot volle wasdom kwam tijdens de Human Potential Movement – met het Esalen Instituut in Californië als epicentrum – werd gekenmerkt door een kruisbestuiving met oosterse filosofieën en meditatieve tradities. Protagonisten in die tijd waren onder andere Fritz Perls, Eugene Gendlin en Stanislav Grof met hun respectievelijke Gestalttherapie, Focussing en Holotropisch Ademwerk (Heller, 2012). Deze psychotherapeutische benaderingen zijn lichaamsgericht, holistisch en ingebed in een lichaamsfenomenologie van het hier-en-nu. In de nadagen van deze smeltkroes aan oost-west levensbeschouwingen en psychotherapeutische stromingen zou gaandeweg een veelvoud van bodymind-therapieën het levenslicht zien.

Op de vraag wat er onder LPT verstaan wordt, karakteriseren Marlock en Weiss (2015a,b) LPT als een paraplueterm voor diverse methodes aan de hand van een interessant raster met zes assen. Deze zijn (1) behandeling versus fenomenologisch leren, (2) energetisch lichaam versus het wetende lichaam, (3) analytisch-inzichtig versus functioneel-ontwikkelingsgericht, (4) focus op non-verbale processen versus dialogische relatie, (5) aanraken versus geen aanraking en (6) regressie versus werken in het hier-en-nu. Aan de hand van dit raster kan bijvoorbeeld de reïchiïaanse therapie gesitueerd worden aan de polen: behandeling, energetisch lichaam, analytisch, non-verbaal, aanraken en regressie. Het gendliïaanse focussen laat zich daarentegen typeren als een ontwikkelingsgericht, fenomenologisch leren vanuit het wetende lichaam binnen een dialogische relatie in het hier-en-nu, waarbij geen gebruik gemaakt wordt van expliciete aanraking. Naast differentiaties binnen de LPT, wordt in de literatuur ook gewezen op het verschil tussen LPT en andere psychotherapieën (Geuter, 2015b; Heller, 2012). Het karakteristieke van LPT bestaat erin dat zowel het lichamelijke als het psychische substraat systematisch geïntegreerd worden in de behandeling, waarbij de focus continu ligt op zowel structurele als procesmatige veranderingen binnen de gehele psychosomatische dimensie (Geuter, 2015a). Verder onderscheidt LPT zich met name door het hanteren van een scala aan lichaamsgeoriënteerde interventies. Deze zijn expliciet gericht op een betekenisverlenend bewustwordingsproces waarbij zowel mentale, emotionele,

gedragsmatige als lichamelijke dimensies verbonden worden vanuit een holistische achtergrondtheorie (Marlock & Weiss, 2015a). Vanzelfsprekend onderscheidt LPT zich ook op cardinale wijze van lichaamstherapieën zoals de psychomotorische kinesithérapie, de Feldenkraismethode, de Alexandertechniek of Eutonïe, waar men weliswaar met lichaamsbeleving werkt, maar geen *klinisch psychologisch-psychotherapeutisch referentiekader* hanteert (Geuter, 2015b; Heller, 2012).

Overheën de dichotomie

Het overstijgen van de lichaam-geest dichotomie staat dus in de grondvesten van LPT geschreven. Werken met evocatieve beweging, hands-on lichaamswerk en lijfelijke expressie zijn hierbij geprefereerde toegangspoorten tot de ervaringswereld van de patiënt. Het beïnvloeden van lichamelijke structuren en processen vormt evenwel geen doel op zich maar vooral *een route waarlangs*. De primaire doelstelling ligt bij de *ervaring* en *bewustwording* die gepaard gaan met deze veranderingen, zoals het anders aanwezig kunnen zijn in de wereld. De patiënt kan én durft zich bijvoorbeeld meer oprichten (rug), openen (borstkas) en vanuit een meer stevige basis (benen) contacten en relaties aangaan in zijn omgeving. Geuter (2015b) stelt dan ook dat het typische van LPT ligt in het *integreren* van lichaamsgerichte én psychotherapeutische technieken waarbij het simultaan beïnvloeden van zowel lichamelijke structuren als psychische processen *via bewustwording* centraal staat. Lichaamsbeleving en zelfbewustwording gaan over ervaring (fenomenologie) en betekenisverlening (hermeneutiek en dialectiek) maar oefenen tegelijkertijd een wederkerig effect uit op het somatische substraat: *“Chronic postural and movement tendencies serve to sustain certain beliefs and cognitive distortions, and the physical patterns, in turn, contribute to these same beliefs.”* (Ogden et al., 2006, p. 10). LPT is dan ook geen lineair proces, maar zit steeds vervat in een voortschrijdende, pulserende dynamiek waar kernprocessen centraal staan die te maken hebben met deels procedureel en vaak voortalig vastgelegde patronen van beleving en gedrag *“die zich cognitief, affectief, imaginatief, sensorisch, motorisch of vegetatief kunnen uitdrukken tijdens therapie”* (Geuter, 2015b, p. 6, vertaling JC). De laatste drie vormen (sensorisch, motorisch en vegetatief) verwijzen hierbij naar het somatische substraat, terwijl de eerste drie (cognitief, affectief en imaginatief) zich verhouden tot de psychische dimensie.

Maar nu...

Toch blijkt de reguliere hulpverlening nog onvoldoende toe te zijn aan een echte psychosomatische – dus niet-dualiserende – benadering en aansluitend een geïntegreerd behandelen. Eerder bevindt de therapeut – en dus ook de patiënt – zich ergens in het dichotome landschap tussen psyche en soma en hanteert enkel of toch hoofdzakelijk één paradigmatische bril: een empirisch-analytische, *biomedische* bril dan wel een fenomenologisch-hermeneutische, *psychologische* bril. Maar net dit is problematisch omdat werken met een psychosomatische hulpvraag steeds een én-én verhaal is. In feite is iedere hulpvraag psychosomatisch, alleen kunnen beide polen soms heel erg wisselen van voor- naar achtergrond. In tegenstelling tot bijvoorbeeld Nederland waar men enigszins verder staat met de implementatie van de *Lichaamsgericht Werkende Psycholoog* (NIP, 2011), blijft het in Vlaanderen niet vanzelfsprekend wanneer de somatisch therapeut enkel het lichaam bewerkt en de psycholoog met name de binnenwereld behandelt. Er is nood aan een *specifiek werkkader* voor de integratie van de kracht en rijkdom van beide domeinen. Want ook dat is waar, zowel psychologen-psychotherapeuten als lichaamstherapeuten beschikken over unieke, krachtige en doeltreffende inzichten en vaardigheden, maar zijn amper of soms helemaal niet op de hoogte van elkaars expertise. Een bevoorrechte rol voor LPT lijkt hierbij voor de hand te liggen maar dient verder (wetenschappelijk) onderzocht en gekaderd te worden. Toch gaat het ook zeker niet over een eenvoudige of eclecticische optelsom, noch kan elke therapeut zomaar participeren. Want hoe krachtig en verfijnd het arsenaal aan lichaamsgerichte technieken zoals evocatieve expressie en beweging of diep weefselwerk ook zijn, het kunnen werken vanuit een adequaat psychotherapeutisch kader met de noodzakelijke psychologische kennis en de broodnodige fenomenologisch-hermeneutische bril, blijven een noodzakelijke voorwaarde.

Geïntegreerd werken

Dit laatste pleit in het voordeel van de klinisch psycholoog, psychotherapeut of psychiater maar neemt niet weg dat er op vlak van opleiding en wettelijke omkadering nog werk aan de winkel is. Geïntegreerd werken zoals in LPT gaat veel verder dan enkel het bevragen en teruggeven van lichamelijke aspecten die opduiken in therapie, het werken met *felt senses* of lichamelijke (tegen-)overdracht. De lichaamsgerichte psychotherapeut gaat daarenboven vooral *aan de slag* met het lichaam, het lijf van de patiënt (en zichzelf) onder vorm van tal van interventies zoals houding, beweging, aanraking, diep weefselwerk, ademhaling, expressie, interactie of stilte. Misschien nog meer dan andere vormen van psychotherapie gaat het om een *metier* dat doorvoeld en beheerst moet worden via opleiding, leertherapie en supervisie (EABP, 2012). Voor heel wat psychologen zou dit alvast een uitnodiging zijn om allereerst zelf in ervaring en contact te treden met het eigen lijf.

Het goede nieuws is dat er al best wat animo bestaat en enkele eerste formele stappen reeds gezet zijn. Zo werd het thema van het lichaam in therapie bijvoorbeeld al opengetrokken binnen de Vereniging van Vlaamse Klinisch Psychologen en volgt weldra de opstart van een specifieke werkgroep (zie www.vvvp.be/werkgroepen). Daarnaast valt op dat er zowel in het werkveld als de academische wereld meer beweging is richting meer integratie en transdisciplinair samenwerken. Dit stemt

hoopvol want enkel in dialoog en met verwonderend respect voor elkaars bijdrage en meerwaarde kan een echte transdisciplinaire meerwaarde bereikt worden waarbij het spreekwoordelijke één plus één meer is dan twee. Want net zo min als dat het nu enkel over het lichaam zou moeten gaan, heeft herstel ook niet enkel te maken met cognities, relaties of genen. Het is en blijft steeds een én-én verhaal.

Joeri Calsius

klinisch psycholoog-psychotherapeut, kinesitherapeut, osteopaat DO, docent UHasselt

Referenties

- Calsius, J. (2017a). *Werken met een lichaam dat moeilijk doet. Een andere kijk op het psychosomatische lichaam in therapie*. Leuven: Acco
- Calsius, J. (2017b). Het lichaam als mogelijke toegangspoort in psychotherapie. *Tijdschrift voor Psychoanalyse*, 2 (geaccepteerd artikel).
- Calsius, J. (2017c). Het lichaam, een unheimliche gast in therapie? *Tijdschrift voor Klinische Psychologie*
- Denk, F., McMahon, S. B., & Tracey, I. (2014). Pain vulnerability: a neurobiological perspective. *Nature Neuroscience* 17, 2, 192-200.
- EABP (2012). Body Psychotherapy Competencies. Retrieved from <http://www.eabp.org>
- Fogel, A. (2009). *The psychophysiology of self-awareness*. New York: W.W. Norton.
- Geuter, U. (2015a). *The history and scope of body psychotherapy*. In G. Marlock, & H. Weiss (Eds.), *The handbook of body psychotherapy and somatic psychology* (pp.22-39). Berkley, Ca: North Atlantic Books.
- Geuter, U. (2015b). *Körperpsychotherapie: Grundriss einer Theorie für die klinische Praxis*. Berlin, Deutschland: Springer
- Heller, M. (2012). *Body psychotherapy: History, concepts and methods*. New York, NY: W.W. Norton.
- Henningsen, P., Zipfel, S., & Herzog, W. (2007). Management of functional somatic syndromes. *The Lancet*, 369, 946-55.
- Leisner, S., Gerhardt, A., Tesarz, J., Janke, S., Seidler, G. H., & Eich, W. (2014). Childhood abuse experiences and chronic low back pain. Direct and mediated effects of childhood abuse in different pain dimensions of nonspecific chronic low back pain. *Schmerz*, 28(6), 600-606.
- Levine, P. (2014). *De tijger ontwaakt. Traumabehandeling met lichaamsgerichte therapie*. Haarlem: Altamira.
- Marlock, G., & Weiss, H. (2015a). *The field of body psychotherapy*. In G. Marlock, & H. Weiss (Eds.), *The handbook of body psychotherapy and somatic psychology* (pp.1-19). Berkley, Ca: North Atlantic Books.
- Nederlands Instituut van Psychologen, NIP (2011). *Beroepsprofiel lichaamsgericht werkend psycholoog*. Amsterdam.
- Ogden, P., Minton, K., & Pain, C. (2006). *Trauma and the body: A sensorimotor approach to psychotherapy*. New York, NY: W.W. Norton.
- Russell, W. A., Wickson, F., & Carew, A. L. (2008). Transdisciplinarity: context, contradictions and capacity. *Futures* (40), 460-472.
- Siegel, D. (2010). *Mindsight. De psychologie van het nieuwe bewustzijn*. Antwerpen: Spectrum.
- Tesarz, J., Eich, W., Treede, R. D., & Gerhardt, A. (2016). Altered pressure pain thresholds and increased wind-up in adult patients with chronic back pain with a history of childhood maltreatment: a quantitative sensory testing study. *Pain*, 157(8):1799-809.
- Tietjen, G. E., Brandes, J. L., Peterlin, B. L., Eloff, A., Dafer, R. M., Stein, M. R., Drexler, E., Martin, V.T., Hutchinson, S., Aurora, S. K., Recober, A., Herial, N. A., Utley, C., White, L., & Khuder, S. A. (2010). Childhood maltreatment and migraine (part II). Emotional abuse as a risk factor for headache chronification. *Headache* 50(1):32-41.
- Van der Kolk, B. A. (2014). *The body keeps the score. Mind , brain and body in the transformation of trauma*. London: Penguin Books.

