

Inhoud

Woord vooraf	9
Bij het lezen van dit boek	15
Enkele reflecties vooraf	19
Enkele getuigenissen	25
Inleiding	
Het psychosomatische lichaam in een veld aan therapieën	29
Een verdeeld landschap	31
Een stukje geschiedenis	33
Wat is lichaamsgerichte psychotherapie?	35
Lichaamsgerichte psychotherapie als antwoord op het lichaam dat moeilijk doet	36
Experiëntieel Lichaamswerk als mogelijke kapstok voor het werken met het psychosomatische lichaam	37
Hoofdstuk 1	
Een geïntegreerde kijk op de psychosomatische patiënt	41
Aanzet tot een transdisciplinair model	43
Het vierkwadrantenmodel	44
Het fulcrum-concept	50
Soorten fulcra en processen	52
Het zelf-systeem	57
Experiëntieel Lichaamswerk als ontwikkelingsdynamisch werk	59
Hoofdstuk 2	
De vertellende patiënt	63
De hulpvraag, existentieel-fenomenologisch bekeken	65
De eerste woorden, de eerste blik	67
Het onbewuste verschijnt in therapie	71
Het lichaam verschijnt in therapie	72
Belichaamd zelf-bewustzijn	74
Embodiment en lichaamsbewustwording binnen	
Experiëntieel Lichaamswerk	76
Werken met niveaus van aandacht en bewustwording binnen	
Experiëntieel Lichaamswerk	79
Experiëntieel Lichaamswerk als gelaagde arbeid	80

Hoofdstuk 3	Het lichaam in therapie, mogelijk of niet?	83
	Een eerste geluid	85
	Lichaam en lijf	87
	Mentalisatie als vermogen tot reflectieve afstand	88
	Focussen als vermogen tot luisteren naar wat het lichaam vertelt	89
	Het lichaam in therapie, een eerste mogelijkheid	91
Hoofdstuk 4	Het gespannen lichaam	95
	Het spierpantser, een echo uit het verleden	97
	Het spierpantser 2.0	100
	De myofasciale middenkoker in <i>Experiëntieel Lichaamswerk</i>	107
	Een anatomische blik op de myofasciale middenkoker	110
	Het lichaam als toegangspoort in therapie, een neurobiologische analyse	115
Hoofdstuk 5	Het onbewuste binnen ELW	123
	Het onbewuste als matrix	125
	Types van onbewuste	127
	Het archaisch onbewuste	127
	Het vroege lichaam in detail: pleroma, oeroboros en tyfon	128
Hoofdstuk 6	Het psychosomatische lichaam binnen het fulcrum-model	133
	Het onbewuste in actie	135
	Een psychodynamische lezing van de eerste fulcra	136
	Het psychosomatische lichaam binnen het fulcrum-model	138
	Het psychosomatisch conflict binnen de vroege fulcra	141
	Angst binnen de subjectontwikkeling	145
Hoofdstuk 7	De praktijk van <i>Experiëntieel Lichaamswerk</i>	149
	De ruimte voor therapie	151
	Eerste ontmoeting en anamnese	151
	Vier toegangswegen naar het lichaam in ELW	157
	Werken met een luisterende handgreep, een fenomenologische analyse	162
	Het ontwikkelingsdynamisch behandelingsjabloon	164
	Drie, twee, één... start: aan de slag met het OBS	166
	Praktijkvoorbeeld werken met het OBS	172
	Het oeroborische pantser en de myofasciale middenkoker	175
	<i>Experiëntieel lichaamswerk</i> in beweging	176
	Het lichaam in overdracht	180
	Werken met kinderen in <i>Experiëntieel Lichaamswerk</i>	182
	Het pranische lichaam in het dagelijks leven	184
	Het psychosomatische lichaam in therapie, een vierkwadrantenbenadering	185
	Slotbeschouwingen	189
	Nog enkele reflecties achteraf	193
	Literatuur	197



HOOFDSTUK 1
Een geïntegreerde
kijk op de
psychosomatische
patiënt



Big Man Waving, 2008,
aquarel, 172 x 108 cm,
collectie Dell, Amsterdam

In de huidige gezondheidszorg is het in beeld brengen van de ruime context waarin de patiënt zich bevindt quasi standaard. Weinigen zullen het belang hiervan in twijfel trekken. Hoe dat best gebeurt en waartoe dit concreet moet dienen, is een andere vraag. Vanuit academische opleidingen wordt bij voorkeur gewerkt met een biopsychosociaal model (Engel, 1980). Lichaamstherapeuten zullen dus niet enkel de somatische zijde belichten, maar ook de psychische en sociale leefwereld van de patiënt meenemen. Binnen de geestelijke gezondheidszorg is men hier van nature op gericht en moeten de somatische gegevens toegevoegd worden. Ook al bieden biopsychosociale classificatiemodellen zoals het ICF-model⁶ alvast een antwoord op eerdere en eenzijdig biomedische benaderingen en zijn ze ondertussen goed ingeburgerd (Mahdi et al., 2017; Stucki et al., 2017; Gorostiaga et al., 2017; Linde, 2017; Muschalla et al., 2017), toch wordt met klem gewezen op zwaktes en manco's (Heerkens et al., 2017; Sabbe, 2010).⁷ Ook binnen ELW kiezen we voor een alternatief als kapstok.

Aanzet tot een transdisciplinair model

Kort samengevat vertrekt het ICF-model (WHO, 2002) vanuit een drietal perspectieven, namelijk de mens als organisme ('het lichaam'), als handelend subject ('activiteiten') en als deelnemend subject aan een omgeving ('participatie'). Hierbij worden respectievelijk eigenschappen, functies en

stoornissen (lichaam), activiteiten en beperkingen (handelingen) naast participatie en participatieproblemen onderscheiden. Tot slot inventariseert het ICF-model ook mogelijke beïnvloedende factoren die in twee categorieën ondergebracht worden, namelijk persoonlijke factoren en externe factoren. Deze laatste kunnen bestaan uit een uitgebreide reeks van subcategorieën. De persoonlijke factoren daarentegen worden binnen het ICF-model benoemd; maar niet echt verder uitgewerkt. Ondanks de geschetste waarde en toepassing hanteren we binnen ELW niet het ICF-model, maar kiezen we voor een alternatief. Redenen hiervoor zijn onder andere dat er binnen het ICF-model amper ruimte is voor ontwikkelingsdynamisch of procesdenken, noch voor de fundamentele rol van beleving en zingeving, en al helemaal niet voor de rol van het onbewuste als fenomeen en factor binnen het menselijk functioneren. Dit maakt het ICF-model te weinig verfijnd om daadwerkelijk te gebruiken in een geïntegreerde benadering als ELW. Het is overigens interessant vast te stellen dat het ICF-model niet verder ingaat op mogelijke beïnvloedende factoren zoals bijvoorbeeld de persoonlijkheidsstructuur van het individu. Ook opvallend is dat de beleving van de patiënt er amper ruimte krijgt,

Binnen een transdisciplinair model voor het psychosomatische lichaam moet er ook ruimte zijn voor ontwikkelingsdynamisch en procesdenken, voor de fundamentele rol van beleving en zingeving, en voor de dynamiek van het onbewuste.

6 ICF staat voor International Classification of Functioning, Disability and Health. De Wereldgezondheidsorganisatie heeft het ICF-model in 2001 gelanceerd na jarenlange mondiale discussies en werkzaamheden in een poging een eenduidig referentiekader aan te bieden in een cultuur-onafhankelijke taal (WHO, 2002). Sindsdien kent het model verregaande implicaties in zorgverstrekking, onderwijs en beleidsvoering.

7 Ook op andere gelijkaardig geïnspireerde modellen, zoals bijvoorbeeld het diagnostisch en statistisch handboek - kortweg, de DSM - groeit er kritiek (Van Os, 2014; Vanheule, 2014; Dehue, 2012; Vandenbergh, 2010; Smith et al., 2005).

terwijl die een cruciale rol blijkt te spelen als risicofactor bij de ontwikkeling van functionele, somatische syndromen (Henningsen et al., 2007).

Het model dat we binnen ELW als alternatief hanteren is deels gebaseerd op het werk van de Amerikaanse filosoof Ken Wilber (1949), waarin een transdisciplinaire visie op de ontwikkeling van het individu centraal staat. Hierbij introduceert deze auteur een aantal instrumenten en concepten waaronder *het vierkwadrantenmodel* en *de ontwikkelingsfulcra*. Beide worden in dit hoofdstuk een eerste maal toegelicht. Daar waar het ICF-model amper ingaat op de belevingswereld van de patiënt, het gezinsklimaat en groepsdynamiek waarin hij opgroeide en al helemaal niet op interacties tussen deze factoren, bieden de concepten die Wilber hanteert een bijzondere meerwaarde voor een ontwikkelingsdynamische blik op het individu. Toch is het oeuvre van Wilber niet altijd even onbesproken en valt er kritiek te horen, zoals te weinig blootstelling aan peerreview en te veel pogingen tot integratie van kennisgebieden die zodanig ver uit elkaar liggen dat het een 'theorie van alles' dreigt te worden. Deze bemerkingen vanuit hoofdzakelijk academische hoek dienen terecht ter harte genomen te worden, maar hebben hoofdzakelijk betrekking op de latere periodes van zijn oeuvre. Daarin evolueert hij naar een holistische visie op maatschappij en kosmos. De genoemde concepten en visie die we binnen het opzet van dit boek trachten te vertalen, stammen uit de vroege en middenperiode van Wilbers oeuvre, waarbij we ons kunnen vinden in de academisch-wetenschappelijke houding die hij in die tijd hanteert. Naar onze mening is dit niet enkel zijn meest productieve periode, maar vooral ook zijn meest innovatieve. Hierover zijn de meeste critici van zijn werk het eens. De vertaalslag naar therapie maken we in hoofdstuk 7. Hier staan we stil bij een eerste concept: het vierkwadrantenmodel.

Het vierkwadrantenmodel⁸

In essentie kent het vierkwadrantenmodel (4KM) een eenvoudige basisvorm.⁹ Het individu staat centraal te midden van vier kwadranten die elk staan voor een specifiek en uniek aspect van de menselijke realiteit. Het model lichten we hier kort toe en laat zich als volgt stap voor stap opbouwen en begrijpen. Wilber vertrekt vanuit de vaststelling dat ieder individu een persoonlijke, privatieve kant kent die enkel van hem of haar is, maar tegelijkertijd steeds ook deel uitmaakt van verschillende groepen, zoals een gezin, een familie en een cultuur. Met andere woorden, we hebben allen een privatieve kant én een collectieve kant. Dus met onze patiënt in het centrum schetsen we allereerst een vierkant met een privatieve bovenzijde en een collectieve onderzijde.

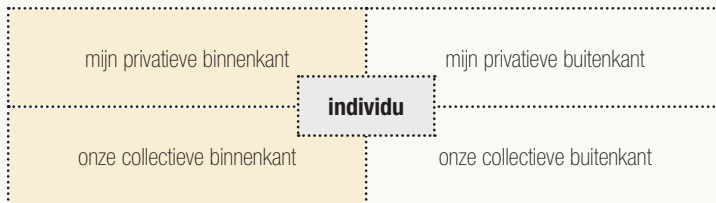
Daarnaast heeft ieder individu ook een buitenkant die zichtbaar en tastbaar is en waarvan we de inhoud op een of andere wijze kunnen meten en zelfs aanraken. Deze

8 Zie Wilber, 1998, 2000, 2001, 2006, 2017.

9 In *Integral Spirituality*. A startling new role for religion in the modern and postmodern world verfiert Wilber (2006) het basismodel door elk van de vier kwadranten nogmaals op te delen in een binnen/buiten-perspectief. Dit leidt vervolgens tot acht perspectieven die eveneens correleren met hetzelfde aantal methodologieën om naar de wereld te kijken: fenomenologie en structuralisme voor het linker bovenkwadrant, hermeneutiek en etnomethodologie linksom, empiricisme en autopoiesis rechtsboven en tot slot, sociale autopoiesis en systeemtheorie in het rechter onderkwadrant.

meetbare buitenzijde staat tegenover een binnenkant die we enkel kunnen ervaren en voelen. De binnen- en buitenzijde schetsen we respectievelijk als een linker- en rechterhelft van het vierkant waarin we de patiënt zonet centraal plaatsten. Het interessante van het 4KM bestaat erin dat Wilber deze vier te onderscheiden kanten of aspecten van de realiteit als vlakken in het model over elkaar legt, zodat er vier verschillende combinaties of kwadranten ontstaan (figuur 3). Het model bestaat dan uit het centrale individu met rechtsboven zijn persoonlijke buitenkant, linksboven zijn persoonlijke binnenkant, linksonder de binnenkant van de groepen waartoe hij behoort en rechtsonder de buitenkant van deze groepen. Anders geformuleerd, de meetbare en zichtbare aspecten van het individu staan in het rechter bovenkwadrant, deze van de groepen waartoe hij behoort in het rechter onderkwadrant. De aspecten die het individu ervaart, staan in het linker bovenkwadrant, terwijl fenomenen die collectief ontstaan en gedeeld worden linksonder thuishoren.

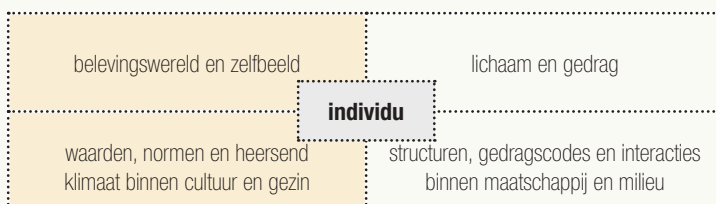
Figuur 3 Het vierkwadrantenmodel



(Naar Wilber, 1998, 2000, 2001, 2006, 2017)

Meer concreet kunnen we rechtsboven duiden als het kwadrant van biologische, lichamelijke eigenschappen en alle aspecten van gedrag (want dit zijn kwantificeerbare aspecten). Linksboven is het kwadrant van de eigen, persoonlijke ervaringswereld aan gedachten, gevoelens, emoties, intenties en zelfbeeld, terwijl linksonder als kwadrant staat voor waarden, normen en overtuigingen binnen gezin en cultuur, inclusief systeemdynamische processen. Tot slot is rechtsonder het kwadrant waarin de socio-economische context, inclusief kenmerkende eigenschappen, rituelen, regelgeving en milieu, wordt ondergebracht. Voor de klinische praktijk onthouden we de volgende steekwoorden: *'lichaam en gedrag'* (rechtsboven), *'belevingswereld en zelfbeeld'* (linksboven), *'waarden, normen en heersend klimaat binnen cultuur, groep en gezin'* (links-onder) en *'structuren, gedragscodes en interacties binnen maatschappij en milieu'* (rechtsonder) (figuur 4).

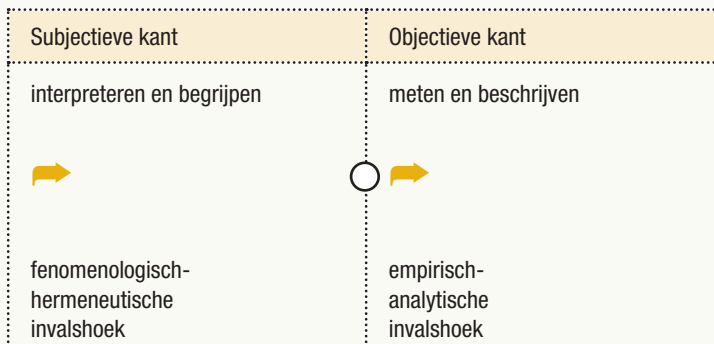
Figuur 4 Het vierkwadrantenmodel



(Naar Wilber, 1998, 2000, 2001, 2006, 2017)

Tegelijkertijd wijst Wilber erop dat het 4KM zich laat bekijken als twee helften die staan voor een specifieke wetenschappelijke blik op de wereld. Zo zijn de beide rechterkwadranten benaderbaar met een *empirisch-analytische* bril en luisteren ze naar het credo 'meten is weten', terwijl de hele linkerzijde zich laat ontsluiten via een *fenomenologisch-hermeneutische* en *dialectische* benadering waarin interpretatie en betekenisverlening centraal staan (figuur 5). Deze beide wetenschappelijke invalshoeken herkennen we uit de inleiding als de kenmerkende paradigma's van het spectrum aan therapieën dat we schetsten. Het 4KM bestaat dus uit een subjectieve linkerzijde en een objectieve rechterzijde.

Figuur 5 Het vierkwadrantenmodel en paradigma's



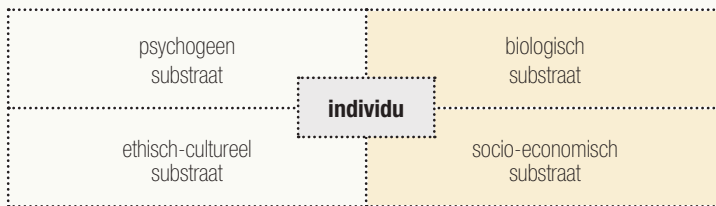
(Naar Wilber, 1998, 2000, 2001, 2006, 2017)

Een directe en klinische consequentie hiervan voor de therapeut is de noodzaak om een *dubbele* bril te hanteren wanneer men de patiënt zo integraal mogelijk in beeld wil brengen. Concreet betekent dit dat de therapeut niet louter inzoomt op bijvoorbeeld het problematische gedrag van een kind – waarmee men binnen de DSM-cultuur zo behept is – maar dat hij met name de betekenislaag achter dit 'gedrag als fenomeen' probeert te begrijpen.¹⁰ Net hier wringt ook het schoentje van het ICF-model een eerste maal. Het ICF-model houdt zich immers hoofdzakelijk bezig met de externe, meet- en zichtbare factoren van het individu en diens participatie binnen de samenleving. In het 4KM komt dit overeen met respectievelijk het rechter bovenkwadrant en het rechter onderkwadrant. In zekere zin richt het ICF-model zich dus slechts op twee van de vier kwadranten, oftewel één helft van de menselijke realiteit, namelijk enkel dat deel dat empirisch in kaart gebracht kan worden. Zoals gezegd tracht het 4KM om de menselijke realiteit meer inclusief in beeld te brengen.

10 Verhaeghe (2009) wijst hierop in *'Het einde van de psychotherapie'* en introduceert op ludieke wijze een nieuwe diagnostische DSM-categorie: 'PEED'. Dit letterwoord staat voor Pseudo Efficiency and Effectivity Disorder en verwijst naar een ernstige problematiek waarbij de betrokkene lijdt aan de waan dat alles meetbaar, controleerbaar en efficiënt moet zijn en hiertoe ook het nodige disfunctionele gedrag stelt (Verhaeghe, 2010, p. 170).

Het 4KM verhoudt zich dan ook tot meerdere substraten die schuilgaan achter de condition humaine. Vertaald naar de hulpverlening kunnen we er zo een viertal ontdekken (figuur 6). Het biomedische substraat rechtsboven hoort bijvoorbeeld thuis bij artsen, kinesitherapeuten, manuele therapeuten en osteopaten. Het psychologische substraat van het linker bovenkwadrant behoort onder andere tot het domein van klinisch psychologen en psychotherapeuten, terwijl het ethisch, systemisch en cultuurfilosofisch substraat linksonder specifiek het werkdomein is van relatie- en systeemtherapeuten, filosofische hulpverlening en experts in ethiek. Het rechter onderkwadrant steunt tot slot op een sociaal-economisch substraat waar we qua hulpverlening instanties als OCMW, opvoedingswinkels of VDAB kunnen situeren. Hier houden onder andere maatschappelijk werkers zich bezig met schuldbemiddeling, ondersteuning van problematische opvoedingssituaties of trajectbegeleiding in functie van tewerkstelling of opleiding.

Figuur 6 Het vierkwadrantenmodel



(Naar Wilber, 1998, 2000, 2001, 2006, 2017)

Hoewel we niet uit het oog mogen verliezen dat het 4KM als didactisch model enkel bedoeld is als een soort kapstok om te kunnen inventariseren en differentiëren, ligt de kracht ervan ook in het integreren op basis van volgende grondbeginselen:

- ieder individu is situeerbaar binnen het 4KM
- en bestaat uit minimaal 4 expressiedomeinen, ondergebracht in vier kwadranten
- deze zijn niet tot elkaar reduceerbaar
- spreken elk hun eigen taal
- kennen elk hun eigen toegangspoort tot de realiteit
- zijn intrinsiek met elkaar verweven
- en kunnen dus niet los gezien worden van elkaars dynamiek en invloed.

Vertaald naar patiënten betekent dit dat we als hulpverlener erover moeten waken de complexe realiteit waarin onze patiënt zich bevindt *niet te reduceren tot minder dan vier kwadranten*. Concreet gebeurt dit wanneer men bijvoorbeeld depressie herleidt tot louter een – meestal dan nog erfelijke – kwestie van een verstoorde huishouding aan serotonine en dopamine, zonder belevingen, gedachten en zelfbeeld te waarderen als minstens even belang- en invloedrijk. Met andere woorden, depressieve gevoelens en gedachten zijn niet gewoonweg een gevolg van een verstoorde neurotransmissie, maar zijn een unieke deelrealiteit op zich. In kwadrantentermen, het linker bovenkwadrant is geen epifenomeen van het rechter bovenkwadrant, maar eveneens een unieke expressie

van het individu.¹¹ Vervolgens dienen we als hulpverlener erover te waken dat ook een evenwichtig benadering zoals het 4KM ons niet blind mag maken voor 'het normale' in het verhaal van onze patiënt. Wanneer bijvoorbeeld Horwitz en Wakefield (2007) in hun boek *The loss of sadness* suggereren dat we met zijn allen normale droefheid verjaagd hebben naar het hokje van de klinische depressie, dan wijzen zij naar de DSM als doorslaggevende factor. Onderscheid dus minimaal vier domeinen waarin de realiteit van de patiënt zich uitdrukt én ga waakzaam om met al te vlugge labelling van 'abnormaal' of 'pathologisch'. Naast het nauwkeurig differentiëren – bijvoorbeeld tijdens de anamnese – helpt het 4KM vervolgens ook bij het selecteren van de juiste taal of toegangspoort om de patiënt te benaderen.¹² *Wat is op dit moment het meest nodig voor deze patiënt, wat kan hij aan en wat lijkt het meest helpend te zijn? Rond welke mogelijke toegangswegen – praten, bewegen, aanraken bijvoorbeeld – heerst er weerstand of angst? Hoe zit het met zelfredzaamheid en kan de patiënt indien nodig terugvallen op een stabiel netwerk of is er begeleiding nodig op dit niveau?* Ook hierop komen we uitvoeriger terug in het praktijkgerichte hoofdstuk 7. Tot slot biedt het 4KM ook de mogelijkheid om diverse elementen in verschillende kwadranten met elkaar in verbinding te brengen. Zo kunnen er oorzakelijke of in stand houdende relaties bestaan, kan een kwadrant erg zwaar wegen op herstelprocessen binnen andere kwadranten, verschijnen aspecten van de hulpvraag in slechts één of net in alle kwadranten of valt op dat bepaalde thema's in een kwadrant steeds gekoppeld worden aan elementen uit andere kwadranten. We verduidelijken dit zo dadelijk aan de hand van een casusfragment.

Het 4KM is verrijkend, omdat het helpt om het verhaal van de patiënt te inventariseren, te differentiëren, onderling te relateren, te analyseren en de meest optimale therapeutische toegangsweg te selecteren.

Hier kunnen we alvast samenvatten dat het 4KM minstens verrijkend is, omdat het nauwgezet helpt om het verhaal van de patiënt te *inventariseren*, te *differentiëren*, onderling te *relateren* en te *analyseren*, alsook bij het *selecteren* van de meest optimale therapeutische toegangsweg.

Net omdat het model expliciet ruimte laat voor de gehele belevingswereld en op genuanceerde wijze mogelijke dynamische processen begrijpelijk maakt, kan de therapeut makkelijker komen tot een geïntegreerde benadering én tegelijkertijd duidelijker de grenzen van het eigen competentiegebied afbaken. Het 4KM is dus géén vrijgeleide om als therapeut maar van alles wat te doen.

11 Hoewel dit soort van grove vormen van reductionisme geleidelijk verdwijnt en men tegenwoordig meer en meer uitgaat van een multifactoriële – dicit biopsychosociale – context, wordt er in de dagelijkse praktijk vaak nog subtiel gereduceerd in allerlei richtingen binnen het 4KM. Later komen we terug op een typische valkuil binnen sommige lichaamstherapieën waarbij een spier (bv. de M. iliopsoas) gelijkgesteld wordt aan een emotioneel proces (bv. angst of boosheid) en men deze behandelt alsof men daarmee ook de emotie behandelt. In hoofdstuk 4 verduidelijken we wetenschappelijke gronden om dergelijke relaties tussen emoties en het myofasciale substraat te begrijpen. Desalniettemin blijven het twee afzonderlijke fenomenen binnen twee niet tot elkaar reduceerbare kwadranten. Een spier behoort tot het biologische substraat rechtsboven, terwijl een gevoel een uitdrukking is van de belevingswereld in het linker bovenkwadrant. Beiden mogen dan ook niet met elkaar verward worden.

12 Zo maakt een psychodynamische speltherapeut via een heel andere weg contact dan een kinezietherapeut die oefeningen aanleert, een osteopaat die de wervelkolom manipuleert, een gedragstherapeut die vraagt een dagboek bij te houden, een systeemtherapeut die het hele gezin in therapie volgt of de leerlingenbegeleider van het CLB. Toch kunnen allen bezig zijn met eenzelfde hulpvraag en dus met dezelfde patiënt.