

Het lichaam, een unheimliche gast in therapie?

Joeri Calsius

SAMENVATTING

Het lichaam is vaak een vreemde, soms zelfs vervelende gast in de therapieruimte van de klinisch psycholoog-psychotherapeut. In dit artikel tonen we aan dat dit eigenlijk niet zo hoeft te zijn, maar dat het lichaam verwelkomd zou kunnen worden als een meer centrale gast. Allereerst is het lichaam innig verweven met historische ontwikkelingen binnen de klinische psychologie en psychotherapie. Daarnaast biedt het lichaam in de therapie een unieke toegangspoort tot wat we fenomenologisch kennen als onze lijfelijkheid en belichaamde identiteit. Deze relatie tussen het lichaam enerzijds en niet-talige, limbische netwerken en het impliciet-procedurele geheugen anderzijds wordt vanuit breinwetenschappen steeds duidelijker onderbouwd en staat van oudsher centraal in de lichaamsgerichte psychotherapie (LPT) en, meer recent, in de somatische psychologie. Met een scala aan lichaamsgerichte methoden en technieken rond aanraking, beweging en houding, ademhaling en evocatieve expressie hanteert men hierbij lichaamsbewustwording als gemene deler. Hoewel de doeltreffendheid van LPT bij psychosomatische coping, trauma en alexithymie door onderzoek ondersteund wordt, ontbreekt het voorlopig aan voldoende systematisch outcomeonderzoek. Daarnaast dient benadrukt te worden dat een volwaardige toepassing van LPT enkel mogelijk is na een gedegen opleiding en binnen een helder deontologisch kader.

Trefwoorden: lichaamsgerichte psychotherapie, somatische psychologie, lichaamsbewustwording, lichamelijke (tegen)overdracht

Inleiding

Wanneer Ellen over haar moeder vertelt, valt op dat ze haar duim fel in haar wijsvinger drukt en haar voeten naar voren duwt. Ze beschrijft dit als “pitsend” en “nijpend”. Wanneer ik haar vraag deze beweging uit te vergroten, moet ze denken aan haar moeder die haar telkens “een nijp in haar hals gaf” wanneer Ellen haar irriteerde. Dit gebeurde vaak, meestal met blauwe plekken tot gevolg. “Het was laf en geniepig”, vertelt Ellen. “Het pitsen voelde alsof ze me ook echt wou doodpitsen, van me afgeraken.” Ze sluit haar ogen en merkt op dat ze vaak ook haar voeten schrap zette, net zoals nu ze tegenover mij zit. Ellen beweegt nu krachtig met haar armen en voeten alsof ze zich wil bevrijden uit een greep. Aanvankelijk heeft ze het hierbij over een “boosheid en tegenstribbelen”, maar daarna voelt ze vooral angst. Tijdens het verdere ervaringsgericht lichaamswerk via houding, diepe ademhaling en expressie wordt haar blik inderdaad

angstiger. Bij mezelf neem ik een vaag gevoel van droefheid waar, een beeld van een kind in paniek, ontredderd. Plots maakt ze zich groot en schreeuwt “(...) *seffens weleens ferm terug te zullen pitsen, misschien wel in jouw keel.*” Daarna ploft ze, enigszins van zichzelf geschrokken, neer in de stoel, zegt minutenlang niets terwijl ze haar duim diep in haar wijsvinger drukt.

Het lichaam is in de therapieruimte van de klinisch psycholoog-psychotherapeut vaak een niet uitgenodigde en soms vervelende gast. Zelfs wanneer de verschijning van deze onaangekondigde invité toch aangenaam en positief uitpakt, blijft het lichaam unheimlich naar ons staren. Dit valt makkelijk te begrijpen: het lichaam behoort als substraat niet tot de expertise van de klinisch psycholoog of het kader van de psychotherapeut. Dit is veeleer het domein van artsen, kinesitherapeuten en in ruimere zin het biomedische werkveld.

Toch is deze exclusie van het lichaam enigszins vreemd. Allereerst is het lichaam in het verhaal van onze patiënten vaak aanwezig en spreekt het hardop. Het gaat dan bijvoorbeeld om somatisatie, psychosomatische spanningen¹, anhedonische ‘gedevitaliseerde’ affecten en lijfelijke expressie of ageergedrag. Ook zien we dat 35 tot 64% van de aanmeldingsklachten bij de huisarts behoren tot de categorie medisch onverklaarde klachten (Jackson & Passamonti, 2005; Steinbrecher, Koerber, Friesser, & Hiller, 2011) en in tweede lijn loopt dit zelfs op tot 66% (Nimnuan, Hotopf, & Wesely, 2001). Ook vanuit historisch oogpunt is de onwennigheid rond het lichaam verwonderlijk: veel pioniers van psychotherapeutische stromingen hebben het lichaam immers betrokken in hun theorieën en sommigen van hen pasten zelfs expliciet lichaamswerk toe (Geuter, 2015b; Marlock, 2015; Marlock & Weiss, 2015a). Hun visies op het lichaam lagen vaak mede aan de basis van latere modellen en psychotherapieën (Heller, 2012). Ook vanuit een transdisciplinair perspectief lijkt de situatie vreemd. Neurowetenschappelijk onderzoek toont bijvoorbeeld aan dat cruciale processen bij het psycho-emotioneel herstel zich vaak situeren in het complexe domein van subcorticale, niet-talige registers, het impliciet-procedurele geheugen en traumagerelateerde netwerken (Fogel, 2009, 2011; Ogden, Minton, & Pain, 2006; Payne & Crane-Goudreau, 2015). Fenomenologisch onderzoek wijst dan weer op het doorleefde lichaam als cruciale factor voor een gezonde ontwikkeling en algemeen welzijn (Bullington, 2009; Cipolletta, 2013; Cipolletta, Consolaro & Horvath, 2014; De Haan, 2012; Fuchs, 2001; Fuchs & Schlimme, 2009; Gard, 2005; Osborne & Smith, 2006; Payne, 2009; Stanghellini, 2009; Zeiler, 2010). En ook bij alexithymie – een persoonlijkheidstrekk die wijst op een fantasiearme en concrete denkstijl, moeilijkheden bij het onderkennen van gevoelens en om deze te communiceren en te differentiëren van lichamelijke sensaties (Maes & Sabbe, 2014) – blijkt het lichaam een bijzondere rol te spelen. Zo suggereert onderzoek dat het niet goed kunnen waarnemen van wat zich in het lichaam afspeelt – *interoceptive awareness* – bepalend is voor een hogere mate van alexithymie (Herbert, Herbert, & Pollatos, 2011; Herbert & Pollatos, 2012).

Tot slot is dit ook vreemd aangezien er binnen de eigen psychotherapeutische rangen een historisch verankerd domein bestaat waar het lichaam wel als centrale gast aan tafel zit, namelijk de lichaamsgerichte psychotherapie (LPT). In tegenstelling tot bijvoorbeeld de situatie in Nederland, waar het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP, 2011) het ‘Beroepsprofiel lichaamsgericht werkend psycholoog’ hanteert, of in Duitsland waar LPT ondersteund wordt door het Deutsche Gesellschaft für Körperpsychotherapie, is LPT in Vlaanderen am-

per bekend en is het terechtgekomen in een grijze zone, in de marge van de psychotherapeutische hoofdstromen. Op Europees niveau bestaat daarentegen sinds 1988 de koepelorganisatie European Association for Body Psychotherapy, die de belangen behartigt van meer dan vijftig instituten gerelateerd aan *body psychotherapy* en *somatic psychology*. Hoe deze moeizame aansluiting van LPT met de toonaangevende stromingen in de psychotherapie en psychologie begrepen kan worden, valt buiten het bestek van dit artikel, maar heeft deels te maken met de beperkt beschikbare wetenschappelijke evidentie en de afwezigheid van voldoende academische verankering. Röhrich (2009) stelt dat het voorlopig ontbreekt aan voldoende systematisch outcomeonderzoek, hoewel er rond de doeltreffendheid van LPT bij psychosomatische coping, trauma en alexithymie heel wat evidentie aanwezig is vanuit *practice-based* onderzoek, empirische studies en een beperkt aantal *randomised controlled trials*, en er ook in toenemende mate validatie plaatsvindt vanuit onderzoeksdomeinen, zoals breinwetenschappen en fenomenologie. Tegelijkertijd wijzen Courtois, Cools, & Calsius (2015) en Mehling, DiBlasi, & Hecht (2005) erop dat de gehanteerde onderzoeksmethodologieën rond bodymindtherapieën vaak te weinig uitgewerkt en solide zijn. Aan de andere kant heeft LPT gezien haar karakteristieke en heterogene aard ook behoefte aan kwalitatief onderzoek en leent een kwantitatief model zich onvoldoende om de diverse kenmerkende processen en effecten van LPT in beeld te brengen. Deze situatie is mogelijk vergelijkbaar met de positie van psychodynamische psychotherapie en de psychoanalyse in het bijzonder.

In dit artikel hanteren we LPT als uitgangspunt en belichten het lichaam als intrigerende gast vanuit een drietal aspecten. Allereerst wordt de gedeelde historische basis geschetst tussen LPT en de hoofdstromingen in de psychotherapie. Vervolgens staan we vanuit een transdisciplinaire invalshoek stil bij de mogelijkheid om via het lichaam toegang te krijgen tot de subcorticale en niet-talige netwerken van emotie en (trauma)geheugen. Tot slot gaan we dieper in op het concept ‘lichamelijke (tegen)overdracht’ als voorbeeld van hoe het werken met het lichaam concreet kan plaatsvinden in psychotherapie. Daarnaast wil dit artikel ook bijdragen aan het openen van het debat over de rol van het lichaam binnen de psychologische expertise in brede zin en de mogelijke positie van de LPT binnen het veranderende psychotherapeutische landschap. Want hoewel het lichaam ook meer en meer op de deur van de klinisch psycholoog-psychotherapeut klopt, ontbreekt voorlopig een gedegen en erkend opleidingskader om het lichaam uit te nodigen als centrale gast.

Een gedeelde geschiedenis

Hoe vreemd of onbekend is het lichaam in de psychologie en de psychotherapie? Vanuit historisch perspectief is dit een overbodige vraag, alleen al omdat psychosomatische fenomenen mede aan de basis lagen van de ontlukende psychologische wetenschap en het lichaam bijgevolg per definitie in de therapie betrokken werd. Hoewel Wilhelm Reich (1897-1957) over het algemeen gezien wordt als de peetvader van LPT, gaat voor Marlock (2015) de oorsprong van een eerste systematische psychosomatische analyse in het Westen terug tot Franz Anton Mesmer (1734-1815). Het was vervolgens de Franse psychiater Pierre Janet (1859-1947) die vanuit een ‘psychologische analyse’ catharsis als methode toepaste en onderzocht hoe neurotische structuren en spierspanning samenhangen. Maar eerst zou de combinatie van

catharsis, hypnose en aanraking in de beginjaren van de psychoanalyse door Sigmund Freud (1856-1939) nog toegepast worden, waarbij hij vormen van druk en massage gebruikte om associaties te stimuleren (Heller, 2012). Hierbij moeten we ons realiseren dat het 'Ik' voor Freud in de eerste plaats een lichaams-ik was (Freud, 1988).

Hoewel na Freud en voor Reich vooral de figuur van Otto Fenichel (1897-1946) belangrijk blijkt te zijn geweest als bakermat van LPT, dienen ook Georg Groddeck (1866-1934) en Sandor Ferenczi (1873-1933) vermeld te worden. Deze laatste maakte met zijn 'actieve techniek' patiënten bewust van hun houding, beweging en gedrag, waarmee hij in zekere zin de voorloper is van wat tegenwoordig *body awareness*-therapie wordt genoemd. Waar Fenichel al uitgebreid aandacht besteedde aan de musculaire tonus in relatie tot mentale processen, was het Groddeck die voor het eerst een geïntegreerde benadering ontwikkelde door diepe massagetechnieken toe te passen tijdens een analytische sessie om zo invloed uit te oefenen op onderliggende emoties (Geuter, 2015a).

Het was echter Fenichel die zijn student en latere vriend Wilhelm Reich enthousiasmeerde voor het werk van de onvolprezen grootmoeder van LPT, de Duitse Reformgymnaste Elsa Gindler (1885-1961) (Weaver, 2015). De kruisbestuiving tussen deze heilgymnastische beweging en zijn expertise als psychoanalyticus vormde voor Reich de basis voor zijn 'karakteranalyse' en 'vegetotherapie', die hij na zijn breuk met de International Psychoanalytic Association ontwikkelde (Bassal, 2015). Op het congres van deze vereniging presenteerde Reich in 1934 nog zijn theorie over karakter- en spierpantsering (Büntig, 2015) als kern van zijn therapie: het lichaam als blauwdruk van chronische spanning, insnoering en repressie (Reich, 1972; Totton, 1998). Door politieke ontwikkelingen zag Reich zich echter gedwongen naar Oslo te verhuizen, waar hij zijn therapie verder ontwikkelde zonder deze nog als psychotherapie te benoemen. In Oslo vond vervolgens een verdere kruisbestuiving plaats met de daar aanwezige traditie en kennis binnen de fysiotherapie. Zo was er de psychiater Trygve Braatoy (1904-1953), een leerling van Fenichel, die grote invloed had op de fysiotherapeute Aadel Bülow-Hansen (1906-2001), die op haar beurt een psychoanalytische vorm van psychotherapie integreerde in haar methode van massage, houdingsoefeningen, ademhaling en ontspanning (Bassal, 2015), hetgeen in feite het omgekeerde was van wat Groddeck eerder deed. Daarna was er nog Gerda Boyesen (1922-2005), die de biodynamische psychologie ontwikkelde en hierbij Reichs concept van geblokkeerde energie door onderdrukte affecten niet enkel in het spierweefsel situeerde, maar ook in het bindweefsel en de buikorganen. Boyesen gebruikte daarbij diepe buikmassage voor emotionele ontlasting, wat ze 'psycho-peristalsis' noemde (Geuter, 2015a). Deze, na Berlijn, tweede belangrijke periode voor de ontwikkeling van de LPT kenmerkt zich door invloeden vanuit de fysiotherapie en leidde tot de oprichting van het Instituut voor Psychomotoriek te Oslo. Door deze relatie met de psychomotorische lichaamstherapie zou de LPT haar unieke positie als psychotherapie in sommige landen verliezen en zich binnen de somatische benaderingswijze verder ontwikkelen.

Wat is lichaamsgerichte psychotherapie?

Geuter (2015b) wijst erop dat LPT historisch gegroundvest is op drie pijlers: naast de psychoanalyse en de heilgymnastiek speelt ook de humanistische psychologie een rol. Deze

derde pijler komt tot volle wasdom tijdens de Human Potential Movement in de jaren 1960 en kenmerkt zich door kruisbestuiving met oosterse filosofieën en meditatieve tradities. Hierbij zijn Fritz Perls (1893-1970), Eugene Gendlin (geboren 1926) en Stanislav Grof (geboren 1931) de protagonisten met hun respectieve 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 van holistische levensbeschouwingen en psychotherapeutische stromingen zal vervolgens een veelvoud aan bodymindtherapieën het levenslicht zien.

Maar wat wordt er nu – gezien deze rijke voorgeschiedenis – onder LPT verstaan? In hun overzichtswerk karakteriseren Marlock en Weiss (2015a, 2015b) LPT als een overkoepelende term voor diverse methodes aan de hand van een raster met zes assen: 1) behandeling versus fenomenologisch leren, 2) het energetische 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. Met dit raster kan bijvoorbeeld de reichiianse therapie gesitueerd worden aan de polen: behandeling, energetisch lichaam, analytisch, non-verbaal, aanraken en regressie. Het gendliniaans focussen laat zich aan de andere kant 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 LPT wordt in de literatuur ook gewezen op het verschil tussen LPT en andere psychotherapieën (Geuter, 2015a, 2015b; Heller, 2012). Het karakteristieke van LPT bestaat hierin dat zowel het lichamelijke als het psychische substraat systematisch geïntegreerd wordt 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, 2015b). Tot slot verschilt LPT op kardinale wijze van de psychomotorische kinesitherapie en andere educatief-therapeutische methoden, zoals de Feldenkraismethode, de Alexander-techniek of eunomie, waar men ook met lichaamsbeleving werkt, maar geen klinisch psychologisch-psychotherapeutisch referentiekader hanteert (Geuter, 2015b; Heller, 2012).

Het lichaam als toegangspoort?²

Wanneer we vertrekken vanuit de aanname dat de kern van psychotherapie een bewustwordingsproces behelst, dan heeft de verscheidenheid aan psychotherapeutische stromingen voornamelijk te maken met de vraag hoe dit proces gefaciliteerd kan worden en waartoe dit zou moeten leiden. Het antwoord hierop binnen de LPT is helder: het lichaam fungeert als toegangspoort tot het bewustwordingsproces. Toch klinkt de combinatie lichaam en bewustzijn vaak nog vreemd in de oren. Dit valt deels te verklaren doordat men er lange tijd van uitging dat de zetel van het bewustzijn zich bevond in de hogere regionen van de geest

– letterlijk: de hogere corticale netwerken – en het lichaam hierbij enkel een marginale rol speelde. Deze ‘cognitieve hegemonie’ van het bewustzijn – met zijn ultieme biologisch substraat in de prefrontale, exteroceptieve en talige cortices – vindt haar weerklank in het prominente belang dat bijvoorbeeld gehecht wordt aan het verwerven van inzicht via het analytisch doorwerken, het mentaliseren van emoties, het cognitief herstructureren van disfunctionele gedachten of de instrumentele reductie van aandachtstechnieken, zoals mindfulness. Enigszins kort door de bocht: bewust spreken en denken leidt tot bewuste veranderingen in beleving en gedrag. Toch blijkt de overheersende positie van dit bewust, cognitief *apparatus* binnen de psychotherapie vanuit neurowetenschappelijk perspectief deels achterhaald en worden er correcties aangebracht. Zo is er binnen het psychoanalytische gedachtegoed – dat haar oorsprong toch vond in het onttronen van het bewuste – hernieuwde aandacht voor het onbewuste en irrationele (Vermote, 2010), met een opvallende belangstelling voor het ambivalente lichaam (Bazan, 2014). Want het lichaam dat ons drijft en genot verschaft, is ook het lichaam dat grotendeels onbereikbaar is voor bewuste controle (zie infra). Ook binnen het mentalisatiemodel vallen verschuivingen op naar meer trage, lichaamsgebaseerde subcircuits (Luyten, Lowyck, Vermote, & Fonagy, 2010). Fonagy hecht hierbij recentelijk meer belang aan de onderliggende factor van epistemisch vertrouwen, die intrinsiek verbonden blijkt met hechting en subjectwording (Allison & Fonagy, 2016; Fonagy, Luyten, & Allison, 2015) waarbij ook de lijfelijke of ‘intercorporeale’ dimensie een belangrijke rol speelt. Wanneer Vermote (2015) het in zijn geïntegreerd model voor psychoanalyse heeft over het cruciale belang van de niet-gedifferentieerde ‘somatische zone’ in ons psychisch functioneren, dan sluit dit aan bij de beschrijving van Gottwald (2015) die wijst op de doorslaggevende rol van lager/dieper gelegen breinstructuren bij bewustwording:

“Not only the neocortex, but, in particular some of the inner circuits among the brainstem, midbrain, basal nuclei, thalamus and the limbic system (probably with contributions from nerve cells of the intestine, the so-called “gut-brain”), and also neurotransmitter substances that are found, not only in the brain, but throughout the body and in the blood, together determine the consciousness that is generated in the associative area, along with behaviour, perception, emotions, cognition and experience.” (p.128)

De breinwetenschap leert ons dus dat niet enkel de neocorticale structuren, maar het gehele lichaam, met al zijn weefsels en subsystemen, het substraat vormt voor het bewustzijn. Meer nog, het ik dat zich ontwikkelt richting bewustwording vindt zijn oorsprong in het fysiek-somatische register van sensorïële prikkels, waarbij de thalamus er als een soort dirigent voor zorgt dat al die lichamelijke, niet-talige sporen gecodeerd worden in diverse (sub)thalamische circuits. Bazan (2014) spreekt hier over het *invertebrate* lichaam (letterlijk: het ongewervelde lichaam) als “een zak met ingewanden waaronder het ademhalingsstelsel, de bloedcirculatie, het spijsverteringsstelsel, het excretieapparaat en het voortplantingssysteem” (p. 248), en ziet dit als onze eerste bron van ervaringen aan drift, (on)lust en bevrediging. Van daaruit worden volgens Bazan (2014) tekorten of alarmen als excitaties vertaald naar het buitenste *vertebrate* lichaam van spieren en skelet, dat zo aangespoord wordt tot handelen. Daarnaast is er ook bijzondere aandacht voor de huid als substraat van aanraking en als basis voor gezonde hechting en latere reflectieve functies (Anzieu, 1994; Field, 2010; McCarthy, 1998).

Vanuit klinisch oogpunt kan alvast opgemerkt worden dat veel klachten en disfuncties binnen het psychosomatische spectrum zich manifesteren in de *invertebrate*, lichamelijke sub-systemen, zoals: prikkelbare darmklachten (spijsvertering), hyperventilatie (ademhaling), seksuele disfunctie (voortplanting) of ernstig verstoorde energiehuishouding, zoals bij chronische vermoeidheid (neuro-endocrien excretiesysteem). Daarnaast blijken emotionele spanningen zich vaak ‘vast te zetten’ in dieper gelegen weefsels van het *vertebrate* lichaam, zoals kauw- en slikspijeren, hals, middenrif of bekkenbodem. Zo wordt bijvoorbeeld gewezen op relaties tussen misbruik in de kindertijd en chronische rugpijn (Leisner et al., 2014) of migraine (Tietjen et al., 2010), mishandeling en verstoorde pijnverwerking (Tesarz, Eich, Treede, & Gerhardt, 2016), ademhaling, houding en chronische bekkenbodemklachten (Lee, Lee, & McLaughlin, 2008), ademhaling en lage rugpijn (Smith, Russell, & Hodges, 2006), houding, bewegingspatronen, lichaamsbeleving en chronische pijn (Haugstad, Haugstad, & Kirste, 2006), kaakklachten en neurale afwijkingen in het limbisch systeem (Younger, Shen, Goddard, & Mackey, 2010) en ademmusculatuur, angst en hyperventilatie (Ritz, Meuret, Bhaskara, & Petersen, 2013).

Reich (geciteerd in Fogel, 2009, p. 196) introduceerde in dit verband de term ‘spierpantser’ als “the experience-dependent development of a protective shell of muscle tension grown over time in response to a history of threat, anxiety and trauma”. Hierbij vatte hij musculaire spanning op als de lichamelijke zijde van het psychisch proces van onderdrukken of repressie van drift en emotie (Reich, 1972, 1973). Ook vanuit ontwikkelingspsychologisch perspectief vinden we hiervoor aanknopingspunten. Zo wordt het talige, expliciete geheugen gehinderd door een tragere rijping van de hippocampus in tegenstelling tot de amygdala die als basis van het niet-talige, procedurele en impliciete geheugen prenataal al operationeel is. Als gevolg hiervan gebeurt de geheugenopslag van hechtingspatronen, objectrelationele processen en affectregulatie van (drift)spanning in pretalige software die door latere hardware niet meer gelezen kan worden omdat dan een talige software in gebruik is. Enkel het lichaam – en in ruimere zin de lijfelijke dimensie – blijft als blauwdruk hiervan achter.

Uit het bovenstaande kan begrepen worden dat het bewuste aandeel binnen het psychotherapeutische proces niet enkel beduidend gereduceerd moet worden – LeDoux (1998) kwalificeert slechts vijf procent van ons psychisch functioneren als bewust – maar vooral dat het substraat voor de ontwikkeling van onze bewuste zelfbeleving uitgebreid moet worden naar het totale lichaam en al zijn weefsels en processen. Met andere woorden, het proces van zelfbewustwording is intrinsiek verweven met het lichaam als fundament. Niet enkel ontwikkelt het prille zelfbewustzijn zich vanuit het fysiek-sensoriële veld tussen het lichaam van het kind en de omgeving (Stern, 1985), maar ook blijft het lichaam een rol spelen als substraat voor onbewuste processen in de verdere subjectontwikkeling. Het lichaam vormt zo een bijzondere toegangspoort tot subcorticale, voortalige netwerken, het impliciete geheugen en het limbische brein. En precies deze elementen blijken een doorslaggevende rol te spelen bij psychosomatische processen en trauma’s (Cameron, 2001; Payne, Levine, & Crane-Goudreau, 2015; Van der Kolk, 2014) of – meer psychodynamisch gesteld – bij actueel pathologische beelden en alexithymie (De Gucht, Fischler, & Heiser, 2004; Huber, Suman, Biasi, & Carli, 2009; Layne, Weihs, Herring, Hishaw, & Smith., 2015; Sayar, Gulec, & Topbas, 2004; Verhaeghe, 2003).

Het prikkelen en beïnvloeden van deze netwerken en processen staat centraal in de LPT. Hier toe wordt een scala aan lichaamsgerichte, experiëntiële methoden en technieken aangewend rond aanraking, beweging en houding, ademhaling en evocatieve expressie, en dit telkens met ‘lichaamsbewustwording’ als gemene deler (Calsius, De Bie, Hertogen, & Meesen, 2016; Totton, 2005). Op zijn beurt blijkt ook dit vermogen tot lichaamsbewustzijn rechtstreeks gerelateerd aan een subcorticaal netwerk, ditmaal voor interoceptieve prikkelverwerking en met de insula als kernstructuur (Craig, 2003, 2009; Critchley, Wiens, Rotshtein, Ohman, & Dolan, 2004; Tsakiris, 2010).

Tijdens de oefening ‘samen-ademen’ ligt de patiënt op zijn zijde op een zachte ondergrond, grotendeels onder een deken. De therapeut zit langs de patiënt en legt zijn handen op hoofd en bekken, terwijl hij vraagt langzaam en diep te ademen. Naarmate de patiënt bewustervaart wat zijn adem doet, zwijgt de therapeut en ondersteunt de ademhaling met zijn handen door de bewegingen van borstkas, buik en bekken te begeleiden. Dit ‘mee-ademen’ wordt eveneens geëxpliciteerd doordat de therapeut hoorbaar mee in- en uitademt als een vorm van containment.

Het lichaam in de overdracht

Met betrekking tot deze ervaringsgerichte of experiëntiële interventies rond lichaamsbewustwording wordt in de LPT onder andere het proces van lichamelijke (tegen)overdracht (L(T)O) of *somatic (counter)transference* naar voren geschoven als een waardevol therapeutisch instrument (Cornell, 2015; Reich, 1973; Soth, 2005; Totton, 1998). In essentie gaat het bij L(T)O over hetzelfde proces als bij (tegen)overdracht in klassieke zin, namelijk het activeren en projecteren van eerder geïnstalleerde patronen, maar dan inclusief het lichamelijke substraat van de interactie (Soth, 2015). Hierbij kunnen twee niveaus worden onderscheiden. Het eerste niveau gaat over de lichamelijke van de eerste indrukken die de therapeut waarneemt bij de patiënt en zichzelf, zoals lichaamstaal en fysiek voorkomen van de patiënt of lichamelijke sensaties en inwendige belevingen bij de therapeut als reactie op de ontmoeting. Deze ‘inwendigheid’ mag hier vrij letterlijk geïnterpreteerd worden als somatische of zelfs viscerale reacties die de therapeut bij zichzelf waarneemt binnen een ruimer emotioneel patroon van reageren (Quinodoz, 2003). Het tweede niveau van L(T)O situeert zich in een diepere en meer betekenisvolle laag van lichamelijke interactie:

“It may be the analyst who feels in himself the bodily experience that accompanied the patient’s unconscious affect, in which case he will be able to help the patient attend to this sensation, to progress from the sensation to bodily experience, and thence to its emotional meaning.” (Quinodoz, 2003, pp. 103-104)

Dit tweede niveau is dan ook specifiek en focust op de somatische afstemming of *attunement* tussen patiënt en therapeut. Reich zag dit aanvankelijk als een soort van onbewuste imitatie. Later spreekt men ook van vegetatieve identificatie (Blumenthal, 2001), *organic transference* (Stattman, geciteerd in Heller, 2012), dyadische resonantie (Hart, 2008) of *somatic resonance* (Cornell, 2015). Bloom (2006) verwijst naar deze houding met de term *embodied*

attentiveness en stelt dat dit de gevoeligheid van de therapeut voor onbewuste affecten bij de patiënt verhoogt. Deze houding is verder ook kenmerkend voor het werken met aanraking en beweging binnen de LPT.

Anders dan bij het klassieke concept bestaan de patronen van (tegen)overdracht binnen L(T)O dus ook uit somatische structuren, zoals musculair of visceraal weefsel en de bijbehorende neurofysiologische processen van hypertonie, contractie of secretie. Soth (2005) wijst er zelfs op dat L(T)O als een pleonasme beschouwd kan worden en herinnert aan de biologische wortels van de drift, waardoor overdracht niet anders dan lichamelijk kan zijn. Om dit intrinsiek lijfelijk fundament van L(T)O te begrijpen verwijst Schore (2003) naar de vroege objectrelaties die neuromusculair vastgelegd worden en blijven fungeren als onbewust, geïncorporeerd werkmodel. Deze bijna letterlijk op te vatten verweving tussen lichaam, (drift) lading en vroege objectrelaties ligt in lijn met het eerder beschreven reichiaanse concept van spierpantsering en verschijnt ook binnen L(T)O als een vorm van primitieve communicatie, zoals in projectieve identificaties (Bloom, 2006).

Lichaamsbewustwording als kwintessens van LPT

De ‘ingelijfde’ leergeschiedenis en communicatie verschijnen dus als een eerste niveau van L(T)O in lichaamstaal en gedrag. Vanuit de houding van *embodied attentiveness* leert de therapeut vervolgens het eigen lijfelijk aanwezig-zijn waar te nemen en desgewenst in te brengen (tweede niveau van L(T)O). Op beide niveaus kunnen zo meer ‘gedragsmatige’ aspecten, zoals nabijheid, lichaamstaal of oogcontact, meespelen naast meer ‘weefselprocesmatige’ aspecten van spanning, vegetatieve reacties of hypertone musculatuur. Klinische manifestaties, zoals ademhaling, stemgebruik, relaxatie of geeuwen, zijn dan ook mogelijke betekenisvolle fenomenen die zowel vanuit gedrags- als weefselmatig oogpunt geïnterpreteerd kunnen worden. Mooij (2006) spreekt in dit verband van een hermeneutiek van het lichaam waarbij intentionele en niet-intentionele handelingen, seksualiteit, ademhaling en spijsvertering betekenisvol kunnen zijn en ‘iets uitdrukken’ (p. 81). Op therapeutisch vlak wordt er vaak geen al te strikt onderscheid gemaakt tussen de gedrags- en weefselmatige aspecten van L(T)O, maar richten interventies zich op een bewustwording van beide, bij cliënt én therapeut. Gezien het lichamelijk fundament van dit bewustwordingsproces spreekt men in de wetenschappelijke literatuur meestal van *body awareness* (Mehling et al., 2011) of *embodied self-awareness* (Fogel, 2009). Interessant bij L(T)O als proces van lichaamsbewustwording is de rol die aanraking krijgt, naast die van beweging en ademhaling. Hierbij vormt een doorvoelende of ‘haptische handgreep’ de basis voor een wederkerig ervaringsproces tussen cliënt en therapeut (Cornell, 2015; Geuter, 2015b; Turvey & Fonseca, 2014). Fogel (2009) gebruikt de term ‘luisterende handgreep’ en onderstreept het belang van het dyadisch resonerende veld waarbinnen deze bewustwording voor de patiënt kan ontstaan. Het helend effect hiervan wordt gesitueerd in het leren doorvoelen van (deels) onbewuste lijfelijke spanningspatronen en het leren herkennen van de persoonlijke context waarbinnen deze patronen opduiken. Hoewel het doorwerken van weerstandspatronen en coping eveneens centraal staat in het klassieke proces van overdracht, gaat men in de LPT ook daadwerkelijk aan de slag met

het lichamelijke aspect hiervan, zoals de emotionele spanning in de musculatuur, kortweg het spierpantser (Calsius, ter perse).

BP is een angstig-paranoïde jongeman die in zijn jeugd leed onder een zeer tirannieke vader. Hij meldt zich aan met jarenlange hevige spanningshoofdpijnen. Wanneer ik contact maak met zijn verharde nek- en halsweefsels krijg ik het gevoelsbeeld van ‘dikke stalen kabels van gewapend beton’. Zelf geeft hij aan dat hij in zijn baan als politieagent continu ‘uptight’ moet zijn.

Via mijn haptisch contact ervaart BP voor het eerst hoe zijn buik meebeweegt met diepe ademhaling en reageert met warmte. Dit maakt hem rustig, maar brengt hem ook wat in de war (“*Seffens val ik nog in slaap!*”). Het diepe weefselwerk rond zijn kaken, hals en middenrif zorgt aanvankelijk voor meer spanning, zweten en onrustig ademen. Vervolgens voelt hij “gigantisch veel agressie opkomen in zijn vuisten” en gebiedt mij om te stoppen. Terwijl ik zijn lichaam langzaam loslaat, vraag ik hem wat er zou gebeuren wanneer ik niet zou stoppen. BP antwoordt “keihard te willen slaan en schoppen en zelfs spuwen”. Na een lange stilte begint hij voor het eerst te vertellen over de machteloosheid tegenover zijn vader die altijd dronken was en hen thuis allemaal sloeg wanneer hem iets niet aanstond. Daarna werken we verder via hands-ontechieken gecombineerd met ademwerk en evocatieve expressie via klanken en beelden tot er een ontlading van het spierpantser plaatsvindt.

De patiënt wordt in feite uitgenodigd om zich meer bewust te worden van de eigen lijfelijheid, al dan niet in relatie tot de ander, zoals de therapeut. Via bijvoorbeeld (lichaams)mentaliteit (Spaans, Veselka, Luyten, & Bühring, 2009) of focussen (Gendlin, 1969) leert hij dit vervolgens te vertalen naar een meer betekenisvol narratief (Bohlmeijer, 2012; Calsius, Alma, & Pott, 2013a, 2013b; Depestele, 2004). Dit belichaamd aanwezig-zijn in het nu-moment wordt binnen de LPT sterk benadrukt vanuit haar humanistisch-existentiële wortels (Cooper, 2008) en krijgt een vorm van niet-cognitieve verwerving van inzicht toegedicht (Wilde, 2003). Dit ligt in lijn met het merleau-pontyaanse *pré-savoir* (Carman, 2008; Fuchs, 2001) en met hetgeen Depestele (2004) in gendliniaanse zin benoemt als een (pre-)impliciet weten dat van de orde van het lichaam is. Diep in zich ‘weet’ het lichaam als het ware wat het wil zeggen vóór de persoon het kan uitdrukken. Het proces van L(T)O leent zich dan ook bij uitstek om net datgene op te vangen wat het lichaam ‘uit-spreekt’ zonder dat de patiënt zich hiervan al bewust is en dit vervolgens in expressie te helpen brengen.

Besluit

Het ‘Beroepsprofiel Lichaamsgericht Werkend Psycholoog’ van het NIP (2011) beschreef al enkele jaren geleden de volgende specifieke competenties:

“De Lichaamsgericht Werkend Psycholoog NIP is in staat om een specifieke vorm van lichaamsgerichte interventies toe te passen op het gebied van houding, beweging, aanraking, adempatronen, stemexpressie en focussing van de aandacht, of een combinatie daarvan, waar-

mee de samenhang tussen lichaam en psyche werkbaar wordt gemaakt. Hij/zij is ook in staat om de veranderende expressie van de cliënt waar te nemen (impliciet weten).” (p.10)

Dit ligt geheel in lijn met de specifieke expertises binnen de LPT. Toch voelt het lijfelijke aspect vreemd en onwennig aan voor de klinisch psycholoog-psychotherapeut in Vlaanderen, waar LPT binnen het wettelijk kader van de psychotherapeutische hoofdstromen tot op heden niet gedefinieerd wordt. In dit artikel proberen we aan te tonen dat het lichaam geen vreemde gast hoeft te zijn in onze therapieruimte, maar verwelkomd kan worden als meer centrale invité. Allereerst is het lichaam innig verweven met de ontwikkeling van de klinische psychologie en psychotherapie. Maar vooral biedt het lichaam een unieke therapeutische toegangspoort tot onze lijfelijke en belichaamde identiteit, onder andere via niet-talige, onbewuste netwerken en het impliciet-procedurele geheugen. Dit staat niet enkel van oudsher centraal in de LPT, maar de doeltreffendheid ervan wordt vanuit neurowetenschappelijke hoek steeds meer ondersteund bij problematieken, zoals psychosomatische coping, trauma en alexithymie. Typisch voor de LPT hierbij is het werken met diverse vormen van lichaamsbewustwording, zoals bij lichamelijke (tegen)overdacht.

Het antwoord op de vraag naar het lichaam in de psychotherapie zal deels afhangen van de affiniteit en oriëntatie van de therapeut, maar zou in ieder geval meer moeten inhouden dan enkel de gevoeligheid voor lichamelijke signalen of het spreken over hoe het lichaam voelt. De kracht van LPT ligt in het daadwerkelijk aan de slag gaan met evocatieve beweging, hands-onlichaamswerk en lijfelijke expressie als koninklijke route tot de ervaringswereld van de patiënt. Het spreekt voor zich dat een volwaardige toepassing hiervan enkel verantwoord kan plaatsvinden na een gedegen opleiding en binnen een helder deontologisch kader, bijvoorbeeld conform de richtlijnen van de European Association for Body Psychotherapy. Meer dan andere vormen van psychotherapie biedt LPT een transdisciplinaire uitdaging. Maar of de psychotherapeut nu oversteekt of niet, het lichaam zal altijd blijven vragen naar grensarbeid.

Noten

1. In lijn met de meeste vakliteratuur wordt ook in dit artikel de term ‘psychosomatiek’ gebruikt. Toch is deze term verre van ideaal en zelfs problematisch aangezien hij dualiteit suggereert. Een kritische zoektocht naar terminologie die semantische en epistemologische beperkingen overstijgt, dringt zich absoluut op (Vandenberghe & Luyten, 2010).
2. Voor een meer gedetailleerde uitwerking van het lichaam als therapeutisch substraat in de LPT verwijzen we naar recente overzichtswerken van Geuter (2015b), Heller (2012) en Marlock en Weiss (2015b), of voor meer toegepaste wetenschappelijke onderbouwing bijvoorbeeld naar: Calsius, De Bie, Hertogen, en Meesen (2016), Levine (2005, 2014), Ogden et al. (2006) en Payne en Crane-Goudreau (2015).

Literatuur

- Allison, E., & Fonagy, P. (2016). When is truth relevant? *Psychoanalytic Quarterly*, 85, 275-303. doi:10.1002/psaq.12074
- Anzieu, D. (1994). *Le penseur: Du Moi-peau au Moi-pensant*. Paris, France: Dunod.
- Bassal, N. (2015). The Norwegian tradition of body psychotherapy. In G. Marlock, & H. Weiss (Eds.), *The handbook of body psychotherapy and somatic psychology* (pp. 62-70). Berkeley, CA: North Atlantic Books.
- Bazan, A. (2014). Neuropsychoanalyse: geschiedenis en epistemologie. *Tijdschrift voor Psychoanalyse*, 20, 245-255.
- Bloom, K. (2006). *The embodied self: Movement and psychoanalysis*. New York, NY: Karnac Books.
- Blumenthal, B. (2001). The psychotherapist's body. In M. Heller (Ed.), *The flesh of the soul: The body we work with* (pp. 153-160). Bern, Schweiz: Peter Lang.
- Bohlmeijer, E. (2012). *De verhalen die we leven: de narratieve psychologie als methode*. Amsterdam: Boom.
- Bullington, J. (2009). Embodiment and chronic pain: Implications for rehabilitation practice. *Health Care Analysis*, 17, 100-109.
- Büntig, W.E. (2015). The work of Wilhelm Reich (Part I). In G. Marlock, & H. Weiss (Eds.), *The handbook of body psychotherapy and somatic psychology* (pp. 71-82). Berkeley, CA: North Atlantic Books.
- Calsius, J. (ter perse). Het lichaam als mogelijke toegangspoort in psychotherapie. *Tijdschrift voor Psychoanalyse*.
- Calsius, J., Alma H., & Pott, H. (2013a). Doorheen de angst: fenomenologische analyse van vijf structuurmomenten. *Tijdschrift Cliëntgerichte Psychotherapie*, 51, 226-242.
- Calsius, J., Alma H., & Pott, H. (2013b). Het lichaam doorheen een existentieel bewustwordingsproces: mogelijk of niet? *Tijdschrift Cliëntgerichte Psychotherapie*. 51, 297-313.
- Calsius, J., De Bie, J., Hertogen, R., & Meesen, R. (2016). Touching the lived body in patients with medically unexplained symptoms: How an integration of hands-on bodywork and body awareness in psychotherapy may help people with alexithymia. *Frontiers in Psychology*, 7, e253. doi:10.3389/fpsyg.2016.00253.
- Cameron, O.G. (2001). Interoception: The inside story -- a model for psychosomatic processes. *Psychosomatic Medicine*, 63, 697 - 710.
- Carman, T. (2008). *Merleau-Ponty*. London, UK: Routledge Philosophers.
- Cipolletta, S. (2013). Construing in action: Experiencing embodiment. *Journal of Constructivist Psychology*, 26, 293-305. doi:10.1080/10720537.2013.812770
- Cipolletta S., Consolaro F., & Horvath P. (2014). When health is an attitudinal matter: A qualitative research. *Journal of Humanistic Psychology*, 54, 391-413.
- Cooper, M. (2008). *Existential therapies*. Los Angeles, CA: Sage.
- Cornell, W.F. (2015). *Somatic experience in psychoanalysis and psychotherapy: In the expressive language of the living*. London, UK: Routledge.
- Courtois, I., Cools, F., & Calsius, J. (2015). Effectiveness of body awareness interventions in fibromyalgia and chronic fatigue syndrome: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Bodywork and Movement Therapies*, 19, 35-36. doi:10.1016/j.jbmt.2014.04.003
- Craig, A.D. (2003). Interoception: The sense of the physiological condition of the body. *Current Opinion in Neurobiology*, 13, 500-505.
- Craig, A.D. (2009). How do you feel--now? The anterior insula and human awareness. *Nature Reviews Neuroscience*, 10, 59-70. doi:10.1038/nrn2555

- Critchley, H.D., Wiens, S., Rotshtein, P., Ohman, A., & Dolan, R.J. (2004). Neural systems supporting interoceptive awareness. *Nature Neuroscience*, 7, 189-195.
- De Gucht, V., Fischler, B., & Heiser, W. (2004). Neuroticism, alexithymia, negative affect, and positive affect as determinants of medically unexplained symptoms. *Personality and Individual Differences*, 36, 1655-1667. doi:10.1016/j.paid.2003.06.012
- De Haan, S. (2012). Fenomenologie van de lichaamservaring. In D. Denys, & G. Meynen (Red.), *Handboek Psychiatrie en Filosofie* (pp. 214-227). Utrecht: De Tijdstroom.
- Depestele, F. (2004). Het lichaam vóór de 'gevoelde zin'. In G. Lietaer, & M. Van Kalmthout (Red.), *Praktijkboek gesprekstherapie: psychopathologie en experiëntiële procesbevordering* (pp.110-129). Utrecht: De Tijdstroom.
- Field, T. (2010). Touch for socio-emotional and physical well-being: A review. *Developmental Review*, 30, 367-83.
- Fogel, A. (2009). *The psychophysiology of self-awareness*. New York, NY: W.W. Norton.
- Fogel, A. (2011) Embodied awareness: Neither implicit nor explicit and not necessarily nonverbal. *Child Development Perspectives*, 5, 183-86. doi:10.1111/j.1750-8606.2011.00177.x
- Fonagy, P., Luyten, P., & Allison, E. (2015). Epistemic petrification and the restoration of epistemic trust: A new conceptualization of borderline personality disorder and its psychosocial treatment. *Journal of Personality Disorders*, 29, 575-609. doi:10.1521/pedi.2015.29.5.575
- Freud, S. (1988). Het Ik en het Es. In T. Grafdijk (Red.), *Psychoanalytische Theorie 3* (pp. 9-82). Meppel: Boom.
- Fuchs, T. (2001). The tacit dimension. *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*, 8, 323-326.
- Fuchs, T., & Schlimme, J.E. (2009). Embodiment and psychopathology: A phenomenological perspective. *Current Opinion in Psychiatry*, 22, 570-575.
- Gard, G. (2005). Body awareness therapy for patients with fibromyalgia and chronic pain. *Disability and Rehabilitation*, 27, 725-728.
- Gendlin, E.T. (1969). Focusing. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 6, 4-15.
- 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). Berkeley, CA: North Atlantic Books.
- Geuter, U. (2015b). *Körperpsychotherapie: Grundriss einer Theorie für die klinische Praxis*. Berlin, Deutschland: Springer.
- Gottwald, C. (2015). Neurobiological perspectives on body psychotherapy. In G. Marlock, & H. Weiss (Eds.), *The handbook of body psychotherapy and somatic psychology* (pp.126-147). Berkeley, CA: North Atlantic Books.
- Hart, S. (2008). *Brain, attachment, personality*. London, UK: Karnac Books.
- Haugstad, G., Haugstad, T., & Kirste, U. (2006). Posture, movement patterns, and body awareness in women with chronic pelvic pain. *Journal of Psychosomatic Research*, 61, 637-644.
- Heller, M. (2012). *Body psychotherapy: History, concepts and methods*. New York, NY: W.W. Norton.
- Herbert, B.M., Herbert, C., & Pollatos, O. (2011). On the relationship between interoceptive awareness and alexithymia: Is interoceptive awareness related to emotional awareness? *Journal of Personality*, 79, 1149-1175.
- Herbert, B.M., & Pollatos, O. (2012). The body in the mind: On the relationship between interoception and embodiment. *Topics in Cognitive Science*, 4, 692-704.
- Huber, A., Suman, A.L., Biasi, G., & Carli, G. (2009). Alexithymia in fibromyalgia syndrome: associations with ongoing pain, experimental pain sensitivity and illness behaviour. *Journal of Psychosomatic Research*, 66, 425-433.

- Jackson, J.L., & Passamonti, M. (2005). The outcome among patients presenting in primary care with a physical symptom at 5 years. *Journal of General Internal Medicine*, 20, 1032-1037.
- Layne, R.D., Weihs, K.L., Herring A., Hishaw, A., Smith R. (2015). Affective agnosia: Expansion of the alexithymia construct and a new opportunity to integrate and extend Freud's legacy. *Neuroscience and Biobehavioural Review*, 55, 594-611.
- LeDoux, J. (1998). *The emotional brain*. London, UK: Phoenix.
- Lee, D., Lee, L.J. & McLaughlin, L. (2008). Stability, continence and breathing: The role of fascia following pregnancy and delivery. *Journal of Bodywork and Movement Therapies*, 12, 333-348.
- 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, 600-606. doi:10.1007/s00482-014-1487-2
- Levine, P. (2005). Panic, biology and reason: Giving the body its due. In N. Totton (Ed.), *New dimensions in bodypsychotherapy* (pp. 30-39). Berkshire, UK: Open University Press.
- Levine, P. (2014). *De tijger ontwaakt: traumabehandeling met lichaamsgerichte therapie*. Haarlem: Altamira.
- Luyten, P., Lowyck, B., Vermote, R., & Fonagy, P. (2010). De neurale basis van mentalisatie: implicaties voor de conceptualisatie en behandeling van de borderline persoonlijkheidsstoornis vanuit een psychodynamisch kader. In M. Kinet, & A. Bazan (Red.), *Psychoanalyse en neurowetenschap: de geest in de machine* (pp.155-188). Antwerpen: Garant.
- Maes F., & Sabbe, B.G.C. (2014). Alexithymie bij fibromyalgie: prevalentie. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 65, 798-806.
- Marlock, G. (2015). Body psychotherapy as a major tradition of modern depth psychogy. In G. Marlock, & H. Weiss (Eds.), *The handbook of body psychotherapy and somatic psychology* (pp. 83-101). Berkeley, CA: North Atlantic Books.
- 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). Berkeley, CA: North Atlantic Books.
- Marlock, G., & Weiss, H. (2015b). (Eds.). *The handbook of body psychotherapy and somatic psychology*. Berkeley, CA: North Atlantic Books.
- McCarthy, M. (1998). Skin and touch as intermediates of body experiences with reference to gender, culture and clinical experience. *Journal Bodywork and Movement Therapies*, 2, 175-182.
- Mehling, W. E., DiBlasi, Z., & Hecht, F. (2005). Bias control in trials of bodywork: A review of methodological issues. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 11, 333 - 342. doi:10.1089/acm.2005.11.333
- Mehling, W.E., Wrubel, J., Daubenmier, J.J., Price, C.J., Kerr, C.E., & Silow, T. (2011). Body awareness: A phenomenological inquiry into the common ground of mind-body therapies. *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine*, 6, 6. doi:10.1186/1747-5341-6-6
- Mooij, A. (2006). *De psychische realiteit: psychiatrie als geesteswetenschap*. Amsterdam: Boom.
- Nederlands Instituut van Psychologen. (2011). *Beroepsprofiel lichaamsgericht werkend psycholoog*. Amsterdam: Auteur.
- Nimnuan, C., Hotopf, M., & Wessely, S. (2001). Medically unexplained symptoms: An epidemiological study in seven specialities. *Journal Psychosomatic Research*, 51, 361-367.
- Ogden P., Minton, K., & Pain, C. (2006). *Trauma and the body: A sensorimotor approach to psychotherapy*. New York, NY: W.W. Norton.
- Osborn, M., & Smith, J.A. (2006). Living with a body separate from the self. The experience of the body in chronic benign low back pain: An interpretative phenomenological analysis. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 20, 216-222.

- Payne, H. (2009). The BodyMind Approach (BMA) to psychotherapeutic groupwork with patients with medically unexplained symptoms (MUS): A review of the literature, description of approach and methodology selected for a pilot study. *European Journal for Counselling and Psychotherapy*, 11, 287-310. doi:10.1080/13642530903230392
- Payne, P., & Crane-Goudreau, M.A. (2015). The preparatory set: A novel approach to understanding stress, trauma and the bodymind therapies. *Frontiers in Human Neuroscience*, 9, 178. doi:10.3389/fnhum.2015.00178
- Payne, P., Levine, P.A., & Crane-Goudreau M.A. (2015). Somatic experiencing: Using interoception and proprioception as core elements of trauma therapy. *Frontiers in Psychology*, 6, 93. doi:10.3389/fpsyg.2015.00093
- Quinodoz, D. (2003). *Words that touch*. London, UK: Karnac Books.
- Reich, W. (1972). *Character analysis*. New York, NY: Touchstone.
- Reich, W. (1973). *The function of the orgasm: Sex-economic problems of biological energy*. New York, NY: Farar, Straus & Giroux.
- Ritz, T., Meuret, A.E., Bhaskara, L., & Petersen, S. (2013). Respiratory muscle tension as symptom generator in individuals with high anxiety sensitivity. *Psychosomatic Medicine*, 75, 187-195. doi:10.1097/PSY.0b013e31827d1072
- Röhrich, F. (2009). Body oriented psychotherapy – The state of the art in empirical research and, evidence-based practice: A clinical perspective. *Body, Movement and Dance in Psychotherapy*, 4, 135-156. <http://dx.doi.org/10.1080.17432970902857263>
- Sayar, K., Gulec, H., & Topbas, M. (2004). Alexithymia and anger in patients with fibromyalgia. *Clinical Rheumatology*, 23, 441-448. doi:10.1007/s10067-004-0918-3
- Schore A. (2003). *Affect regulation and the repair of the self*. New York, NY: W.W. Norton.
- Smith, M., Russell, A., & Hodges, P. (2006). Disorders of breathing and continence have a stronger association with back pain than obesity and physical activity. *Australian Journal of Physiotherapy*, 52, 11-16.
- Soth, M. (2005). Embodied countertransference. In N. Totton (Ed.), *New dimensions in bodypsychotherapy* (pp. 40-55). Berkshire, UK: Open University Press.
- Soth, M. (2015). Transference, counter-transference and supervision in the body psychotherapeutic tradition. In G. Marlock, & H. Weiss (Eds.), *The handbook of body psychotherapy and somatic psychology* (pp. 479-493). Berkeley, CA: North Atlantic Books.
- Spaans, J.A., Veselka, L., Luyten, P., & Bühring, M.E.F. (2009). Lichamelijke aspecten van mentalisatie: therapeutische focus bij ernstige onverklaarde lichamelijke klachten. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 51, 239-248.
- Stanghellini, G. (2009). Embodiment and schizophrenia. *World Psychiatry*, 8, 56-59.
- Steinbrecher, N., Koerber S., Friesser D., & Hiller, W. (2011). The presence of medically unexplained symptoms in primary health care. *Psychosomatics*, 52, 263-271. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.psym.2011.01.007
- Stern, D. (1985). *The interpersonal world of the infant. A view from psychoanalysis and development psychology*. London, UK: Karnac Books.
- 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, 1799-1809. doi:10.1097/j.pain.0000000000000586.

- Tietjen, G.E., Brandes, J.L., Peterlin, B.L., Eloff, A., Dafer, R.M., Stein, M.R., ... Khuder SA. (2010). Childhood maltreatment and migraine (part II): Emotional abuse as a risk factor for headache chronicification. *Headache*, 50, 32-41. doi:10.1111/j.1526-4610.2009.01557.x
- Totton, N. (1998). *The water in the glass: Body and mind in psychoanalysis*. London, UK: Rebus Press.
- Totton, N. (Ed.). (2005). *New dimensions in body psychotherapy*. Berkshire, UK: Open University Press.
- Tsakiris, M. (2010). My body in the brain: A neurocognitive model of body-ownership. *Neuropsychologia*, 48, 703-712.
- Turvey, M.T., & Fonseca, S.T. (2014). The medium of haptic perception: A tensegrity hypothesis. *Journal of Motor Behavior*, 46, 143-87.
- Vandenbergh J., & Luyten P. (2010). Inleiding bij een Festschrift. In B. Van Houdenhove, P. Luyten, & J. Vandenbergh (Red.), *Luisteren naar het lichaam: het dualisme voorbij* (pp. 9-16). Tiel: LannooCampus.
- Van der Kolk, B.A. (2014). *The body keeps the score: Mind, brain and body in the transformation of trauma*. London, UK: Penguin Books.
- Verhaeghe, P. (2003). *Over normaliteit en andere afwijkingen: handboek klinische psychodiagnostiek*. Leuven: Acco.
- Vermote, R. (2010). De irrationale dimensie van de psychoanalyse. *Tijdschrift voor Psychoanalyse*, 16, 239-247.
- Vermote, R. (2015). Een geïntegreerd psychoanalytisch model in het licht van neurowetenschappelijke bevindingen. *Tijdschrift voor Psychoanalyse*, 21, 3-12.
- Weaver, J.O. (2015). The influence of Elsa Gindler. In G. Marlock, & H. Weiss (Eds.), *The handbook of body psychotherapy and somatic psychology* (pp. 40-46). Berkeley, CA: North Atlantic Books.
- Wilde, M.H. (2003). Embodied knowledge in chronic illness and injury. *Nursing Inquiry*, 10, 170-176.
- Younger, J.W., Shen, Y.F., Goddard, G., & Mackey, S.C. (2010). Chronic myofascial temporomandibular pain is associated with neural abnormalities in the trigeminal and limbic systems. *Pain*, 149, 222-228. doi:10.1016/j.pain.2010.01.006
- Zeiler, K. (2010). A phenomenological analysis of bodily self-awareness in the experience of pain and pleasure: On dys-appearance and eu-appearance. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 13, 333-342.

Summary

The body as a strange guest in therapy?

The body is often a strange and sometimes even annoying guest in psychotherapy. In this present article we try to point out why this does not have to be the case and the body may instead be welcomed in therapy. Firstly the body has its intricacies with historical developments in clinical psychology and psychotherapy. Secondly the body offers an intriguing entry point to what is known in phenomenology as 'embodiment' or as 'the lived body'. This relationship between the body at one hand and nonverbal, limbic and implicit memory at the other hand is recently getting more ground from brain research. In addition, this connection has always been a pivotal element in body psychotherapy and somatic psychology where body awareness is a central feature when working with touch, movement, posture, breathing and evocative language. Although the effectiveness of body psychotherapy in psychosomatic dysfunctioning, trauma and alexithymia has been shown, rigorous and systematic outcome research is still lacking. Finally it should be emphasized that body psychotherapy can only be practiced after sound training and throughout a solid ethical frame.

Keywords: body oriented psychotherapy, somatic psychology, body awareness, somatic (counter-) transference

Personalia

Dr. Joeri Calsius is klinisch psycholoog (PhD.), psychodynamisch en lichaamsgericht psychotherapeut (EABP), kinesitherapeut en osteopaat D.O.; hij studeerde bovendien cultuurfilosofie (MA.). Hij is werkzaam in een eigen groepspraktijk met focus op een geïntegreerde benadering van de psychosomatische hulpvraag. Daarnaast is hij deeltijds universitair docent, gastdocent aan diverse postgraduaatopleidingen in binnen- en buitenland en publiceert over de invloed van ervaringsgerichte processen rond het lichaam in therapie. Hij is ook vicevoorzitter van de Vlaamse Vereniging van Klinisch Psychologen.

E-mail: joeri.calsius@telenet.be



Naar een herstelondersteunende verslavingszorg

Wouter Vanderplasschen, Freya Vander Laenen

De afgelopen jaren kwam herstel meer en meer centraal te staan als doelstelling van verslavingszorg en -preventie. In Vlaanderen plaatste minister Van Deurzen (2015) herstel voorop als voornaamste beleidsdoelstelling op het vlak van verslavingszorg en -preventie. We moeten evenwel vaststellen dat de theorievorming over en het wetenschappelijk onderzoek naar 'herstel' nog in volle ontwikkeling zijn. Op de werkvloer staat men voor de uitdaging om 'herstelondersteunend' te werken, zonder dat men hiervoor over de nodige achtergrond en expertise beschikt. Een valkuil is dat men herstel gelijkstelt met abstinentie, of dat de zorgverantwoordelijkheid doorschuift naar de cliënt en zijn of haar netwerk.

Met *Naar een herstelondersteunende verslavingszorg* willen de auteurs het begrip 'herstel' verdiepen en duiden en tegelijk handvatten aanreiken hoe herstelgerichte zorg en ondersteuning in beleid en praktijk vorm kan krijgen. Ze doen dit voor verschillende zorg- en ondersteuningsvormen en geven aan hoe drugbeleid en drugpreventie een meer herstelondersteunende invulling kunnen krijgen. Naast interventies komen ook een aantal kwetsbare groepen met specifieke ondersteuningsnoden aan bod.

WOUTER VANDERPLASSCHEN is orthopedagoog en licentiaat in de pedagogische wetenschappen. Hij is hoofddocent orthopedagogiek bij de Vakgroep Orthopedagogiek van de Universiteit Gent. Zijn onderzoek is vooral gericht op herstel van verslaving en interventies en methoden die bijdragen aan herstel. Hij is auteur van verscheidene internationale wetenschappelijke publicaties over verslaving en gerelateerde problemen, met specifieke expertise op het vlak van case management.

FREYA VANDER LAENEN is maatschappelijk werker en licentiaat in de criminologische wetenschappen. Ze is hoofddocent criminologie in de Vakgroep Criminologie, Strafrecht en Sociaal Recht van de Universiteit Gent en lid van de onderzoeksgroep Institute for International Research on Criminal Policy (IRCP). Ze is promotor van verschillende onderzoeken over drugbeleid en over personen met psychische problemen die in contact komen met justitie.

ISBN 978 94 6344 109 4 // 296 blz. // € 35,00 (excl. verzendingskosten)

Koop dit boek online op www.uitgeverijacco.be of in de boekhandel.

Voor België: Uitgeverij Acco
E-mail: bestelling@acco.be

acco
MAAKT KENNIS MET U

Voor Nederland: Acco Nederland
E-mail: info@uitgeverijacco.nl