

## **WERKEN MET EEN LICHAAM DAT MOEILIK DOET:** Experiëntiëel LichaamsWerk (Joeri Calcius)

### **Inleiding: het perspectief van E.L.W.**

- de psychotherapeut, de lichaamstherapeut en de filosoof moeten bij wijze van spreken samen aan tafel, op zoek naar integratie van hun perspectieven / de brug naar het naburige domein moet daadwerkelijk worden overgestoken.
- therapie is een zaak van studie én van ambacht / aandacht gaat ook naar wat in onderzoek en protocol ongrijpbaar blijft.
- E.L.W. schrijft zich in in een oude traditie van benaderingen, zoals yoga, die de mens als psychosomatische eenheid beschouwen, benaderingen dus die uitgaan van de wederkerige relatie tussen beweging, gewaarwording en aanraking enerzijds, en psychisch functioneren anderzijds.

De meer dominante maatschappelijke realiteit daarentegen is vaak een strakke opdeling van het therapielandschap tussen de polen 'psychè' en 'soma' als twee uitersten op een spectrum: er is het terrein van de psychotherapeut, en dat van de kinesist. Er zijn de biomedische en revalidatiewetenschappen, én er is de psychologische wetenschap en psychiatrie. Mensen komen doorgaans eerst in lichaamsbehandeling terecht, om vervolgens, als dit niet helpt, bij de psychotherapeut aan te kloppen. Lichaamstherapie is geen gesprekstherapie, en in psychotherapie is er geen plek voor het lichaam als rechtstreekse toegangspoort, via aanraking of beweging.

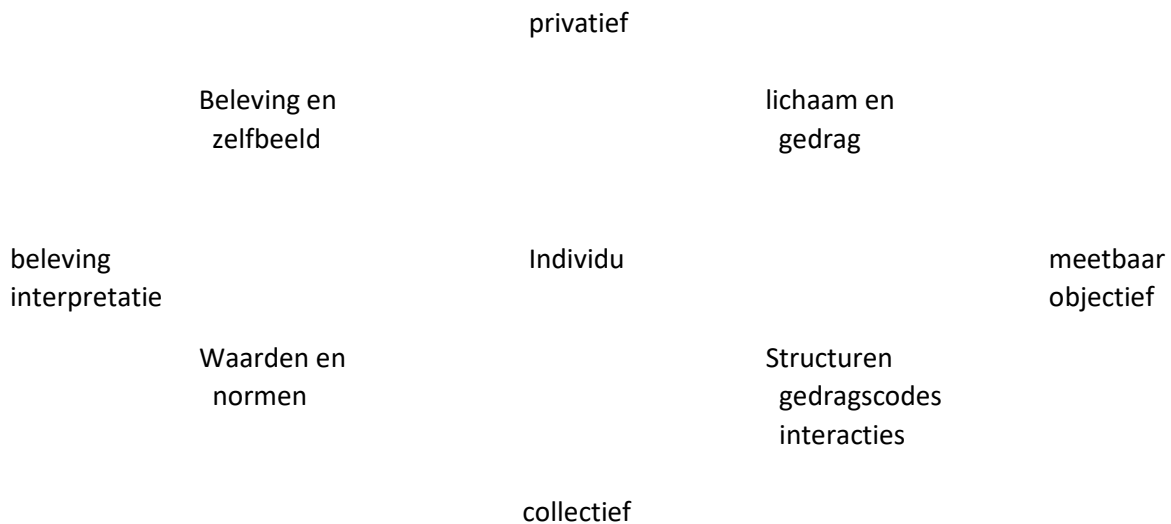
In de middenzone *tussen* deze polen ligt de Lichaamspsychotherapie (LPT), die deze dichotomie tussen lichaam en geest wil overstijgen: hier wordt er van uitgegaan dat gedachtenpatronen, emoties, belichaamde 'self-awareness', spiertonus en -ontspanning samen fungeren als een dynamisch systeem, waarbinnen elk element de andere beïnvloedt en onderhoudt, teneinde samen karakteristieke verhoudingen met de wereld te vormen. chronische fysieke patronen (posturale en bewegingstendenzen) onderhouden bepaalde overtuigingen en cognitieve distorties. Lichamelijke structuren en processen zijn hier niet het doel van de behandeling, maar een 'route waarlangs' bijvoorbeeld gewerkt wordt aan een andere manier van aanwezig-zijn in de wereld.

E.L.W. probeert niet in de eerste plaats de beweeglijkheid of kracht (rechter bovenkwadrant) te beïnvloeden, dan wel beleving en bewustwording, ervaring en betekenisverlening (linker-bovenkwadrant)

Vb.: Bewegingsvrijheid van de schoudergordel maakt dat iemand zich meer kan openen, zich frontaler durft oprichten t.o.v. anderen.

- **Het vier-kwadranten-model** (beeldvorming van iemands actuele situatie)

Om iemands complexe realiteit in beeld te krijgen, dienen we vier terreinen te beschouwen. Geen hiervan is ondergeschikt aan een ander.



### - Het fulcrum-concept (ontwikkelingslagen)...

Een referentiekader dat toelaat uit te maken op welke wijze het subject zich binnen zijn context heeft kunnen ontwikkelen, en hoe dit al dan niet geleid heeft tot functionele relaties met het eigen lichaam, met emoties...

Wilber: een tiental fulcra laten zich onderscheiden...

- prepersoonlijk (tot fulcrum 3)
- persoonlijk
- transpersoonlijk (deze laatste fulcra vallen buiten het bestek van dit boek)...

f 0	het versmolten zelf
f 1	het fysiek sensori-motorische zelf
f 2	het fantasmatisch-emotionele of lichaamszelf
f 3	het vroeg-conceptuele of naamzelf
f 4	het sociale of regel-/rol-zelf
f 5	het formeel-reflectieve of cognitieve zelf
f 6	het existentiële zelf
...	

Alle jongere ontwikkelingsstadia, van voldoende tot onvoldoende en amper ontwikkeld, blijven vervat in de meest actuele of volwassen vorm. (vgl. matroesjka's): er moet daadwerkelijk ook gewerkt te worden met de kleinere matroesjka's (procedurele, voortalige en dieper gelegen breinnetwerken), opdat, bij wijze van spreken, de baby zich ook veilig kan gaan voelen in de therapie. Verderop wordt ook talige of narratieve integratie nagestreefd.

Een vroeger stadium van ontwikkeling (kleinere matroesjka) kan onder invloed van een bepaalde context of uitlokkende prikkel op de voorgrond treden (regressie). Dit *kan* 'pathologisch' zijn (mensen bv. die niet kunnen mentaliseren – het vermogen om naar het eigen subject te kijken i.p.v. er op een vanzelfsprekende manier mee samen te vallen - regresseren sneller tot een vroeger ontwikkelingsstadium), maar 'regressie' is ook nodig voor een *gezond* functioneren (bv. overgave aan flow, enthousiasme, extase vereist toegang tot alle matroesjka's). Een gezonde evolutie van een fulcrum laat een proces zien van fusie/identificatie over differentiatie tot integratie.

### - Het zelf-systeem:

Hoe iemand zich verhoudt tot zichzelf, de anderen in zijn omgeving, en de wereld waarin hij leeft.

### **Embodiment (onbewust), embodied selfawareness (ESA - voorbewust) en conceptual selfawareness (CSA - bewust<sup>1</sup>)**

Wanneer we luisteren naar de manier waarop de pt/cl zijn klacht brengt, horen we in de regel hoe hij zijn lichaam beschouwt als het spreekwoordelijke 'ding dat hapert' (het lichaam geobjectiveerd). In E.L.W. daarentegen wordt het lichaam gezien, niet als een fysiek object dat te scheiden valt van het zelf of de geest, maar als een dynamische, organische plaats van betekenisvolle ervaringen (embodiment): ons gehele denken, voelen en doen zit ingebed in ons lichaam. Als mens kunnen we niet anders dan ons lichaam ervaren: het lichaam dat we *hebben*, ervaren we altijd ook als het lichaam dat we *zijn*.

- 'Embodiment' mogen we beschouwen als een 'stemming' (Heidegger) waarin iemand zich bevindt: we participeren altijd aan deze wereld vanuit een bepaalde stemming.

- ESA is het bewustzijn, via intero- extero- en proprioceptie, van sensaties in het nu, zoals warmte, jeuk, honger, ademhaling, activiteit van buikorganen, blozen, zweten, musculaire tonus..., van bewegingen, gevoelens en emoties.

ESA is dus iemands bewustwording van zijn 'embodiment', en dus van zijn heel persoonlijke ervaring van 'in de wereld staan'. Het gaat hier over een impliciet weten, een doorvoelend contact met de werkelijkheid.

De therapeut van zijn kant streeft voor zichzelf eveneens naar ESA, wat samengaat met een houding van presentie, achteruitleunen en mindful aanwezig zijn zonder beoordeling of analyse.

- CSA is een expliciet weten, het kunnen benoemen, bedenken, uitdrukken van onze lichaamsbeleving. Dit CSA impliceert denkprocessen, is gebaseerd op taal en symboliek, is rationeel en logisch, en kan voorbij het heden gaan.

### **Het gespannen lichaam**

Reich sprak reeds van een spierpantser dat deel uitmaakt van een meer globaal karakterpantser. Het spierweefsel zag hij als structuur die bio-psychische energie opslaat en vasthoudt, het spierpantser als een scherm van spierspanning dat zich doorheen de tijd vormde in reactie op bedreiging, angst en trauma. Hoe ontstaat dit?

De eerste affecten en de sensoriele prikkels die hiermee gepaard gaan - pijn, spanning, plezier, huilen... - zijn 'krachten' (les forces). Deze kunnen zeer intens zijn, en zijn nog niet a.h.v. taal of verbeelding bewerkbaar, wat angst uitlokt. Hierdoor kan ook het ontdekken van het eigen 'lichaam-zijn' overspoelend zijn.

Het is van bij de start aan de zorgfiguren om deze affecten mee te reguleren, en tot rust te brengen, door te tonen dat deze krachten als signalen (les signes) herkend en gelezen worden.

De moeder heeft een belangrijke beschermende functie...

- Het is aan haar (de zorgfiguur) om het kind te helpen om zijn gefragmenteerde lichaamsbeleving in

---

<sup>1</sup> Breinwetenschap leert nu dat het hele lichaam, met al zijn weefsels en subsystemen (zeer zeker ook het enterisch zenuwstelsel - Damasio), het substraat vormt voor het 'bewustzijn', en dus niet enkel de neocorticale structuren.

te lijven tot een 'geheelde' ervaring (Vanheule). 'Aanraking' / lichamelijke interactie, alsook voeden, is fundamenteel om dit mogelijk te maken.

De moeder dient aan te voelen wat het kind nodig heeft, en spiegelt dit. Ruwe en rauwe zintuiglijke indrukken die de baby, van binnenuit (honger, pijn), zowel als van buiten uit (zintuiglijke indrukken), ondergaat, worden op die manier in het contact met de moeder 'voorgekauwd', van hun bedreigende karakter ontdaan, en omgezet in 'ervaringen'.

- Nog een cruciaal aspect van de rol die de moeder hierin speelt is haar rêverie, een soort waak-droomdenken: dit is haar capaciteit om de sensorische en emotionele ervaringen van de baby op te nemen en zelf te verdragen, ze vast te houden, te verteren en te transformeren<sup>2</sup>.

Louter 'zijn' behoort m.a.w., vanaf heel jonge leeftijd al, nog nauwelijks tot de mogelijkheden, wegens te overspoelend, te angstwekkend: binnen de relatie met de moeder krijgt het kind in feite het eigen lichaamsbeeld aangereikt via de ander, waarna het zich gaat identificeren met dit aangereikte beeld. Het is op die manier dat gaandeweg het lichaamsbeeld, en de geheelervaring 'dit ben ik', tot stand komt. Dit is een eerste identiteitslaag. Anders dan onze taal suggereert, zijn we dus in feite een lichaam dat een talig 'ik' heeft, of, eerder, gaandeweg krijgt (en niet omgekeerd). Dit roept de vraag op hoe evident de wijdverbreide aanname is dat het lichaam rechtstreeks 'bereikbaar' is via lichaamsbewustwording.

De oeroborische relatie tussen moeder en kind is dyadisch en symbiotisch, en vormt een fundament voor stabiele en veilige hechting: het kind krijgt de kans te merken dat zijn lichaam kan uitbeelden, en verstaan kan worden. Het wordt m.a.w. geholpen om deze signalen beter als communicatie te gaan gebruiken.

Loopt deze fase vlot, dan ligt hier een belangrijk scharnierpunt naar een volgende ontwikkelingsstadium, gesymboliseerd door de tyfon: Plassman spreekt van, in deze fase, een oerinjectie van vitaliteit en enthousiasme: het kind lijkt te worden gedreven om zich op te richten en de wereld verder te leren kennen. Volgens Wilber start de menselijke individualisering hier eigenlijk pas echt (vgl. het 'élan vital' van Bergson).

Onvermijdelijke keerzijde is, zoals eerder aangehaald, de angst, als affectieve inkleuring van oorspronkelijke onlustervaringen (onlust wordt psychisch leed als de ander ontoereikend is of faalt, wat onvermijdelijk gebeurt). In de vroege ontwikkelingsfasen zijn deze angsten per definitie niet-talig. In chronologie zijn dit... desintegratie-angst, separatiepaniek, angst voor liefdesverlies, angst voor beschadiging en kapotgaan, gewetensangst, angst uitgestoten te worden, en angst voor verlies van identiteit.

Het kan ook fout lopen binnen deze zeer vroege dynamiek...

- de moeder kan eigen zogenaamde bèta-elementen, eigen 'ondraaglijke ervaringen' uit het verleden, op het kind projecteren, en hiermee het dyadische veld bevuilen. Dit betekent vaak een hypotheek op de gezonde psychische ontwikkeling van het kind.

Het subject zal de ander dan als gevaarlijk en onbetrouwbaar gaan ervaren, met als gevolg een veralgemeende achterdocht van het individu jegens anderen.

Een ander gevolg kan een sterke vijandige beleving van het eigen lichaam zijn (het subject leert immers, zoals gezegd, het eigen lichaam via de 'oeroborische ander' kennen).

- een ander probleem is de onvoldoende beschikbaarheid van de moeder, wat het subject 'alleen' overgeleverd achterlaat aan een overspoeling door prikkels.

---

<sup>2</sup> Vergelijkbaar is de cruciale rol van de rêverie of achterover leunende houding van de therapeut, waarmee hij op speelse wijze ruimte laat voor onbewuste processen, zoals associaties, beelden, dromen.

Het lichaam speelt een belangrijke rol in affectregulatie, maar dit kan evolueren van in oorsprong functioneel-adaptief naar disfunctioneel en rigide: het kind kan zich als bescherming een 'second skin' gaan vormen (Bick), wat zich via het lichaam veruitwendigt in rigide musculatuur, opspanning, het inhouden van de adem (spierpantser), veel en wezenloos staren naar een object.

Negatieve effecten van dit spierpantser...

- stugheid van de coördinatie tussen verschillende delen van het lichaam.
- reductie van houdings- en bewegingsvrijheid.
- belemmering van de ademhaling.
- vermindering van het waarnemen wat zich in het lichaam afspeelt.
- onderdrukking van de vitaliteit en absorptie van de angst die ontstaat door deze onderdrukking.

De cliënten die medisch soms omschreven worden als psychosomatische of somatoforme patiënten, zijn vaak niet voldoende geholpen om bedoelde ervaren affectieve 'krachten' 'signalen' te laten worden, om te ervaren dus hoe die krachten zich laten vertalen in ver-beeld-ing, verhaal, taal, woorden. (Een belangrijke nuancering: er zijn ook aanleg- en persoonlijkheidsfactoren.)

Door dezelfde bril kunnen we kijken naar de ervaren overspoeling door wat er in het lichaam gebeurt bij psychose of paniek.

Aanvankelijk situeerde Reich de vorming van zulk spierpantser binnen een freudiaans paradigma. Het vernieuwende daarbij was echter dat hij daadwerkelijk ook met het *lichaam* ging werken: het spierpantser zag hij als een symptoom waarin zowel de onbewuste (verboden, ongewenste of onmogelijk te uiten) impulsen vervat zitten als de krachten die deze impulsen moesten bedwingen.

Bij het losmaken van zulk gespannen weefsel wordt genoemde bio-psychische energie voelbaar als tintelingen, rillingen, jeuk, naaldenprikjes, spierschokken, sensaties van volheid, leegte of spanning. Een ontlading, catharsis of 'release' kan volgen, wat Reich zag als een veruitwendiging van de zelfregulerende capaciteit van het lichaam.

Het idee van een lichaampantser, in het verleden, t.t.v. Reich, ontstaan vanuit louter empirische waarneming, dient getoetst te worden aan nieuwere wetenschappelijke bevindingen...

- het idee van een 'spierpantser' blijft overeind, mits inachtnaam van...

... de complexe onderlinge beïnvloeding tussen biologische structuren en processen enerzijds, en psychologische ervaringen en leergeschiedenis anderzijds,

... het myo-*fasciale* karakter van het pantser (niet enkel het spierenweefsel, maar ook de fasciale 'verpakking' rondom de spier is stressgevoelig, en bezit contractiele eigenschappen, waardoor deze fascia zich, los van het spierweefsel zelf, kan opspannen (passieve spierstijfheid, zonder enige hier-en-nu-aanleiding).)

- bevestiging van verband tussen vroegkinderlijke ervaringen van angst, trauma en bedreiging, en spierpantser. Meer specifiek gaat het dan over relaties tussen ademhaling, houding en chronische bekkenbodemplachten / tussen ademhaling en lagerugpijn / tussen houding, bewegingspatronen, lichaamsbeleving en chronische pijn / tussen kaakklachten en neurale afwijkingen in het limbisch systeem / tussen trauma en chronische bekkenbodemplachten / tussen ademmusculatuur, angst en hyperventilatie / tussen trauma en huidandoeningen / tussen lagerugpijn en misbruik in de kindertijd / tussen mishandeling in de kindertijd en migraine / tussen mishandeling en verstoorde pijnverwerking.

- extreem verhoogde sympathische én parasympathische activiteit tegelijkertijd uit zich in 'tonische immobiliteit' of 'death feigning' (Porges) (zie verderop: biological incompleteness). Dit herkennen we bij

dissociatie bij ernstig getraumatiseerde patiënten/cliënten, alsook bij mensen met onverklaarbare klachten of chronische pijn (het lichaam kan dan koud, stil, of zelfs 'afgestorven' lijken).

- in therapie 'tot catharsis komen' volstaat niet. Belangrijk is ook de integratie van wat in beweging werd gebracht, wat zich laat horen in het zich herschrijvende narratief.

## **Anatomie van het lichaampantser**

We kunnen spreken van drie lagen of kokers...

- buitenste: geheel van grotere bewegingsspieren.
- binnenste: (myo-)fasciale weefsels, vlak rond de wervelkolom.
- middelste (MMK): myo-fasciale structuren van functionele systemen, zoals kauwen, slikken, ademhaling, vertering, seksualiteit (aangezicht en hals, borstkas, buik en kleine bekken, plus enkele diepe structuren in onderste en bovenste ledematen).

Deze MMK is belangrijk bij een behandeling van het psychosomatische lichaam die niet enkel rekening houdt met de structurele parameters (rechter bovenkwadrant), maar eveneens met het 'ervaren' (linker bovenkwadrant): functies zoals zuigen, slikken, drinken, maar ook ademen, schreeuwen, huilen, verteren en uitscheiden zijn niet enkel onze meest basale functies, maar ook onze eerste 'bewerkingen' van de buitenwereld.

De gelaagdheid v.h. myo-fasciale lichaam

- fascia superficialis en huid (de huid hoort strikt genomen niet bij dit 'myo-fasciaal lichaam', omdat de huid embryonaal afkomstig is van ander basisweefsel dan de fascia. I.d. behandelings*praktijk* wordt dit *wel* samen benaderd). (exteroceptieve vermogens, zoals tastzin).
- dieper treffen we een densere en stuggere fascialaag, de fascia profunda, een lichaamswijd doorlopende omhulling van spieren, organen en lichaamsholtes (verbindt de diverse spieren en regio's functioneel met elkaar).
- spierweefsel met fasciaal weefselsysteem dat diep in de spier doordringt. Deze laag ontleent haar contractiele vermogen aan 'samenwerking' met laag 2.

Fogel stelt dat traumatische herinnering net zozeer een zaak is van receptoren in deze drie lagen als van het brein.

De relatie tussen lichaamsbeleving en bewustwording, en lichaamswerk aan het gelaagde myo-fasciale pantser ...

Het spierpantser als ervaring hangt sterk samen met de interoceptieve waarneming van de actuele toestand van het myo-fasciale weefsel (via sensoren in de drie *net* genoemde lagen). Het ervaren en kunnen exploreren van fysieke sensaties '*onder*' emoties - druk, hitte, spierspanning, tintelen, gevoelde leegte... - is een belangrijke mogelijkheid in de behandeling.

De insula blijkt een cruciaal hersendeel bij interoceptie...

- het achterste deel van de insula ontvangt een massale hoeveelheid informatie uit alle uithoeken van het lichaam, en vormt hieruit een onbewuste, primair-interoceptieve representatie van de toestand waarin het lichaam zich bevindt. (embodiment / achtergrondgevoel / stemming – zie vroeger)
- deze informatie gaat door naar het middendeel van de insula, die uit het eerste toestandsbeeld een tweede vormt, *na* selectie en dus onvermijdelijk verlies van informatie (dit beeld is m.a.w. steeds onvolledig en gekleurd), en *met* integratie van...

... exteroceptieve, proprioceptieve en somatosensorische informatie,

... informatie vanuit diverse betrokken breinnetwerken, zoals limbisch systeem en

hypothalamus, waardoor ook informatie uit het emotioneel geheugen (geheugenopslag van vroegere ervaringen) en de metabole toestand van het lichaam wordt meegenomen.

Het beeld dat hier ontstaat, bestaat uit gevoelsbeelden en intuïtieve taal (ESA).

- vervolgens zorgt het voorste gedeelte van de insula, in samenwerking met enkele precorticale structuren, voor de uiteindelijke *bewustwording* van de lichaamsbeleving - lichaamsbewustzijn of 'body awareness' - beïnvloedbaar a.h.v. mentale processen zoals aandacht, interpretatie, overtuigingen, herinnering, affect... (CSA)

## Lichaam en onbewuste i.d. ontwikkeling

- 1ste stadium: het onbewuste als 'veld', als 'onbewuste grondslag', als ruimte waarbinnen het bewustzijn zich kan gaan ontvouwen.

Van foetus tot vroege zuigeling kent het individu een ongedifferentieerde bewustzijnstoestand: hij is één met zijn materiële omgeving en met zijn biologische moeder. Hij maakt geen onderscheid tussen het eigen fysieke lichaam en de fysieke omgeving, tussen zelf – ander – wereld, noch onderscheidt hij tijd en ruimte. (autistische schelp)

- 2<sup>de</sup> stadium: het 'archaisch onbewuste' is het onbewuste dat een ontwikkeling laat zien van de eerste fulcra vanuit de onbewuste grondslag...

pleroma: een ontluikend zelfgevoel waar het individu, i.d. eerste plaats a.h.v. veranderingen i.d. omgeving toe komt (bewegingen, onderscheid donker – licht, onderscheid weg en nabij...). 'Tot integratie komen' op dit niveau betekent dat het individu dan 'weet' waar de eigen ledematen zijn, en hoe het die moet gebruiken.

oeroboros: de buitenwereld als 'voeding'. De mond, de 'oraliteit', staat voorop. Het bewustzijn is er één van fysiologie, instincten, reptielachtige waarneming en heel rudimentaire ontladingen. Consequentie van deze evolutie: angst opgeslokt of vernietigd te worden door de 'oeroborische ander'.

Tot integratie komen betekent de overgang naar 'de tyfon'.

tyfon: lichaam en omgeving zijn gedifferentieerd / er is sprake van een lichaamszelf, geest en lichaam daarentegen zijn nog niet gedifferentieerd.

Substadia...

- het axiale lichaam: voor het eerst ontvouwt zich een heel rudimentaire binnenwereld in het object: wat brengen zaken uit de buitenwereld teweeg binnenin? Vaag, momentaan voorbijgaand heden.

- het pranische lichaam: rudimentaire emoties, gericht op overleving en instant genot.

- het beeld-lichaam (tijd en ruimte)

- het 'verzonken onbewuste' is de 'plaats' waar de delen van de realiteit terechtkomen die niet verteerd, bewerkt of verdragen kunnen worden. Dit kan aanleiding geven tot 'symptomen' (Ferro): iets is verschoven naar een uitdrukkingwijze waarin het eigenlijk niet thuishoort (Freud).

## Het psychosomatische conflict binnen het fulcrum-model

Wilber situeert het psychosomatische conflict vanaf het **derde fulcrum**, waar het individu geleidelijk taal en talig denken verwerft, waar die zich al mentaliserend leert te verplaatsen in de binnenwereld van de ander, en gaandeweg ook zijn vermogen tot hypothetisch-deductief denken ontdekt.

Klassiek wordt psychosomatiek begrepen als het resultaat van onderdrukking van onaanvaardbare

preoedipale impulsen a.h.v. denken en taal. Het mentale, psychische apparaat neemt a.h.w. de heerschappij over van het tot dan toe heersende driftmatige lichaam.

Dit laat 'differentiëring' toe (niet zomaar samenvallen met eigen impulsen). Als dit echter een 'dissociatief karakter' krijgt, kan het lichaam enkel nog als object gedacht worden, zonder mogelijkheid tot doorleven en doorvoelen (vgl mensen die enkel in het hoofd leven).

Reich voegde daar iets aan toe: impulsen of driften zag hij als krachten die van binnenuit excitaties produceren, en het lichaam dwingen tot het verrichten van handelingen om de prikkels te verminderen.

In behandeling, stelde hij, moet het lichaam iets *doen* (ontladen), wil men emoties in beweging brengen. Zelfs visualisatie kan hiertoe in sommige omstandigheden volstaan.

De **vroegste fulcra** en het psychosomatische conflict

Het oeroborische lichaam is het lichaam dat het individu als 'eerste' leert kennen. Bazan noemt dit het invertebrate lichaam, 'de zak met ingewanden waaronder het ademhalingsstelsel, de bloedcirculatie, het spijsverteringsstelsel, het excretieapparaat en het voortplantingssysteem.'

Dit lichaam wordt geprikkeld en schenkt bevrediging, bijv. bij het voeden. Anderzijds worden tekorten en alarmen in dit lichaam vertaald naar een overmaat aan excitaties die het buitenste, vertebrate lichaam aansporen tot handelen, als afvoer van spanning.



## E.L.W. praktisch

### - De werkruimte

Zithoek voor gesprek, plek voor lichaamswerk en voldoende ruimte voor expressieve beweging.  
Openheid, ruimte en licht.  
Warmte, sfeerverlichting en huiskamersfeer.

### - Intake

Het therapeutisch proces start vanaf het eerste contact, zelfs telefonisch, in de wachtzaal...

Twee luiken: een associatieve, en een semi-gestructureerde anamnese.

- associatieve anamnese:

De attitude van de therapeut is er hier niet één van 'proactief op zoek gaan naar', wel van achteruit leunend luisteren naar wat het lichaam, dat van cl/pt én van hemzelf, te vertellen heeft<sup>3</sup> (aandacht voor woorden, hele context en eigen inwendige reacties van de therapeut zelf (embodied selfawareness en rêverie van de therapeut) / met gebruik van een doorvoelende, luisterende of haptische handgreep<sup>4</sup>)

Bedoeling is dat pt/cl ruimte krijgt om tot spreken te komen (therapeut is attent voor belangrijke woorden en associaties binnen het narratief / laat ruimte voor stilte / zorgt voor zo min mogelijk onderbreking.

Neerslag van wat persoon en lichaam vertellen in de vier kwadranten (onderscheid tussen het narratief op zich, en wat de *therapeut* opvalt (bv. tegenspraak / eigen emoties), zowel bij de cl./pt. als bij zichzelf).

Enkele richtvragen zijn...

- wat heeft het verhaal of narratief onder druk gezet? (iets wat niet kon meegenomen worden in de logica van het eigen narratief).

- Wat bracht deze persoon in beweging (tot het initiatief om contact te nemen)?

---

<sup>3</sup> Het lichaam vertelt hoe het voor iemand is om zo in de wereld te staan: het dialectische proces tussen lichaam en wereld sloeg neer in het lichaam, en komt verderop in het leven via dat lichaam tot uitdrukking. De therapeut nodigt zichzelf én de ander uit tot ESA (spontane woorden, beelden, associaties en ervaringen, die opborrelen vanuit prereflectieve en niet-talige lichaam, zonder dat deze al onder controle staan dus van de bewuste cognitie – imagino-poëtische capaciteit), en verderop tot CSA.

<sup>4</sup> Contactname met maximale receptiviteit: de therapeut legt zijn hand op het lichaam van de pt/cl, en houdt het contact sensitief open (geen oordeel, geen analyse of verwachting...).

De ervaring van de therapeut is 'alsof de hand daar in boter smelt', zonder daadwerkelijk dieper in het weefsel te gaan. De therapeut kan zo contact maken, eerst met de beweging die met de ademhaling samenhangt, vervolgens met de spanningslijnen die zich daar manifesteren en de bewegingsmogelijkheden van het lichaam bepalen (eerste contact met het lichaamspanter). De therapeut volgt eerst wat hij daar in het lichaam van cl/pt ervaart.

Vervolgens gaat de therapeut zijn ervaring van het weefsel daar imaginair uitvergroten (bv. th heeft de indruk dat het borstbeen bij het inademen niet omhoog komt. Hij laat dat dan imaginair dieper en dieper wegzakken.) De therapeut neemt het hier dus over, en gaat alle richtingen exploreren, ook degene die het weefsel niet uit wil. Dit creëert een spanningsveld tussen de weefselexpressie en de eigen inbreng van de therapeut. Dit creëert een intersubjectieve 'awareness': de cl/pt kan het eigen lichaam beter voelen. De th kan zowel eigen ervaringen als die van cl/pt oppikken.

Dit kan bij beiden gevoelsbeelden en evocatieve taal naar boven laten komen.

- Hoe begrijpt de persoon zelf wat hem overkomt? Waarom nu? (indrukken van de therapeut: internaliseren – externaliseren? / mentaliseren – somatiseren? / contextualiseren – reduceren?)

Een vastgelopen individu vraagt, naast oplossing van een symptoom (expliciete hulpvraag), ook een bepaalde relatie (impliciete hulpvraag).

De objectale fundering of grondvorm van de relatie tussen moeder en kind (kind schreeuwt om hulp, en brengt hiermee de moeder in beweging / welke ervaringen heeft het individu tijdens deze hechting opgedaan?) wordt oorspronkelijk voortligend en lijfelijk opgeslagen (op niveau van klanken, vibraties, klankkleur, fonetisch ritme) als een onbewust patroon van optimale of comfortabele verhoudingen t.o.v. zelf-ander-wereld.

Deze 'objectale fundering' wordt sterker getriggerd wanneer het narratief op spanning komt te staan, en wordt ook in de therapeutische relatie sowieso geactiveerd, zelfs al vooraleer de cliënt de therapeut heeft ontmoet (imaginaire beleving die de cl/pt heeft van de therapeut: zal de therapeut de zorgvraag passend beantwoorden? Moet hij overtuigd worden met meer theateraal gedrag? Kan de therapeut abrupt verdwijnen?) De therapeut verschijnt in de belevingswereld v.d. cl/pt dus van voor de start reeds op de plaats van een belangrijke ander.

De therapeut staat o.a. stil bij de manier waarop dit onbewuste appèl van de cliënt tot uiting kan komen in zijn eigen fantasieën, dromen, in 'hoe deze persoon hem zich doet voelen'...

- semi-gestructureerde anamnese: doorvragen naar ontwikkelingsdynamiek per fulcrum: hoe heeft pt/cl vroege ontwikkelingsstadia doorlopen? (metaf.: welke matroesjka's zijn het meest prominent afwezig, of net het meest afwezig?) Lichamelijke problemen, ziekte, traumata, medische behandelingen...? Stotteren, bedplassen, nachtmerries...? Belangrijke figuren: aanwezig of afwezig? Hoe is in iemands omgeving gereageerd op pijn, ziekte, trauma? Voeding, sport, seksualiteit, hygiëne, medicatie- of drugsgebruik?...

Bedoeling van de anamnese is tegelijkertijd te komen van een doorgaans ge-de-contextualiseerde vraag (symptoom) naar re-contextualisering.

## Subniveaus

- subniveau 'materie' en 'sensatie' (fulcrum 1)

In behandeling komt dit terug als het sensorimotorische lichaam waarmee iemand kan bewegen zonder tussenkomst van hogere breinstructuren.

Interventies op dit niveau: weefselrelease, manipulaties, mobilisaties, krachtoefeningen.

- subniveau 'perceptie' (een eerste of proto-belevingsbeeld)

In behandeling merken we dat de pt/cl in staat is om aanraking, beweging, bijhorende sensaties gewaar te worden, bv. de aanraking van de therapeut als 'warmte' of 'diepte' kunnen ervaren. (In contrast: in geval van trauma kan het zijn dat de aanraking oorspronkelijk totaal *niet* gevoeld wordt.) We bevinden ons hier dan op het niveau waar 'het oro-anale systeem van de invertebrate zak van ingewanden spanningen en excitaties afleidt naar het myo-fasciale systeem' (zie hoger).

- subniveau 'pranisch lichaam' (tweede fulcrum)

In de ontwikkeling is dit de fase waar de stuwende levensenergieën van binnenuit (chi, élan vital, kundalini, drift, libido...) het lichaam vitaal maken (het kind gaat zich oprichten om de wereld te beginnen verkennen). Later in de ontwikkeling wordt dit wilskracht, enthousiasme, verlangen.

In behandeling kunnen we merken dat mensen de eigen lichamelijke doorstroming te weinig of niet (meer) ervaren (bij depressie, cerebraliteit, maar ook bij moeilijkheden met impulscontrole).

Interventies: diepe ritmische ademhaling / bekkenkanteling / diepe, langzame release van het

oeroborische spierpantser, vaak aangevuld met versnelde bewegingen van armen en benen. Resultaat is vaak trillen, schokken, beven, warm krijgen, emotionele uitbarstingen... (sympathische reactie bij het loskomen uit 'tonische immobiliteit').

'Automutilatie' mag wellicht begrepen worden als het ontladen van spanning door het prikkelen van de meest basale lagen van het sensori-motorische lichaam, en/of het zichzelf verankeren in het lichaam en in het hier en nu.

- subniveau 'proto-emotioneel, fantasmatisch lichaam'

Het vroege mentale veld wordt geïnjecteerd met pranische energie. Er ontstaan fantasmatische beelden (de th kan hier als 'bedreigend', 'te dicht op de huid', 'onbetrouwbaar'... worden ervaren). De therapie en de therapeutische relatie moeten wat hier loskomt, kunnen containen.

- subniveau 'concept- en symbooldenken' (het vroege mentale veld van fulcrum 3: wat gedacht kan worden verwijst nu naar iets – symbool - of betekent iets – concept. Ook 'angst' kan iets gaan betekenen, en dus 'signaalangst' worden, i.p.v. tevoren enkel lichamelijke excitatie en lijfelijke drift en stuwung, evt. omgeven door rauwe, fantasmatische beelden)

### - Vier toegangswegen

- De structurele route...

Via 'bodyreading' en 'listening touch' krijgt de therapeut voeling met disfunctionele structuren of zones in het lichaam van cl/pt.

**Haptische handgreep, of 'listening touch':** Contactname met maximale receptiviteit: de therapeut legt zijn hand op het lichaam van de pt/cl, en houdt het contact sensitief open (geen oordeel, geen analyse of verwachting...).

De ervaring van de therapeut is 'alsof de hand daar in boter smelt', zonder ook daadwerkelijk dieper in het weefsel te gaan. De therapeut kan zo contact maken, eerst met de beweging die met de ademhaling samenhangt, vervolgens met de spanningslijnen die zich daar manifesteren en de bewegingsmogelijkheden van het lichaam bepalen (eerste contact met het lichaampantser).

Eerst volgt de therapeut wat hij daar in het lichaam van cl/pt ervaart. Vervolgens gaat hij zijn ervaring van het weefsel daar imaginair uitvergroten (bv. th heeft de indruk dat het borstbeen bij het inademen niet omhoog komt. Hij laat dat dan imaginair dieper en dieper wegzakken.)

De therapeut neemt het hier dus over, en gaat alle richtingen exploreren, ook degene die het weefsel niet uit wil. Dit creëert een spanningsveld tussen de weefselexpressie en de eigen inbreng van de therapeut. Dit creëert een intersubjectieve 'awareness', die de cl/pt in staat stelt het eigen lichaam beter te voelen. De th kan zowel eigen ervaringen als die van cl/pt oppikken.

Dit kan bij beiden gevoelsbeelden en evocatieve taal naar boven laten komen (imagino-poëtische capaciteit).

- De systemische route...

Diverse structuren die samenhangen bij het spierpantser worden allemaal meegenomen.

Th. geeft cl/pt de ruimte om over ervaring te vertellen achteraf.

- De fenomenologische route... (voeling krijgen met de lijfelijke echo van hoe iemand zich verhoudt met zichzelf, de ander, de wereld): de *betekenis* van het lichaam zoals dat in het narratief terugkomt als associatie, als beeld, woord, thema... (bv. 'de buik vol hebben van', of 'controle niet durven loslaten').

Hier wordt dan op ingegaan met **aanraking, diep weefselwerk, evocatieve oefeningen, zoals samen ademen of bewust spreken...**

- **De associatieve route...**

(Benadert het meest de 'vrije associatie', maar hier dan - in absolute tegenstelling met het psychoanalytische referentiekader - gecombineerd met aanraking.)

De therapeut neemt plaats langs de patiënt in lig-, evt. in zithouding – luisterende handgreep. De pt/cl mag verder spreken / stiltes zijn oké (doorgaans spreekt iemand dan vanuit CSA (verslaggevend)).

Eens voldoende comfortabel, nodigt de therapeut de cl/pt uit om verder te gaan met gesloten ogen. Dit brengt iemand doorgaans meer in een staat van ESA, terwijl de therapeut in feite voortdurend het lichaam van zijn cl/pt monitort.

- **Mentalisatie** (vermogen tot reflectieve afstand)

Vermogen tot herkennen van intenties en gevoelens bij onszelf *en* bij anderen, tot begrijpen van interpersoonlijk gedrag in termen van mentale toestanden, tot cognitief uitwerken van eigen en andermans emotionele belevingen. (De psychische realiteit is met de externe realiteit verbonden, én zij verschilt ervan.)

'Lichaamsmentaliteit' is dan het vermogen om eigen en andermans lichaamssignalen waar te nemen, er ontvankelijk voor te zijn, en verbinding te ervaren met onderliggende mentale toestanden (Spaans).

Waar het lichaam reageert vanuit een puur 'lichaam-zijn', zonder dat symptomen iets betekenen, creëert mentalisatie, via woorden en taal, afstand tegenover dit onmiddellijk beleven.

- **Focussen**

'Focussen' is het vermogen tot (opnieuw) leren contacteren van het 'er-zijn als lichaam', en luisteren naar wat het lichaam vertelt.

Hier kan het gebeuren dat op een bepaald moment, tijdens het zoeken/vinden van woorden, het contact met de beleving er nog is, maar er geen tekst meer komt: men weet *dat* er iets is, maar weet niet *wat* het is – niet expliciet weten.

Belangrijk voor cl/pt is dan de aandacht bij die woordeloze beleving te houden, eerst als specifieke lichamelijk gevoelde kwaliteit, dan met een kwaliteitsomschrijvend woord, en verder nog, in woorden of beelden ('lichaamsmentaliteit'). 'De verandering' kan dan aan het zichzelf kennende zelf gebeuren.

- **Myofasciaal weefselwerk:** 'listening touch' / 'body reading' / 'diep smelting pressure', waardoor 'tissue release' mogelijk wordt: weefselspanningen zijn een soort blauwdruk van onze verhouding tot onszelf, de ander, de wereld. Het bewerken van het betrokken weefsel geeft vaak een bevrijdende gewaarwording, waarbij plots ideeën, associaties, belevingen, gevoelens of herinneringen op de voorgrond komen (ervaringen die nog niet georganiseerd raakten in een verbaal of conceptueel narratief).

'Het proces dat zich dan voltrekt, impliceert een subtiel evenwicht tussen ergens naartoe gaan en iets laten komen, doelbewust streven en loslaten, werken en ontvangen, beheersen en geraakt worden, inzet en overgave. Het moment van de verandering overkomt de persoon als iets wat zich geeft, wat verrast, wat dankbaarheid oproept.' (Leysen)

- Oefening **'bewust spreken'** (wat zachter en langzamer spreken, waardoor iemand tot een meer bewust aanwezig zijn *in* het spreken kan komen, of, m.a.w., komen tot meer ruimte tot ESA)

- Het trauma dient opnieuw 'opgezocht' te worden. Mogelijkheden zijn...

... **desensitisatie**,

... **exposure**,

... een nieuwe en corrigerende set ervaringen, zelfs imaginair, kan, mits nauw afgestemd op de oorspronkelijke context van spanning of trauma, én vanuit ESA, de intero-, extero- en proprioceptieve leergeschiedenis van **gefaalde, onderbroken of vastgelopen bewegingen en houdingen bijsturen**.

Waar iemand hier niet aan toe is, moet de aandacht eerst gericht te worden op het **ervaren van geborgenheid, veiligheid en steun**, bv. door 'samen ademen'. (zie filosofe Luce Irigaray en het belang dat zij aan ademhaling hecht: 'ademen is leven' / yoga / ritme / beweging / chanten).

### - **Samen ademen**

Pt/cl ligt op zijn zijde, in foetushouding. (Bij onvoldoende veiligheid / behoefte zich terug te trekken: deken)

Th zit langs de cl/pt, en legt zijn handen op diens hoofd en bekken, en volgt de ademhaling met 'luisterende hand', terwijl hij hoorbaar mee in- en uitademt.

Th nodigt cl/pt uit om dieper en sneller te ademen. Th blijft voelbaar steunen.

Th gaat zelf weer langzamer ademen, en neemt cl/pt daarin mee.

Eens de ademhaling weer rustig is, haalt de th het deken weg, en ondersteunt hij cl/pt om weer contact te maken met de daar-en-dan-omgeving.

Mogelijkheid voor pt/cl om uitdrukking te geven aan de ervaring.

#### Variant 1

Cl/pt in zit, met opgetrokken en omarmde benen.

Steun kan hier ook gegeven worden door wiegbeweging.

#### Variant 2

Th achter de cl/pt, één hand op het borstbeen, één op onderrug of heiligbeen. De th begeleidt een zich oprichtende beweging (strekken rug, borstkas opent zich, rug en buik naar voren). Pt/cl wordt aangemoedigd om krachtiger en expressiever te ademen bij alle bewegingen i.d. richting van groter worden, oprichten, openen.

- **Klanken** (via diep, ritmisch ademen komen tot het maken van klanken en stemvibraties. Het lichaam wordt hierdoor van binnenuit geprikkeld / het pranische niveau wordt aangesproken)

Pt/cl in ruglig, de handen op de buik (eerste keren evt. op keel of borstbeen). Hij wordt gevraagd de ogen te sluiten / ESA: contact met zichzelf en de ruimte.

Rustig in- en uitademen met halfopen mond (uitademen meer spontaan laten gebeuren).

Pt/cl volgt adem door mondholte en keel, naar borstkas, buik en bekken.

Opdrijven van ritme en diepte, waarbij de ademdeugen steeds hoorbaarder worden. Laat dit overgaan naar klanken.

(evt. begeleiding hiervan met ritmische bekkenbewegingen of bewegingen van de hele romp).