

■ Werken met een lichaam dat moeilijk doet

Joeri Calsius

Ik wil het in dit artikel hebben over het lichaam dat moeilijk kan doen en dit vooral bekijken als therapeut, als practicus. Dit bekijken doe ik net als in mijn boek *Werken met een lichaam dat moeilijk doet: Een andere kijk op het psychosomatische lichaam in therapie* (2017) met diverse brillen op. Dit staat me toe om gaandeweg enkele kritische kanttekeningen te plaatsen en, wie weet, voer voor discussie te bieden. Vervolgens zal ik komen tot een centrale stelling over het belang van het lichaam in therapie en tot slot heb ik de ambitie deze stelling zo goed mogelijk te vertalen naar de praktijk.

Zoals de titel suggereert, wil ik met mijn boek een andere kijk bieden op het psychosomatische lichaam in therapie. Deze andere kijk verwijst naar een verkenning vanuit verschillende vakgebieden en heet in vakjargon ‘transdisciplinair’. Het centrale thema hierbij is het psychosomatische lichaam, hetgeen in zekere zin een wat vreemde term is, aangezien lichaam en geest beide steeds *psychosomatisch* zijn. We komen hierop terug. *Een andere kijk op het psychosomatische lichaam in therapie* oftewel *Werken met een lichaam dat moeilijk doet*, kunnen we als titel trouwens op minstens twee manieren begrijpen. Enerzijds veroorzaakt het lichaam last voor onze patiënt: het doet pijn, voelt gespannen aan, het is moe of wil gewoon niet meer en hindert hiermee het dagelijkse leven. Dit frustriert niet alleen de ‘eigenaar’ van het lichaam, maar vaak ook degene aan wie de hulpvraag gesteld wordt, namelijk de therapeut of arts die aan de slag moet met het mankerende lichaam. Dit is dan de tweede connotatie van moeilijk doen: het lichaam dat niet of amper meewerkt in therapie. Het reageert niet zoals we willen of verwachten en toch moet er iets gebeuren, zo luidt het. Het is nu de vraag wát er moet gebeuren, aangenomen dat er nog iets gedaan kán worden. Vaak heeft de patiënt immers al heel wat ondernomen zonder het verhoopte resultaat. Wanneer ik overigens spreek over het psychosomatische lichaam – en dat doe ik voortdurend – dan verwijst dit niet enkel naar de psychosomatische klacht in engere zin, maar bedoel ik steeds het lichaam zoals dat verschijnt bij *diverse klinische beelden*, zoals angst en depressie, stress en burn-out, alsook bij trauma en lichamelijk onverklaarbare klachten. Tot zover deze reflectie op de titel.

Eerste kanttekening

Het lichaam neemt in therapie een bijzondere plek in en vergt per definitie een benadering vanuit meerdere invalshoeken. Reden hiervoor is dat het lichaam zich intrinsiek niet enkel in een grensgebied bevindt, maar tegelijkertijd steeds ook grensgebied is. Het lichaam is – net zoals de geest – steeds psychosomatisch, dat wil zeggen: én soma én psyche, waardoor ‘psychosomatisch’ als term problematisch is en alternatieven dringend onderzocht moeten worden. Werken met een lichaam (dat moeilijk doet) is in metaforische zin dan ook steeds *grensarbeid* en vergt meerdere brillen waardoor de therapeut naar het lichaam moet kunnen kijken en ook – nu doe ik de brillenmetafoor geweld aan – luisteren. Concreet betekent dit dat een therapeut nooit alleen maar met een lichaam bezig kan zijn. Je werkt via het lichaam ook steeds en tegelijkertijd in het boeiende grensgebied van emoties, gedachten en zelfbeleving. In de filosofie en psychologie duidt men dit als het belichaamde zelf of *the embodied self*. Misschien ligt een bescheiden bestaansrecht van mijn boek dan ook verscholen in de betrachting om aan de slag te gaan vanuit diverse invalshoeken. Wat fantasierijker voorgesteld: ik breng de psychotherapeut, de lichaamstherapeut én de filosoof samen om de tafel voor een open dialoog over het moeilijke lichaam. Dit is wat ik met ‘transdisciplinariteit’ aanduidde. In een notendop komt een dergelijke transdisciplinaire benadering erop neer dat er gedacht, gewerkt en geschreven wordt vanuit een domeinoverstijgende positie waarin diverse kennisgebieden niet enkel betrokken, maar vooral ook begrepen worden. Het is dus niet voldoende om over een andere invalshoek te denken (multi-disciplinair) of om erin *mee* te denken (interdisciplinair). Nee, men moet *vanuit* een nieuw kader leren denken en hierbij de leef- en ervaringswereld van de mensen centraal stellen (transdisciplinair).¹

Tweede kanttekening

Therapeuten die aan het werk gaan met een lichaam dat moeilijk doet moeten weer ambachtsman of -vrouw durven zijn. Hierbij zijn het doorwroeten van het eigen metier, de ruimte tot creativiteit en zelfs het artistieke essentieel. Achter deze aansporing gaat een persoonlijke kritiek schuil op de tegenwoordig vaak gebruikte protocollaire handboeken, waarin men behept is met het kunnen uitvoeren en toepassen van een reeks technieken of interventies gericht op een specifiek symptoom of probleem. Dit (re)animeert mijns inziens niet enkel de illusie dat de mens maakbaar is, maar draagt ook bij aan het idee dat er voor alles

¹ Voor een uitwerking van deze gedachtegang zie A.E. Groot en J.E.M. Klostermann, ‘Daar botst het weten.’ *Interdisciplinair en transdisciplinair onderzoek binnen Wageningen UR*. Wageningen: Alterra, 2009.

een specifieke interventie bestaat (en dus nodig is) die dan slechts beslisbooms-
gewijs geselecteerd hoeft te worden om tot het beste resultaat te komen. Dat
hier meestal een breed verankerde achtergrondtheorie ontbreekt, blijkt amper
te storen en wordt in de veel- en vlugheid van de protocollaire aanpak vlotjes
onder de mat geveegd. Niet enkel vormt dit gebrek aan een theoretisch kader een
achilleshiel voor jonge therapeuten, maar bovenal is er weinig ruimte voor dat-
gene wat ooit aan de basis lag van wetenschap: de verwondering, het verlangen
en de kritische houding om mens en wereld te *begrijpen*.

Derde kanttekening

Dit brengt me bij een derde kanttekening, namelijk dat *therapeuten ook terug moeten durven begrijpen*, verstaan *zonder steeds enkel te willen verklaren of* erklä-
ren. Dit vergt een filosofische bril en, specifiek voor het werken met een lichaam
dat moeilijk doet, een fenomenologisch en hermeneutisch paar lenzen; een bril
die vertrekt vanuit de ervaring van de patiënt en ruimte maakt om te komen
tot betekenis en zingeving.

Wat betekent dit in de therapeutische praktijk? Allereerst dat we de context
waarin de patiënt zich bevindt willen begrijpen in de zin van *verstehen*. We wil-
len voeling krijgen met processen en factoren die meespelen bij de aanmelding.
Zo vraagt de therapeut zich allereerst af wat er zich *voorafgaand* heeft afgespeeld
waardoor het individu tot bij hem *bewogen* werd: ‘Wat brengt deze persoon *tot*
bij mij?’ In de opleidingen die ik geef aan therapeuten nodig ik hen ook uit om
steeds te starten met de vraag ‘Wie of wat brengt u hier?’ Op een occasionele
grappenmaker na die antwoordt ‘de bus’ of ‘mijn vrouw’ opent dit vooral een
andere dynamiek in therapie. Het individu dat zich aanmeldt, blijkt vaak vast-
gelopen te zijn en krijgt zichzelf niet meer voldoende in beweging. Hetgeen er
vastgelopen is, is trouwens niet enkel het lichaam, zoals dat vaak verschijnt in
de hulpvraag (‘Heel mijn lichaam zit vast en doet pijn’), maar ook en vooral het
verhaal van de patiënt. Met een term uit de psychologie noemen we dit het *nar-
ratief*. Dit begrip verwijst naar het verhaal waarbinnen ons leven zich afspeelt
en waarvan ieder mens als auteur deels de verhaallijnen schrijft. We willen ook
begrijpen hoe het individu naar zichzelf, de anderen en de wereld kijkt. Vragen
als ‘Hoe zou u zelf kunnen verklaren wat er u overkomen is?’ of ‘Op welke wijze
kunt u zelf begrijpen dat dit zich net nu in uw leven afspeelt?’ geven dan ook al
een inkijk in de bril die de patiënt hanteert. Beschouwt hij zichzelf als deel van
de context of legt hij alles buiten zichzelf? De eerste patiënt kan antwoorden dat
hij zijn emmertje al veel te lang heeft laten vollopen zonder er zorg voor te dra-
gen. De tweede patiënt heeft het steeds alleen maar over zijn nek die vastzit en

gewoon eens goed losgemaakt moet worden zodat alles weer in orde komt... Tot zover drie kanttekeningen en bijbehorende reflecties voor de concrete praktijk.

Het gepantserde lichaam

Toch gaan we mijn inziens voorbij aan de kern van de zaak, zolang we de vraag niet stellen of we ook begrijpen *waarom* het lichaam zo moeilijk doet. Waarom ook steeds het lichaam? Vooraleer toe te komen aan een antwoord wil ik eerst stilstaan bij twee historische en inmiddels iconische psychologische experimenten, namelijk het *Still-face* experiment en de *Marshmallow* test.² In het *Still-face* experiment wordt aan een moeder gevraagd om vanaf een gegeven ogenblik haar kleine kindje van ongeveer een jaartje oud aan te kijken met een emotioneel, afgevlakt gezicht en verder niet meer te reageren. Het *Marshmallow* experiment is minder bedreigend en test het vermogen om genot uit te stellen. Hiervoor wordt een snoepje (de genoemde marshmallow) op een tafeltje gelegd en wordt aan kinderen van diverse leeftijden gezegd dat, wanneer ze ervan af kunnen blijven tot de begeleider terugkomt (deze verlaat de kamer voor enkele minuutjes), ze een extra marshmallow krijgen.

Wat zien we wanneer we deze experimenten (of filmpjes ervan) met aandacht bekijken? Wat valt ons op wanneer we inzoomen op het lichaam en het lichamelijke gedrag van de participanten? Hoe reageert het lichaam? Wel, wat het lichaam hier tracht te doen is proberen om te gaan met de spanning die gecreëerd wordt door de context waarin het kind zich bevindt. Deze spanning wordt zichtbaar weggewerkt of afgeleid via bewegingen zoals wiebelen, houdingen zoals opspannen, grimassen trekken en tal van andere acties zoals huilen en slaan. De overtollige energie wordt letterlijk afgevoerd via het lichaam; meer technisch gezegd spreken we dan ook van het lichaam als *copying*. Maar hier blijft het niet bij, zeker niet naarmate de context meer spanning oproept, langer duurt of meer traumatiserend werkt. Laten we kijken naar een concreet voorbeeld uit de praktijk:

Nemen we een jong kind dat opgroeit in een gezinsklimaat waar amper ruimte is tot emotionele verkenning. Moeder kan de emotionele binnenwereld onvoldoende spiegelen en vader kan de driften van het kleine kind enkel verdragen door deze massief af te blokken met driftbuien, schreeuwen of agressief gedrag. Het kind leert zo dat alles wat uit zijn eigen binnenwereld komt ongewenst en bedreigend is of kortweg 'niet mag'. Normale driftbuien of huilen mogen er niet zijn, want ze worden

² Clips van beide experimenten zijn op YouTube te vinden.

niet verdragen door de omgeving en leiden zo tot dreiging voor het kind. Moeder pikt de signalen amper op en kan ze ook niet teruggeven op maat en behoefte van het kind en vaders reacties zijn erg beangstigend. Bijgevolg moet het kind iets ondernemen om de situatie leefbaar te houden. Hierbij gaat het echter niet om een bewuste actie van het kind die voorafgegaan wordt door analyse en planning. Integendeel, het kleine kind van ongeveer een jaartje oud heeft geen enkel instrument ter beschikking waarmee het iets bewust zou kunnen aanpakken. Er is nog geen gedeelde (symbolische) taal, het operationeel denken is nog niet aanwezig en spreken is geen optie. Althans als we spreken in engere zin opvatten, want het kind hanteert natuurlijk wel een taal, spreekt ook en beschikt over vroege mentale processen die gericht zijn op het lichaam, het lijfelijke. Het enige wat het dus kan doen is reageren met zijn lichaam, grotendeels onbewust. Driftig worden of juist afwezig zijn en geen interacties aangaan, overgeven en uitspuwen, geen stoelgang maken, oogcontact vermijden en bevriezen bij luid stemgebruik of net hals-reikend blijven kijken tot er iemand reageert.

Wat we hier zien is, ten eerste, dat *het lichaam zelf* reageert, zoals de spieren, de ademhaling en de spijsvertering en, ten tweede, dat de psychische energie die niet afgevoerd geraakt, vast komt te zitten in deze diverse delen van het lichaam. Er is veel onderzoek voorhanden dat deze klinische vaststellingen staft en waar ik in verschillende hoofdstukken van mijn boek naar verwijs. Zo blijken misbruik en mishandeling in de kindertijd te correleren met chronisch ruglijden, migraine en meer algemeen met een verstoorde pijnverwerking of buikklasten. Ook is er onderzoek dat toont hoe mensen met een gegeneraliseerde angststoornis de overvloedige prikkels afvoeren als spanning in het spierweefsel. Concreet betekent dit dat spanningshoofdpijn niet zomaar een gevolg is van angst *maar een poging van het lichaam om de spanningsenergie kwijt te geraken*.

Dit doet erg denken aan een interessant inzicht dat al in de eerste helft van vorige eeuw gedefinieerd werd door Wilhelm Reich in zijn concept van het gepantserde lichaam of kortweg het ‘spierpantser’.³ Reich omschreef het 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’.⁴ Deze definitie was voor die tijd briljant en tot op heden nog steeds erg

³ Zie Wilhelm Reich, *Character Analysis*. New York: Touchstone, 1972.

⁴ Gert Roncada, Benjamin Vandeveld en Joeri Calsius, ‘The Human Body and Psychological Trauma: Biological Explanatory Models. A Review.’ *International Body Psychotherapy Journal*, 2018, 17, p. 22.

verhelderend voor de klinisch praktijk. Eenvoudiger vertaald betekent dit dat het gaat over een lichamelijke *beschermingslaag* – meer bepaald in het spierweefsel – die ontstaan is op basis van *ervaringen* doorheen een langere periode en als *reactie* op bedreiging, angst of trauma. Dit pantser heeft vervolgens een groot impact op het functioneren van het lichaam: het maakt de coördinatie tussen verschillende delen van het lichaam stug en stijf; het reduceert houdings- en bewegingsvrijheid; het belemmert de ademhaling; het vermindert de waarneming van wat zich afspeelt in het lichaam; en het onderdrukt de vitaliteit.

Hiermee zijn we terug bij het lichaam dat moeilijk doet. Hoe kunnen we dit nu begrijpen? Wel, door het lichaam op te vatten als *een soort van regelaar van spanning en emotie*, zoals de thermostaat waarmee je de temperatuur in huis regelt. In vakjargon klinkt dit zo: het lichaam fungeert als een *affect-regulator*. Datgene wat niet gereguleerd kon worden door belangrijke anderen in de leergeschiedenis van het individu – denk aan het Still-face-experiment waar de moeder niet meer emotioneel beschikbaar is – of datgene wat te overspoelend en dus traumatiserend aanwezig was in de leefsituatie van het kind, zoals buitensporige angst, langdurige stress of te hoge verwachtingen – dat allemaal slaat letterlijk neer in het lichaam en laat een *blauwdruk* achter. Het gepantserde of moeilijke lichaam is zo een blauwdruk waarbij behalve de spieren heel wat andere systemen betrokken kunnen zijn. Denk bijvoorbeeld aan de ademhaling, zoals hyperventilatie bij paniek, of verteringsklachten en zogeheten prikkelbare darmen, maar ook tandenknarsen bij stress, moeilijkheden in de seksuele sfeer of gewoon moe en leeg zijn door een falend energiesysteem.

De wijze waarop we in onze geschiedenis gemarineerd werden door emoties, spanning of trauma heeft ervoor gezorgd dat ons lichaam zich op een bepaalde wijze is gaan organiseren, soms simpelweg om te overleven. Dit betekent trouwens ook dat het lichaam vaak heel erg goed laat zien hoe we ons hebben leren verhouden tot de wereld waarin we wonen en de anderen die we daarin tegenkomen. De blauwdruk verschijnt dan in onze houding en mimiek, maar ook in onze blik en het timbre van onze stem.

De centrale stelling die ik hier dan ook wil verdedigen is dat aan de slag gaan met een individu met een lichaam dat moeilijk doet vereist dat we het lichaam altijd *binnen haar ontstaansgeschiedenis situeren* en trachten te begrijpen. Iets technischer verwoord luidt dat als volgt: werken met een psychosomatische hulpvraag is onvermijdelijk ook *ontwikkelingsdynamisch werken*. Het vergt van de therapeut een subtiel leren *lezen en beluisteren* van het lichaam door middel van aanraking, houding en beweging. Meer nog, vaak moeten we als therapeuten net doorheen het verhaal dat de patiënt vertelt oor en oog hebben voor *het*

lichaam dat spreekt. Om die reden spoor ik mijn studenten aan om naar de patiënt te kijken als een set Russische poppetjes of matroesjka's die alle aanwezig zijn in therapie en waarbij de kleinere poppetjes vaak het meest aandacht vragen.

Zo komt de wijze waarop een patiënt omgaat met pijn niet altijd overeen met zijn meest 'volwassen' matroesjka, maar meestal met vroeger ontwikkelde delen. Wanneer mensen pijn lijden, treden kleinere matroesjka's op de voorgrond die hierbij de regie kunnen overnemen. Huilen, ontreddeering, aanklampen of boos worden en zich terugtrekken zijn mogelijke uitingsvormen van een kleinere matroesjka als reactie op pijn. Overigens is het niet altijd ongezond wanneer kleinere matroesjka's ten tonele verschijnen, integendeel. Heel wat patiënten maken juist te weinig contact met kindstukken in zichzelf – huilen bijvoorbeeld kan goed doen, zeker bij pijn en verdriet – of komen niet meer toe aan spel, speelsheid en het genot dat hiermee samengaat. Deze patiënten hebben moeite om zich over te geven aan lijfelijke of seksuele interactie en kunnen moeilijk of helemaal geen afstand doen van hun rationele, controlerende en over-kritische manier van in het leven te staan. Opgaan in het moment, overgave aan flow en toegeven aan enthousiasme vereist dan ook toegang tot alle matroesjka's, van jong tot oud.

Het belang van een ontwikkelingsdynamische benadering komt ook tot uitdrukking in volgend citaat van Ulfried Geuter, professor lichaamsgerichte psychotherapie:

Fundamentele en bepalende patronen van lichaams- en zelfbeleving, van emotionele bewustwording en affectregulatie worden verworven in de vroege interactie en dialoog als kind. Om patiënten en hun lijden te begrijpen en de diverse fenomenen die in therapie kunnen optreden, te kunnen plaatsen, is het noodzakelijk in therapie ruimte te maken voor deze ervaringen uit hun levensgeschiedenis. Daartoe is het van groot belang voldoende inzicht te hebben hun ontwikkelingspsychologische samenhang.⁵

Vierde kanttekening

Na deze poging om de centrale stelling te verhelderen wil ik eindigen met een vierde en laatste reflectie die gaat over *tijd*, in het bijzonder de tijd die een therapeutisch proces vergt. Want *werken met een lichaam dat moeilijk doet vraagt tijd*,

⁵ Ulfried Geuter, *Körperpsychologie: Grundriss einer Theorie für die klinische Praxis*.
Berlijn: Springer, 2015, p. 210; vertaling JC.

we moeten daarover niet flauw doen. Natuurlijk hangt veel af van het criterium 'herstel', maar vaak is het een lange weg die soms ook niet tot het einde bewandeld kan worden. We spreken dan van 'leren omgaan met'. Toch blijkt tijd een moeilijk geval, althans de wijze waarop wij als therapeuten hiermee omgaan. In pogingen te komen tot een verstandshuwelijk tussen psychologen en beleidsmakers wordt er bijvoorbeeld gewerkt met richtlijnen voor behandeling zoals twaalf behandelingen, of zeven-en-een-halve. Hier en daar heeft men het zelfs over vier komma acht sessies als gemiddeld van de benodigde behandeltijd. Dit fetisj-achtig dwepen met een 'kijk-eens-hoe-snel-het-kan' gaat meestal niet op voor werken met een lichaam dat moeilijk doet.

Niet dat hiermee gezegd is dat mensen niet in enkele sessies geholpen kunnen worden, integendeel. Soms doet het voor het eerst in contact komen met je lijf of naar buiten brengen van zorgvuldig opgeslagen spanning echt al wonderen. Alleen, het valt moeilijk te voorspellen. Het lichaam als klankkast van onbewuste processen laat zich niet zo makkelijk in een vooraf uitgestippeld keurslijf dwingen. Zelf heb ik mensen in een beperkt aantal keren vooruit kunnen helpen, maar bij velen was er echt wat meer tijd nodig (vaak maanden) en hier en daar zie ik mensen gedurende enkele jaren. Dat is althans mijn ervaring. Werken met een lichaam dat moeilijk doet, vergt dan ook een subtiel samenspel van *kairologische* of belevingstijd en *chronologische* of meetbare tijd. Therapeuten moeten daarom durven *verlangzamen* in therapie, of om het met de Italiaanse filosoof Nuccio Ordine te stellen: misschien moet er in therapie zelfs wat ruimte komen voor *het nut van het (schijnbaar) nutteloze*.⁶ Want één ding is zeker: wars van tijdsdruk, doof voor effectiviteitskreten en weerstandig aan het beheersbaarheidsdenken van vele beleidsmakers, doet het lichaam ondertussen gewoon rustig voort, en daar zal niet enkel de patiënt aan moeten wennen...

Verder lezen

Calsius, J. *In de wachtkamer van het lichaam. Een ontwikkelingsdynamische benadering van het gelaagde lichaam als basis voor geïntegreerd lichaamswerk en lichaamsgerichte psychotherapie*. Antwerpen: Gompel&Svacina, 2021.

Geuter, Ulfried, *Körperpsychologie: Grundriss einer Theorie für die klinische Praxis*. Berlin: Springer, 2015

Luyten, Patrick, Vandenbergh, Joris, en Van Houdenhove, Boudewijn (red.), *Luisteren naar het lichaam: Het dualisme voorbij*. Leuven: Lannoo, 2010

⁶ Zie Nuccio Ordine, *Het nut van het nutteloze: Een manifest*. Utrecht: Bijleveld, 2015