

## ARTIKEL

# Trauma en het gelaagde lichaam in psychotherapie

Joeri Calsius

### Samenvatting

De complexiteit van de eenheid van lichaam en geest komt met name tot uitdrukking bij spanning, stress en trauma. In dit artikel ga ik dieper in op een psychosomatische wisselwerking die voor veel psychotherapeuten herkenbaar is, namelijk hoe geraakt (traumatische) spanning in het lichaam en er vervolgens ook weer uit? Hoewel een eenduidig antwoord binnen de wetenschappelijke literatuur ontbreekt, wijst dit artikel alvast op het belang het gespannen lichaam te benaderen als een gelaagd fenomeen. Hiertoe wordt een klinisch concept – de myofasciale middenkoker – voorgesteld dat een brug slaat tussen ontwikkelingspsychologische, psychodynamische en neurobiologische visies en tevens kan dienen als een mogelijk handvat voor de integratie van lichaamswerk in de psychotherapeutische praktijk. Dit integreren vormt de basis van lichaamsgerichte psychotherapie en biedt een specifieke toegangspoort tot de belevingswereld van de cliënt. Dit artikel hanteert doelbewust een domeinoverstijgende of transdisciplinaire bril om de thema's rond trauma en lichaam te benaderen en klinisch-therapeutisch te vertalen.

---

**Dr. Joeri Calsius**, PhD., studeerde klinische psychologie (PhD), kinesitherapie en cultuurfilosofie (MA). Hij specialiseerde zich als lichaamsgericht, psychodynamisch psychotherapeut en osteopaat. Hij promoveerde op een verhandeling over een geïntegreerde benadering van angst vanuit psychodynamische, fenomenologische en lichaamstherapeutische invalshoek. Hij is als klinisch psycholoog-psychotherapeut en lichaamstherapeut werkzaam in een eigen groepspraktijk. Daarnaast is hij in deeltijd universitair docent en gastdocent aan diverse postgraduaat-opleidingen in binnen- en buitenland. Als onafhankelijk onderzoeker publiceert hij over de invloed en integratie van ervaringsgerichte processen in therapie. **E-mail** ■ joeri.calsius@telenet.be.

## Trauma and the layered body in psychotherapy

### Summary

The complexity of the unity of mind and body is often seen in stress-related symptoms and trauma. This article focusses on one of the psychosomatic intricacies known to psychotherapists, namely how does trauma-related tension settle itself into the body and even more interesting, how can it be released again? Although scientific literature lacks an unequivocal answer, this article points at the body as a layered phenomenon and offers a clinical concept which builds on existing theories in developmental psychology, psychodynamics and neurobiology. It also offers a tool for the integration of bodywork in psychotherapy. This integration is a keystone in body psychotherapy and offers a specific point of entry into the inner world of the client. This article deliberately uses a transdisciplinary approach to the topics of trauma and the body and attempts to translate these into daily practice.

*'When we touch our patients or work directly with their bodies, we simultaneously evoke their histories, desires, anxieties in the here and now.'*  
(Cornell, 2015)

### Inleiding

Enkele maanden geleden zag ik Wilfried, een fiere verpleegkundige van middelbare leeftijd, voor het eerst. Met ruim 100 kilo en een zwarte band in judo stak hij ver boven mij uit. Naar eigen zeggen had hij weinig om over te klagen, behalve een immer aanwezig gevoel van onrust en vaak tandenknarsen. Ook had hij een heilige schrik vrouw of kinderen te verliezen, hetgeen zich vertaalde in regelmatige paniekaanvallen of nachtmerries, inclusief roepend en zwetend wakker schieten. Wanneer we in de tweede sessie aan de slag gaan met verkennend lichaamswerk en ik dieper inwerk<sup>1</sup> op specifieke plekken ter hoogte van zijn bekken en kaken, begint hij plots onhoudbaar te schokken en transpireren. Hij kijkt angstig en gederealiseerd rond, huilt dan minutenlang en fluistert amper verstaanbaar 'Sorry pappie, ik zal het nooit meer doen... mag ik alsjeblieft, mag ik alsjeblieft... sorry pappie niet boos zijn...' Naderhand zal blijken dat Wilfried een extreem agressieve, alcoholverslaafde vader had die moeder regelmatig afranselde, meermaals wurgde en ooit zelfs een arm brak. Als kleutertje belandde Wilfried 's nachts in de vrieskou in de voortuin en moest dan uitzinnig van angst door het raam toekijken hoe mama bloedend op de vloer lag. Hij tikte dan zachtjes op het venster en stamelde 'sorry pappie, sorry pappie, ik zal het nooit meer doen...'

Iedere therapeut die werkt binnen het spectrum van spanning tot trauma, wordt regelmatig geconfronteerd met de complexiteit tussen lichaam en geest. Deze beïnvloeden elkaar zodanig dat de vraag rijst of de gesuggereerde dualiteit wel volgehouden kan worden (Vandenberghé & Luyten, 2010). Breinwetenschap leert alvast dat het hele lichaam, inclusief alle weefsels en fysiologische systemen, het substraat vormt voor bewustzijn en dus niet enkel de neocorticale structuren. Zo stelt Gottwald (2015) dat niet alleen de neocortex maar evenzeer diepere breinstructuren, hun connecties met ingewanden (*gut-brain*) en neurotransmitters uit het gehele lichaam samen het bewustzijn bepalen. Ook bovenstaande casus beschrijft een intrigerende wisselwerking tussen lichaam en geest die bovendien herkenbaar is binnen de praktijk van lichaamsgerichte psychotherapie (LPT). Het algemeen bekende fenomeen dat het lichaam opslaat en weer los kan laten wat de geest te verwerken krijgt (en vice versa), krijgt hier een welbepaalde invulling. De casus doet namelijk vermoeden dat het specifieke lichaamswerk een doorslaggevende factor is voor de cathartische belevingen die volgen. Met andere woorden, het lichaam blijkt een specifieke en mogelijk unieke toegangspoort te bieden tot de belevingswereld van de cliënt. Maar hoe kunnen we deze psychosomatische relatie begrijpen? Of concreter, hoe geraakt traumatische spanning in het lichaam en er vervolgens ook weer uit? Hoewel een eenduidig antwoord binnen de wetenschappelijke literatuur voorlopig ontbreekt, wil dit artikel wijzen op het gespannen lichaam als gelaagd fenomeen. Hierbij wordt tevens een klinisch concept voorgesteld – de *myofasciale middenkoker* – dat aansluit bij visies uit ontwikkelingspsychologische, psychodynamische en neurobiologische hoek en dat kan dienen als handvat voor de integratie van lichaamswerk in de psychotherapeutische praktijk.

---

## Het lichaam als blauwdruk

Een slechte start in het leven slaat diepe wonden en verhoogt het risico op tal van somatische en functioneel somatische syndromen (Van Houdenhove, 2007). Zo correleren bijvoorbeeld misbruik en mishandeling in de kindertijd met chronische rugpijn (Leisner e.a., 2014), migraine (Tietjen e.a., 2010), stressgebonden klachten (Van Houdenhove, 2010) en een verstoorde pijnverwerking (Tesarz e.a., 2016). Meer specifiek wijzen Vliegen, Tang en Meurs (2017) op de invloed van herhaaldelijke negatieve incidenten binnen de zorgcontext, zoals verwaarlozing of onvoorspelbaarheid. Interessant is dat Henningsen, Zipfel en Herzog (2007) in een review over risicofactoren voor functioneel somatische syndromen specifiek wijzen op de belangrijke, mediërende rol van lichaamsbeleving. Ook Van der Kolk (2014) heeft het over decennialange traumasporen die bepalen hoe mensen hun aanwezigheid in de wereld *als lichaam* ervaren. Of zoals een psychoanalytische woordspeling klinkt, traumatisme is eigenlijk trouwmatisme, trauma slaat gaten in de wezensstructuur van mensen (Kinet, 2016).

Deze relaties tussen trauma, symptomatologie en het lichaam vielen ook Wilhelm Reich (1972) op toen hij zijn concept van het spierpantser definieerde 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’* (in Fogel, 2009, p.196). Dit spierpantser is voor Reich in eerste instantie dus een musculaire *beschermingslaag*, ontstaan op basis van ervaringen doorheen een langere periode als reactie op bedreiging, angst of trauma. De spanning in de spieren is hiermee in feite een lichamelijke uitdrukking van een psychisch proces van onderdrukking dat zich vastzet in houdings- en bewegingspatronen. Klinisch valt daarbij op dat het pantser de bewegingsvrijheid en ademhaling reduceert, de lichaamswaarneming vermindert, de libidineuze drift onderdrukt en de angst die ontstaat door deze onderdrukking absorbeert (Heller, 2012). Reich (1973) stelt dan ook voor om spierspanning te analyseren in relatie tot het onbewuste functioneren van de cliënt. Een visie die trouwens actueel blijkt dan op het eerste gezicht lijkt. Zo stelt hersenonderzoeker en Nobelprijswinnaar Kandel (2018) dat een van de meest verrassende conclusies van hedendaags breinonderzoek is dat Sigmund Freud gelijk had wanneer hij zei dat bij zowel waarnemen, spreken als bewegen het onbewuste voorafgaat aan bewuste controle, sturing en intenties. Het lichaam spreekt dus al lang voordat wij bewust proberen uit te drukken wat er aan de hand is. Deze reichiaanse visie op het lichaam als blauwdruk nodigt ondertussen uit om de centrale vraag te verfijnen tot: hoe kunnen we de invloed van traumatische processen begrijpen in relatie tot het spierpantser?

---

## Visies op trauma

Traumadeskundigen benadrukken dat het lichaam zich intrinsiek niet enkel in een grensgebied *bevindt*, maar tegelijkertijd steeds ook een grensgebied *is*. Zo wijst Fogel (2009) erop dat traumageheugen zich niet uitsluitend in het brein situeert, maar evenzeer in de huid, de spieren en alle lichaamsreceptoren. Van der Kolk (2014) stelt op zijn beurt dat het kunnen waarnemen van sensaties in het (viscerale) lichaam het fundament vormt van emotionele beleving. Zoeken naar een mogelijk antwoord op de zojuist geformuleerde vraag gebeurt dan ook best met een transdisciplinaire bril, waarbij het lichaam centraal staat. Hierbij kunnen zowel ontwikkelingspsychologische, psychodynamische als neurobiologische visies ons op weg helpen. We starten met het laatste domein waar Levine (2005, 2014) trauma situeert in het vastgelopen-zijn van somatische, neuro-endocrine en autonome responsystemen, waardoor niet afgewerkte fysiologische reacties het lichaam blijven teisteren. Payne en anderen (Payne & Crane-Godreau, 2015; Payne, Levine & Crane-Godreau, 2015) wijzen op de gevolgen van deze falende situatie en definiëren trauma als een *‘biological incompleteness, frozen in time’*. Indien de geprogrammeerde acties ter overleving, zoals bewegingen, houdingen en ademhaling, niet volbracht kunnen worden, dan faalt het ontlastingssysteem voor de extreme hoeveelheid aan energie die vrijgemaakt werd. Gevolg van dit alles is energie die niet geëvacueerd kan worden uit het lichaam en gefixeerd geraakt in het weefsel.

In zekere zin niets nieuws onder de zon. Trauma was voor Freud namelijk al ‘een spanningstoename die door het neuronale systeem niet adequaat afgevoerd kon worden’ en daarbij schadelijk was ‘voor zover ze bevroren is, vastliggend en niet afgereageerd’

(Verhaeghe, 2006, p. 15). Voor de psychische gezondheid is het 'noodzakelijk dat deze energetische bezetting afgereageerd wordt via motorische reacties en/of via associatieve psychische activiteit' (Verhaeghe, 2006, p.18). Ook Schore (2011) beschrijft hoe vroeg-affectieve relaties vastgelegd worden in het neuromusculaire en autonome zenuwstelsel en hoe deze indrukken bijdragen aan de onbewuste manier waarmee het individu naar zichzelf en de wereld kijkt. Bloom (2006) maakt de rol van het lichaam nog concreter en licht toe hoe affecten gereguleerd worden door adem (inhouden) en spieren (opspannen). Downing (2015, p. 157) introduceert hiervoor de term 'affect-motorische schemata' die 'bepaalde spiergroepen, spierspanning en adempatronen kunnen in- of uitschakelen en een diepgaand effect hebben op het vegetatieve en het stofwisselingssysteem van het individu'.

Wat de verwevenheid tussen de traumatische ervaring en de somatische blauwdruk betreft, valt hiermee vooral de rol van het lichaam als *regulator* op. Dit is herkenbaar in de praktijk – spannende situaties en stress brengen allereerst het lichaam in beweging – maar ook in testsituaties, zoals de Marshmallowtest (Mischel, 2014) en het *still face experiment* (Weinberg e.a., 2008; Mesman, Van IJzendoorn & Bakermans-Kranenburg, 2009). Hier halen kinderen een hele batterij aan lichamelijke coping boven om spanning via hun lichaam te evacueren: van wiebelen en grimassen trekken tot kloppen op het eigen hoofd, zich opspannen of driftig huilen.

---

## Traumatische spanning en verschillende lichamen

Hoewel herkenbaar, blijft dit onvoldoende bevredigend als antwoord op de vraag wat er specifiek met het lichaam gebeurt als reactie op trauma. Maar misschien moeten we de vraag nogmaals bijstellen, ditmaal naar wat er *in* het lichaam gebeurt. Bij Bazan (2014, 2016) vinden we inzichten die ons verder lijken te brengen. Allereerst definieert ook zij trauma als een overmaat aan prikkeling zonder de mogelijkheid tot ontlading en wijst hiervoor naar het niet beschikken over motorprogramma's voor afvoer van de spanning. In lijn met Verhaeghe en Vanheule (2005) merkt zij (Bazan, 2016) eveneens op dat er geen mentale bewerking mogelijk is door het onverwachte karakter van trauma. Het gaat allemaal te snel om na te denken of bij te sturen, laat staan om te plannen.

Vervolgens verduidelijkt Bazan ook wat er in de plaats van de afwezige mentale bewerking komt, namelijk de herhaling van de motorische spanning die ten tijde van het traumatische moment bestond. Vrij vertaald, de onbewuste spierspanning die voorafging aan de traumatische ervaring – of erop volgde – installeert en herhaalt zich voortdurend. Dit is een interessante invalshoek voor onze centrale vraag en lijkt in lijn te liggen met een review van Pluess, Conrad en Wilhelm (2009), die verklaringen inventariseren van musculaire spanning bij gegeneraliseerde angststoornis. Een van de mogelijkheden is de spierspanning te beschouwen als een vorm van coping, waarbij de overvloedige prikkeling die voortkomt uit de angst wordt afgevoerd via spanning in het spierweefsel. Op de vraag waarom dit gebeurt, grijpt Bazan (2016) naar de neurobiologie: traumatische evenementen induceren dopaminepieken, net zoals onverwachte beloningen. Dit maakt mogelijkwijze begrijpelijk waarom het lichaam de overmaat aan onbestemde lichaamsspanning die door het trauma

ontstaat, bindt in een neuromotorisch programma. Het binden of vasthouden van de spanning werkt – alvast tijdelijk – als copingstrategie en levert op de koop toe een beloning op (dopamine). De achterliggende rationale klinkt als volgt: wanneer de verhoogde mate aan prikkels (ten gevolge van het trauma) gebonden wordt in een afvoerbare vorm zoals een houding, beweging of geluid (kortweg, neuromotorisch programma), dan is dit minder bedreigend dan wanneer die prikkels ongebonden door het lichaam blijven jagen (Bazan, 2016).

Wanneer we nu het spierpantser opvatten als het resultaat van zo een disfunctionele programmering, dan verheldert dit een aantal aspecten. Allereerst het 'wanneer' van het pantser – namelijk, de spierspanning installeert zich rond het moment van de traumatische ervaring –, maar ook het 'wat' en het 'waarom', – respectievelijk, de spierspanning herhaalt zich voortdurend en de spierspanning levert een beloning op. We herkennen hier meteen ook een belangrijke implicatie voor LPT, namelijk het diepgaand losmaken van spierspanning kan bedreigend – of minimaal verwarrend – zijn voor de cliënt. Er komt bij het losmaken ('*release*') van het pantser immers onverwacht een grote hoeveelheid energie vrij die het individu beroert.

Maar ook hiermee blijft een deel van de vraag uit de casus Wilfried voorlopig nog onbeantwoord. Het bleek namelijk niet willekeurig te zijn waar en hoe er gewerkt moet worden om zo'n release van het pantser te faciliteren. Klinische ervaring doet namelijk vermoeden dat niet eender welke interventie voldoet, maar dat diepgaande veranderingen zich enkel voordoen wanneer de beweging, houding of ontlading zich betekenisvol verhouden tot het trauma (Payne & Crane-Godreau, 2015). De ingehouden woede om een dominante vaderfiguur van zich af te slaan, wordt dus niet gelost door het trainen van de armspieren in de fitnesszaal, maar vergt een ervaringsproces waarbij het slaan – reëel of gevisualiseerd – centraal kan staan. Heel wat stromingen en methodologieën LPT benadrukken dan ook dat de wijze en locatie van de *hands-on* benadering zich best specifiek verhoudt tot de ervaringscontext en structuur of typologie van de cliënt (Marlock & Weiss, 2015). Opvallend hierbij is dat de traumatische lading zich vaak verschuilt in dieper gelegen delen van het pantser wat aanleiding geeft tot het onderscheiden van meerdere functionele lagen of 'lichamen' (Calsius, 2017a, b). Ook Bazan (2014, 2016) lijkt in deze richting te denken wanneer ze aanstipt dat gewervelde dieren over twee lichamen beschikken: allereerst een oppervlakte- of vertebraat lichaam dat gekenmerkt wordt door de dwarsgestreepte skeletmusculatuur en daarnaast – of beter, daaronder – het diepte-lichaam (invertebraat) als een soort zak met de organen voor de overlevingsfuncties zoals de ademhaling, de spijsvertering, de bloedsomloop, de excretie en voortplanting.

Vanuit een meer transdisciplinaire analyse stelde ik (Calsius, 2017a) elders voor om de dieper gelegen delen van dit oppervlaktelichaam, die zich functioneel verhouden tot het invertebrate lichaam van organen te duiden als de *myofasciale middenkoker*<sup>2</sup> of MMK. Hiertoe behoren bijvoorbeeld de kauw- en slikspieren, musculaire loges in hals en nek, de viscerele ruimte achter het borstbeen, het middenrif, spieren in de buikholte en rond de wervelkolom, de bekkenbodem en enkele diepe verbindingen naar armen en benen. Al deze structuren hebben op hun beurt te maken met basale functies zoals zuigen, drinken en slikken, ademen, schreeuwen, huilen, verteren en uitscheiden, die tegelijkertijd onze eerste bewerkingen van de buitenwereld zijn. Op deze wijze beoogt het MMK-concept een brug te

slaan tussen de biologische, ontwikkelingspsychologische en psychodynamische pijlers van de vroege ontwikkeling: de oudste en meest onbewuste fysiologische systemen die tegelijkertijd intrinsiek verbonden zijn met de meest basale vormen van emotie- en driftregulatie. Fogel (2009) verwijst in dat kader naar hoe interacties van pasgeborenen gepaard gaan met een scala aan onvrijwillige geluiden en bewegingen, waarbij het hele lichaam betrokken is, zoals knorren, hikken, boeren, zuchten en hoesten – manifestaties die we ook veelvuldig tegenkomen tijdens LPT. Naarmate de leergeschiedenis uitgebreider en complexer wordt, geraken deze onbewuste vormen van ademen, geluid maken, mimiek en beweging steeds meer geconsolideerd als een onbewust patroon van optimale of disfunctionele verhoudingen ten opzichte van de wereld. Downing (2015, p. 309) duidt deze onbewuste patronen als *'a core repertoire of body organizing know-how'* dat opgebouwd wordt tijdens de eerste twee levensjaren. Aangezien deze patronen op hun beurt opgeslagen liggen in het spierweefsel, zijn we ook weer terug bij het pantser zoals Reich het bedoelde (Reich, 1972).

Veel traumagerelateerde of onvoldoende verklaarbare klachten hebben te maken met de basale functies van deze MMK en beide genoemde lichamen worden dan ook vaak expliciet herkend in de psychosomatische hulpvraag. Allereerst valt op dat cliënten onder langdurig traumatiserende stress vooral symptomen ontwikkelen op het niveau van het invertebrale of dieptelichaam. Denk hierbij aan darmklachten (spijsvertering), hyperventilatie (ademhaling), seksuele disfunctie (voortplantingssysteem) of verstoorde energiehuishouding (neuro-endocrien systeem). Daarnaast werd reeds vernoemd dat emotionele spanningen zich vaak vooral voordoen in dieper gelegen, kleinere spierweefsels van het oppervlaktelichaam die verbonden zijn met functies van het dieptelichaam. Hierbij valt te denken aan spanningsklachten ter hoogte van bijvoorbeeld de hals, kaakgewrichten of bekkenbodemp. De MMK is dan ook een belangrijke toegangspoort bij trauma of psychosomatische spanning en een antwoord op de vraag *waar* (op welke structuren) de therapeut best kan aanvatten en werken. Daarnaast blijkt ook het *hoe* of de wijze van benaderen van het pantser, niet willekeurig.

Dit hoe verwijst in eerste instantie naar het belang van wat in de literatuur benoemd wordt als een interoceptieve prikkeling van de betrokken structuren (Calsius e.a., 2016). Onderzoek toont namelijk aan dat naast exteroceptie (het zintuigelijk waarnemen van de buitenwereld) en proprioceptie (het waarnemen van lichaamspositie en -beweging), met name interoceptie een cruciale schakel vormt tussen lichaamsbewustwording, -beleving en aanraking (Craig, 2002; Schleip & Jäger, 2012). Interoceptie verwijst klassiek naar het waarnemen van wat zich *in* het lichaam afspeelt, zoals jeuk, honger, ademhaling, activiteit van buikorganen, blozen of zweten. Recent stelt men echter een meer inclusieve definitie voor met interoceptie als paraplueterm voor de fenomenologische ervaring van de toestand waarin het lichaam zich bevindt, en dit op basis van een multisensorisch en multimodaal geïntegreerde verwerking (Ceunen, Vlaeyen & Van Diest, 2016). Interessant hierbij voor het werken met het spierpantser is dat zowel de spanning in het spierweefsel als de stofwisseling die zich erin afspeelt, eveneens interoceptief verwerkt worden (Fogel, 2009; Craig, 2002). Het lichaam dat gespannen, opgejaagd en hard of net koud, moe en leeg aanvoelt, heeft dus een interoceptieve basis.

Het belang dat in LPT gehecht wordt aan het werken met een zachte, luisterende of haptische handgreep<sup>3</sup> grijpt dan ook terug op deze interoceptief-insulaire route van lichaam naar brein. Met de insula als centrale hersenstructuur voor lichaamsbeleving en interoceptie als belangrijkste prikkelaanvoer, vormt deze route de basis voor wat in de vakliteratuur verstaan wordt onder *'body awareness'* (Geuter, 2015). Werken met een zogenoemde *'slow melting pressure'* verloopt interoceptief en blijkt daarmee ook het grootste effect op het spierpantser te hebben (Schleip & Jäger, 2012). Willen we dus het traumatisch geladen lichaam zo optimaal mogelijk benaderen, dan verdient een luisterende, smeltende handgreep de voorkeur. Zoals net verduidelijkt, mogen we daarbij bovendien niet uit het oog verliezen dat het spierpantser – dat aanvankelijk enkel biologisch beschouwd werd – allereerst fenomenologisch begrepen moet worden als datgene wat het voor de cliënt in essentie is, namelijk een ervaring. Hij of zij ervaart het eigen lichaam als gespannen, strak of slap en voelt dat het ingesnoerd of opgehangen zit.

Tegelijkertijd herinnert deze intrinsieke verweving tussen zelfbeleving en het lichaam aan Freud (1988; 1923), die stelde dat het ik in eerste instantie een lichaams-ik is. Verhaeghe (2003) specificeert dat het ego voor Freud met name een lichaamsoppervlak was, waaraan later psychische inhouden werden toegevoegd. Het is in deze lijn dat Anzieu (2006) zijn concept *'le moi-peau'* uitwerkt met een cruciale rol voor de huid binnen de ontwikkeling van het kind. Binnen zijn eveneens gelaagde benadering van het lichaam, vormt de huid zowel een biologische als psychologische omhulsel op de grens tussen de buitenwereld (contact met de moeder) en de binnenwereld (contact met het eigen lichaam), en legt daarmee de basis voor latere psychische functies. Dit belang van de huid bij intersubjectieve processen (tussen lichamen dus) kan zich zelfs vertalen in huidaandoeningen of maakt deze alvast meer begrijpelijk (Anzieu, 2006). Lichaamsfenomenologen zoals Merleau-Ponty (2009) of Fuchs en Schlimme (2009) gaan nog een stap verder en wijzen op het lichaam als fundament, waarmee wij als mens onze leefwereld ontsluiten. Deze fenomenologische dimensie, die we tegenkomen in het verhaal van traumacliënten wanneer ze bijvoorbeeld spreken over het ervaren van een gat, een leegte of een blokkade in hun lichaam, dient dus gekoppeld te worden aan de biologische dimensie van het spierpantser en meer in het bijzonder de MMK. Zoals gezegd, verwijst de MMK naar een van de meest basale lagen van het (lichaam van het) individu. Ook bij Freud vinden we het idee terug dat een soort dieptelichaam vanaf het prille begin bijdraagt aan het gewaarworden van het ik als een centrale massa, een 'centrum van graviteit' (Anzieu, 2006, p. 57). Met name de orale activiteit van het zuigen en het hiermee vullen van de verteringsorganen creëert sensaties van warmte en zwaarte (Anzieu, 2006). Het verteringsapparaat met alle bijbehorende weefselstructuren van de MMK vormt zo in zekere zin de biologische tegenhanger van grotendeels onbewuste belevingen zoals diepte, warmte en zwaarte. Met de sensorische verwerking van deze processen aan onze binnenkant, zijn we ook weer terug bij de interoceptie en de registratie van spanning in de MMK-spijeren.

---

## De praktijk van LPT

Samenvattend voor de praktijk verheldert dit artikel hoe het komt dat een specifieke benadering ('diepe, luisterende en smeltende druk') van structuren rond het dieptelichaam ('MMK') het gepantserde lichaam op specifieke wijze ('via het insulair-interoceptieve systeem') prikkelt en aldus kan leiden tot een ontlading van de in dit pantser opgeslagen of 'bevroren' energie. Dit vrijmaken van de spanningsblokkade (*release*) brengt echter ook een tijdelijke ontbinding van de gefixeerde energie met zich mee en kan zo een scala aan somatische reacties initiëren die meestal verweven zijn met functies van het dieptelichaam. Vaak zijn deze dan ook basaal en primair van aard, zoals schokken, trillen, zweten, maar ook roepen, huilen, schreeuwen, tot en met misselijk worden en overgeven. In extremis dissoceert de cliënt hierbij naar een toestand die Porges (2009) beschrijft als 'tonische immobiliteit'. Ook voor Wilfried, in de hierboven beschreven casus, werd de vrijgekomen traumatische lading te veel, waarop hij dissocieerde. Het vrijmaken van zijn MMK (o.a. middenrif, kaak- en diepe bilspieren) in combinatie met het diep, frequent ademen werkte op dat moment te overspoelend en katapulteerde hem terug naar zijn kindertijd. Fogel (2009, p. 260) gebruikt hiervoor de term '*participatory memories*' als 'herbelevingen van individuele, betekenisvolle ervaringen die nog niet omgezet zijn geraakt in een verbaal of conceptueel narratief'.

Dit brengt ons bij een laatste vraag die de casus van Wilfried opwerpt. Hoe komt het dat werken met het gepantserde lichaam zo een intens emotionerend maar vaak ook helend effect kan hebben? Vanuit neurobiologische hoek bekeken, hangt dit allereerst samen met de relatie tussen lichaamsbewustzijn, het interoceptief-insulaire netwerk en het impliciete, niet-talige geheugen (Isnard e.a., 2011; Khalsa e.a., 2009; Critchley e.a., 2004; Critchley, 2009). Hierbij voegt zich eveneens de geheugenopslag (Ceunen, Vlaeyen & Van Diest, 2016) aan vroeg-affectieve ervaringen, zoals hechting of trauma, waardoor het verband met trauma voor Van der Kolk (2014) duidelijk wordt: trauma is altijd preverbaal en verhoudt zich in essentie enkel tot breinstructuren van het limbisch systeem en lager. Verwijzend naar de diverse onderliggende processen die in dit artikel verduidelijkt werden, kan begrepen worden dat het specifieke lichaamswerk in LPT vaak de neurobiologische systemen van hechting, zorg of overleving prikkelt en daarmee traumatische geheugen-sporen activeert. Tegelijkertijd prikkelt de zachte en aandachtvolle aanraking de afgifte van stoffen als dopamine, vasopressine en oxytocine die een belangrijke rol spelen bij hechting, het verminderen van pijn, angst en neuro-endocriene stress maar die tevens, het basisvertrouwen verhogen (Morhenn, Beavin & Zak, 2012; Nicolai, 2010). Een interoceptieve benadering van het pantser is daarmee steeds een limbische aanraking die diep emotioneel reikt, al dan niet met een cathartisch effect. Dat ze ondersteunend werkt voor een positieve, aandachtvolle en zelfs prettige bewustwording van het eigen lichaam, verklaart mee haar helende kracht.

---

## Slot

In dit artikel wilden we de invloed van lichaamsgericht werken op traumatische of psychosomatische spanning beter begrijpen en funderen. Een opmaat hiervoor vonden we bij LPT, waar het karakteristieke zit in het systematisch integreren van zowel de psychische als de lichamelijke dimensie met een continue focus op structurele en procesmatige veranderingen (Geuter, 2015). Dit kan onder andere via *hands-on* lichaamswerk op het spierpantser. Hierbij ontspant het weefsel door een zachte, smeltende handgreep en helpt de therapeut de cliënt zijn lichaam 'van binnenuit' te verkennen en doorvoelen via verbindende aanraking en beweging. De interoceptieve breinnetwerken van emotie, lichaamsregulatie en zelfbewustzijn spelen hierbij een belangrijke rol. Naast dit *hoe* van het lichaamsgericht werken, is ook het *waar* niet willekeurig. Hiertoe conceptualiseerden we binnen het gelaagde lichaam een concreet aangrijpingspunt op de grens van het diepte- en oppervlaktelichaam, de MMK. Deze laag is gezien haar belang binnen de ontwikkeling en haar biologische situering erg kwetsbaar voor verpantsering bij spanning of trauma. Painter (1986) merkt echter op dat werken op dit spierpantser zo moet gebeuren, dat de cliënt stapsgewijs kan verkennen en verwerken wat hij ervaart.

Maar hoezeer het werken met diep ingesleten traumatische ervaringen ook een beroep doet op het gepantserde lichaam als toegangspoort, toch valt of staat het effect van LPT eveneens met talige bewustwording en narratieve integratie. Er interfereren bij LPT dan ook minimaal drie dimensies. Als eerste is dit de *biologische* dimensie van het lichaam, dat geprikkeld wordt als substraat voor de tweede dimensie die *fenomenologisch* is ('ik ervaar dat ik aangeraakt word'). Hieronder schuilt nog een derde, *existentiële* dimensie van geraakt worden door de ander of het andere ('ik kan niet goed verwoorden wat er gebeurt, maar iets raakt me'). Rekening houdend met het fundamentele belang van de huid als buitenste omhulsel (Anzieu, 2006), zou een voorzichtig besluit kunnen zijn dat traumawerk minstens drie dimensies (biologisch, fenomenologisch, existentieel) en drie lichamen (huid, oppervlakte, diep) omvat. Tot deze gelaagdheid biedt de MMK vervolgens een transdisciplinaire toegangspoort, mits een juiste benadering, zoals Bar-Levav (1998) mooi verwoordt in een pleidooi voor de integratie van aanraking in psychotherapie:

*'But how do we address and change such preverbal "knowledge"? Surely not by talking from our cortex to the patient's. It is done by repeatedly establishing exquisite contact with the distrustful and scared infant within the adult patient.'*

Naast de vragen rond het waarom, hoe en waar van lichaamswerk in LPT, vergt ook de vraag *door wie* verder debat, zoals in de inleiding reeds aangehaald. Het lichaam *an sich* vereist hoe dan ook een transdisciplinaire benadering en daagt daarmee iedere hulpverlener uit om los te komen van het klassieke psychosomatische, dualistische denken en handelen (Calsius, 2018).

---

## NOTEN

- 1 Het lichaamswerk in LPT wordt veelal onderscheiden in oppervlakkig en diep werk. Bij oppervlakkig werk kan bijvoorbeeld worden gedacht aan het werken met (ondersteunende) aanraking. Bij dieper lichaamswerk wordt manueel intensiever gewerkt, bijvoorbeeld door middel van aangehouden drukpunten of ritmische strijkbewegingen. Hierbij dient minimaal benadrukt te worden dat een competente en volwaardige toepassing van aanraking en lichaamswerk enkel dient plaats te vinden na een gedegen opleiding en binnen een helder deontologisch kader, dat anticipeert op mogelijke valkuilen en risico's, zoals uitgewerkt in de richtlijnen van de European Association for Body Psychotherapy (EABP, 2012). Ook collega's die niet concreet aan de slag wensen te gaan met lichaamswerk, worden uitgenodigd hun comfortzone te verlaten en hebben nood aan een duidelijke omkadering.
- 2 De term 'myofasciaal' verwijst naar actuele opvattingen rond de innige, functionele relatie tussen de spieren (myo) en de bijbehorende bindweefsels (fascia) en de wijze waarop deze structuren elkaar wederzijds vormgeven en beïnvloeden (Huijing & Langevin, 2009; Schleip, Jäger & Klingler, 2012). De term 'middenkoker' verwijst naar de anatomische situering op de grens tussen oppervlakte- en dieptelichaam.
- 3 Bij het werken met een haptische handgreep ontwikkelt zich een resonantie waarbij de cliënt via het handcontact van de therapeut leert 'luisteren' naar wat er zich afspeelt in het eigen lichaam. Tussen beiden ontstaat een gedeeld waarnemingsproces, waarmee ook de therapeut de stroom aan lijfelijke interactie kan volgen en waar nodig bijsturen (Fögel, 2009).

---

## LITERATUUR

- Anzieu, D. (2006). *Le Moi-peau*. Paris: Dunod.
- Bar-Levav, R. (1998). A rationale for physical touching in psychotherapy. In E. Smith, P. Clance, & S. Imes (Eds.), *Touch in Psychotherapy*. Londen: The Guilford Press.
- Bazan, A. (2014). Neuropsychoanalyse: geschiedenis en epistemologie. *Tijdschrift voor Psychoanalyse*, 20, 245-255.
- Bazan, A. (2016). Genot, trauma en de dopaminerge inschrijving van het evenement. Aan gene zijde van het lustprincipe ligt de demonische herhalingsdwang. In M. Kinet (red.), *Trauma binnenstebuiten. Verbanden bij psychische wonden*. Antwerpen/Apeldoorn: Garant.
- Bloom, K. (2006). *The embodied self. Movement and psychoanalysis*. New York, Londen: Karnac.
- Calsius, J., Bie, J. de, 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, 253.
- Calsius, J. (2017a). *Werken met een lichaam dat moeilijk doet. Een andere kijk op het psychosomatische lichaam in therapie*. Leuven: Acco.
- Calsius, J. (2017b). Het lichaam als mogelijke toegangspoort in psychotherapie. *Tijdschrift voor Psychoanalyse*, 23, 92-104.
- Calsius, J. (2018). Lichaamsgerichte psychotherapie. Een onbekend antwoord op de psychosomatische kloof? *Psyche*, 30, 12-14.
- Ceunen, E., Vlaeyen, J.W.S., & Diest, I. van (2016). On the origin of interoception. *Frontiers in Psychology*, 7, 743.
- Cornell, W.F. (2015). *Somatic Experience in Psychoanalysis and Psychotherapy. In the expressive language of the living*. Londen New York: Routledge.
- Craig, A.D. (2002). How do you feel? Interoception: the sense of the physiological condition of the body. *Nature Reviews. Neuroscience*, 3, 655-666.
- Critchley, H.D., Wiens, S., Rotshtein, P., Ohman, A., & Dolan, R. J. (2004). Neural systems supporting interoceptive awareness. *Nature Neuroscience*, 7, 189-195.
- Critchley, H.D. (2009). Psychophysiology of neural, cognitive and affective integration: fMRI and autonomic indicants. *International Journal of Psychophysiology*, 73, 88-94.
- Downing, G. (2015). Early interaction and the body: Clinical implications. In G. Marlock, & H. Weiss (Eds.), *The handbook of body psychotherapy & somatic psychology*. Berkeley: North Atlantic Books.
- EABP (2012). Body psychotherapy competencies. Geraadpleegd van <http://www.eabp.org>.
- Fogel, A. (2009). *The psychophysiology of self-awareness*. New York: W.W. Norton.
- Freud, S. (1988 (1923)). Het Ik en het Es. In S. Freud, *Psychoanalytische theorie 3* (pp. 9-82). Meppel/Amsterdam: Boom.
- Fuchs, T., & Schlimme, J.E. (2009). Embodiment and psychopathology: a phenomenological perspective. *Current Opinion in Psychiatry*, 22, 570-575.
- Geuter, U. (2015). *Körperpsychotherapie: Grundriss einer Theorie für die klinische Praxis*. Berlin: 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: North Atlantic Books.
- Heller, M. (2012). *Body psychotherapy: History, concepts and methods*. New York, NY: W.W. Norton.
- Henningsen, P., Zipfel, S., & Herzog, W. (2007). Management of functional somatic syndromes. *The Lancet*, 369, 946-55.
- Houdenove, B. van (2007). Slechte start in het leven: kwetsbaarder voor stressgebonden ziekten? In B. Van Houdenove (Ed.), *Stress, het lijf, en het brein. Ziekten op de grens tussen psyche en soma*. (pp. 75-94). Leuven: LannooCampus.
- Houdenove, L. van (2010). Vroegtijdige negatieve levensgebeurtenissen en functionele gastro-intestinale aandoeningen. Van epidemiologie naar pathofysiologie. In B. Van Houdenove, P. Luyten, & J. Vandenberghe (Eds.), *Luisteren naar het lichaam. Het dualisme voorbij* (pp. 115-122). Tiel: LannooCampus.
- Huijing, P.O., & Langevin, H.M., (2009). Communicating about fascia: history, pitfalls and recommendations. *International Journal of Therapeutic Massage and Bodywork*, 4, 3-8.
- Isnard, J., Magnin, M., Jung, J., Manguire, F., & Garcia-Larrea, L. (2011). Does the insula tell our brain that we are in pain? *Pain*, 152, 946-951.
- Kandel, E. (2018). *De gestoorde geest. Wat ongewone hersenen ons vertellen over onszelf*. Amsterdam/Antwerpen: Atlas contact.
- Khalsa, S.S., Rudrauf, D., Feinstein, J.S., & Tranel, D. (2009). The pathways of interoceptive awareness. *Nature Neuroscience* 12, 1494-1496.

- Kinet, M. (2016). Het trauma als zwartgat. Van metastasen tot permanente catastrofe. In M. Kinet (red.), *Trauma binnenstebuiten. Verbanden bij psychische wonden*. Antwerpen/Apeldoorn: Garant.
- Kolk, B.A. van der (2014). *The body keeps the score. Mind, brain and body in the transformation of trauma*. Londen: Penguin Books.
- 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.
- Levine, P. (2005). Panic, biology and reason. Giving the body its due. In N. Totton (Ed.), *New dimensions in bodypsychotherapy* (pp. 30-39). Berkshire: Open University Press.
- Levine, P. (2014). *De tijger ontwaakt. Traumabehandeling met lichaamsgerichte therapie*. Haarlem: Altamira.
- Marlock, G., & Weiss, H. (Eds.) (2015). *The handbook of body psychotherapy and somatic psychology*. Berkeley: North Atlantic Books.
- Mischel, W. (2014). *The Marshmallow test. Mastering self-control*. NY: Little Brown & Co.
- Merleau-Ponty, M. (2009). *Fenomenologie van de waarneming*. Amsterdam: Boom.
- Mesman, J., IJzendoorn, M.H. van, & Bakermans-Kranenburg, M.J. (2009). The many faces of the still face paradigm: a review and meta-analysis. *Developmental Review*, 29, 120-162.
- Morhenn, V., Beavin, L.E., & Zak, P.J. (2012). Massage increases oxytocin and reduces adrenocorticotropin hormone in humans. *Alternative Therapies in Health and Medicine*, 18, 11-18.
- Nicolai, N.J. (2010). Moederen: neurobiologisch gezien. In M. Kinet & A. Bazan (Eds.), *Psychoanalyse en neurowetenschap. De geest in de machine*. Antwerpen/Apeldoorn: Garant.
- Payne, P., & Crane-Godreau, M.A. (2015). The preparatory set: a novel approach to understanding stress, trauma, and the bodymind therapies. *Frontiers Human Neuroscience*, 9, 178.
- Payne, P., Levine, P.A., & Crane-Godreau, M.A. (2015). Somatic experiencing: using interoception and proprioception as core elements of trauma therapy. *Frontiers in Psychology*, 6, 93.
- Pluess, M., Conrad, A., & Wilhelm, F.H. (2009). Muscle tension in generalized anxiety disorder: a critical review of the literature. *Journal Anxiety Disorders*, 23, 1-11.
- Painter, J.W. (1986). *Deep bodywork and personal development. Harmonizing our bodies, emotions and thoughts*. Mil Valley: Bodymind Books.
- Porges, S.W. (2009). The polyvagal theory: New insights into adaptive reactions of the autonomic nervous system. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*, 76, 86-90.
- Reich, W. (1972). *Character analysis*. New York: Touchstone.
- Reich, W. (1973). *The function of the orgasm. Sex-economic problems of biological energy*. New York: Farar, Straus & Giroux.
- Schleip, R., Jäger, H., & Klingler, W. (2012). What is 'fascia'? A review of different nomenclatures. *Journal of Bodywork and Movement Therapies*, 16, 496-502.
- Schleip, R., & Jäger, H. (2012). Interoception. A new correlate for intricate connections between fascial receptors, emotion and self-recognition. In R. Schleip, T. Findley, L. Chaitow, & P. Huijting (Eds.), *Fascia. The tensional network of the human body* (pp. 89-94). New York: Elsevier.
- Schore, A. (2001). Neurobiology, developmental psychology and psychoanalysis: convergent findings on the subject of projective identification. In J. Edwards (Ed.), *Being alive: building on the work of Anne Alvarez* (pp. 57-74). Sussex: Routledge.
- Tietjen, G.E., Brandes, J.L., Peterlin, B.L., Eloff, A., Dafer, R.M., Stein, M.R., e.a. (2010). Childhood maltreatment and migraine (part II). Emotional abuse as a risk factor for headache chronification. *Headache*, 50, 32-41.
- Vandenberghe, J., & Luyten P. (2010). Inleiding bij een Festschrift. In B. Van Houdenhove, P. Luyten, & J. Vandenberghe (Eds.), *Luisteren naar het lichaam. Het dualisme voorbij* (pp. 9-16). Tiel: LannooCampus.
- Verhaeghe, P. (2003). *Over normaliteit en andere afwijkingen. Handboek klinische psychodiagnostiek*. Leuven: Acco.
- Verhaeghe, P. (2006). *Tussen histerie en vrouw. Van Freud tot Lacan: een weg door honderd jaar psychoanalyse*. Leuven: Acco.
- Verhaeghe, P., & Vanheule, S. (2005). Actual neurosis and PTSD: The impact of the other. *Psychoanalytic Psychology*, 22, 493-507.
- Vliegen, N., Tang, E., & Meurs, P. (2017). *Van kwetsuur naar litteken. Hulpverlening aan kinderen met complex trauma*. Kalmthout: Pelckmans Pro.
- Weinberg, M.K., Beeghly, M., Olson, K.L., & Tronick, E. (2008). A still-face paradigm for young children: 2(1/2) Year-olds' reactions to maternal unavailability during the still-face. *Journal of Developmental Processes*, 3, 4-22.