

Bedankt voor het downloaden van dit artikel. De artikelen uit de (online)tijdschriften van Uitgeverij Boom zijn auteursrechtelijk beschermd. U kunt er natuurlijk uit citeren (voorzien van een bronvermelding) maar voor reproductie in welke vorm dan ook moet toestemming aan de uitgever worden gevraagd.

# Boom

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën, opnamen of enig andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikelen 16h t/m 16m Auteurswet 1912 jo. Besluit van 27 november 2002, Stb 575, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoeding te voldoen aan de Stichting Reprorecht te Hoofddorp (postbus 3060, 2130 KB, [www.reprorecht.nl](http://www.reprorecht.nl)) of contact op te nemen met de uitgever voor het treffen van een rechtstreekse regeling in de zin van art. 16l, vijfde lid, Auteurswet 1912.

Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16, Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot de Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten, postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, [www.cedar.nl/pro](http://www.cedar.nl/pro)).

*No part of this book may be reproduced in any way whatsoever without the written permission of the publisher.*

[info@boomamsterdam.nl](mailto:info@boomamsterdam.nl)  
[www.boomuitgeversamsterdam.nl](http://www.boomuitgeversamsterdam.nl)

# Lichamelijkheid en affect bij psychosomatiek

Klinische vignetten uit twee kindertherapieën

Patrick Meurs  
Gaston Cluckers

'Het beleefde lichaam dringt de taal binnen; en de taal (...) heeft het vermogen om het lichaam te boetseren (...).' (Vergote 1966, p. 144)

**Wanneer de therapeut zich in zijn lichamelijkheid laat aanspreken door affecten die voor de patiënt onbeleefbaar zijn én dit lichamelijke aanvoelen op een betekenisvolle wijze aan de patiënt kan communiceren, dan wordt bij deze de band met het affectief ervaren lichaam hersteld. Getoond worden gelijkenissen en verschillen in dit therapeutische proces bij een neurotische en een borderlinepatiënt.**

## Inleiding

In de normale ontwikkeling draagt affectieve communicatie reeds zeer vroeg bij tot de ervaring gevoelstoestanden te kunnen delen met anderen. Bij pathologie daarentegen ontstaat de ervaring op zichzelf teruggeworpen te worden met affecten die ondraaglijk en beangstigend zijn.

In affectieve communicatie speelt lichamelijkheid een belangrijke rol. De lichamelijkheid is een basis waarop later in de ontwikkeling de taal zich ent. Wanneer het kind echter niet ervaart dat lichamelijk-affectieve communicatie een middel is om zichzelf in relaties mee te delen en te verstaan, dan blijven de lichamelijke ervaring van en de talige betekenisgeving aan affecten losgekoppeld van elkaar. Dat probleem staat centraal bij patiënten met psychosomatische klachten. Hun woorden zijn niet geworteld in lichamelijk-affectieve ervaring en ze vertonen primitieve affecten die niet in woorden te vatten zijn of sluiten deze affecten buiten.

McDougall (1989) vraagt zich af wat er met deze verworpen of buitengesloten affecten gebeurt in de therapeutische relatie. Ten gevolge van pro-

P. Meurs is licentiaat in de klinische psychologie en kindertherapeut. Hij studeerde tevens godsdienstwetenschappen, sociale en culturele antropologie alsmede eerste licentie familiale en seksuologische wetenschappen. Hij is medewerker aan het Centrum voor Kinderpsychotherapie (faculteit Psychologie en Pedagogische Wetenschappen, KU Leuven) waar hij een doc-

toraat voorbereidt over *affectieve ambivalentie*. Prof. dr. G. Cluckers is hoogleraar in de klinische kinderpsychologie en kinderpsychotherapie aan de KU Leuven, hoofd van het Centrum voor Kinderpsychotherapie. Correspondentieadres: Centrum voor Kinderpsychotherapie, Tiensestraat 102, B-3000 Leuven.

jectieve identificatie ervaart niet de patiënt maar wel de therapeut deze affecten, vaak als een lichamelijke sensatie. In deze reactie van de therapeut ligt een toegang tot affecten die voor de patiënt waarschijnlijk nog ondraaglijk zijn, althans niet op bewust niveau ervaren kunnen worden (Manzano 1985). Als deze affecten op een draaglijke en betekenisvolle wijze (zie ook: Cluckers 1989) weer in contact met het psychosomatisch reagerende kind kunnen worden gebracht, dan wordt de band met het affectief ervaren lichaam hersteld en worden woorden gevonden voor dat affectief ervaren lichaam. We beschreven dit eerder (zie: Meurs & Cluckers 1996) reeds theoretisch en gaan nu in op de therapeutische implicaties van deze visie.

### **Klinisch vignet 1: psychosomatiek bij een neurotische problematiek**

**Aanmelding** Jan (negen jaar) is op de afdeling pediatrie opgenomen voor aanhoudende buikpijn en braakneiging. In een uitgebreid somatisch onderzoek kan geen oorzaak gevonden worden. Vader en stiefmoeder van Jan kunnen zich voorstellen dat de buikklachten verband houden met emotionele problemen. Ze geven aan dat het thuis met Jan sinds een tijdje moeilijker gaat. Extreme inschikkelijkheid en onverhoedse agressieve buien wisselen elkaar af.<sup>1</sup>

**Anamnestiche gegevens** Jan woont bij zijn vader en diens tweede partner. Toen Jan tweeënehalf jaar oud was, diende moeder langdurig psychiatisch opgenomen te worden voor een zware depressie, die na Jans geboorte verergerde. Ze kende tevens een aantal psychotische episoden. Na een tijdje verbrak moeder het contact met het gezin. Jan heeft haar sinds vier jaar niet meer gezien. Op een bepaald moment besloot vader zijn eigen weg te gaan. Ze zijn gescheiden toen Jan bijna vijf jaar oud was. Jan bleef bij vader wonen. Een jaar later leerde vader zijn nieuwe partner kennen en toen Jan bijna acht jaar was, gingen vader en zijn nieuwe partner samenwonen. Ongeveer een jaar daarna nam de moeder van Jan onverwacht weer contact op, met de vraag om Jan met een zekere regelmaat te mogen bezoeken. Deze mogelijkheid was bij de scheiding opengelaten, maar moeder had er tot dan toe geen gebruik van gemaakt. Het optreden van Jans buikklachten valt in de tijd ongeveer samen met moeders vraag om het contact te herstellen.

**Diagnostisch beeld** We leren Jan tijdens het psychodiagnostisch onderzoek kennen als een depressief kind met neurotische trekken. Hij heeft overigens goede symbolisatiemogelijkheden. Een ver verdrongen wens naar moeder wordt door de vraag van deze weer tot leven gebracht. Haar vraag roept depressieve affecten op, die moeilijk verwerkt worden en een uitweg zoeken in psychosomatische klachten.

**Therapeutisch verloop<sup>2</sup>** In de eerste fase van de therapie speelt en tekent Jan veel op zichzelf.<sup>3</sup> Wanneer ik iets vraag over zijn tekening, brengt Jan een uitgewerkt verhaal. Ik heb reeds na enkele sessies het gevoel met Jan een zinvolle band te hebben. In sessie 8 tekent hij als volgt.

Er is een mistig en grijs landschap met allerlei silhouetten. Deze figuren (zonder gelaat) zijn verdwaald in een bos en kunnen elkaar niet meer vinden. Wanneer ik vraag wat Jan het meest opvalt in zijn tekening, zegt hij: 'Ze hebben geen gezicht, ze weten niet of ze iets kunnen zien of horen, een signaal of zo...'

Dit beeld roept onder meer de vaagheid op die in lichamelijk-affectieve communicatie kan ontstaan. Jan beleeft mensen soms als vage silhouetten die de zintuiglijke mogelijkheden missen om elkaar met lichaamstaal affectief aan te spreken.

In latere sessies zullen we zien welke interne conflicten door contact met een affectief onbereikbare andere opgeroepen worden. Eerst geven we aan wat er ondertussen in de behandeling gebeurde.

Thuis verergeren de problemen. Stiefmoeder raakt meer geïrriteerd door Jans ambivalentie. Zijn buikklachten verminderen evenmin.

Ik merk dat Jan aan het begin van een sessie steeds rondhangt en zelf geen enkel initiatief neemt. Significante tekeningen zoals hij ze in een eerdere fase van de therapie maakte, blijven nu achterwege. Aanvankelijk beschouw ik dit als een teken van therapeutische stagnatie of impasse. Pas in tweede instantie begrijp ik dat Jan ook in de therapeutische relatie zijn problemen wil tonen om in contact te blijven met iemand die belangrijk geworden is. Alvorens dit te begrijpen, moet de therapeut zeer attent zijn op tegenoverdrachtsgevoelens van irritatie en machteloosheid ten aanzien van Jans kleverige en passieve manier om contact te behouden. Het contactprobleem waarover Jan in een eerdere fase van de therapie tekende, laat hij nu de therapeut 'aan den lijve' voelen.

Het therapeutisch gebruiken van dergelijke tegenoverdrachtsgevoelens vergt een heel zoekproces. Ten eerste zijn irritatie en machteloosheid niet gemakkelijk te aanvaarden voor de therapeut. Ten tweede is het ontsluiten van tegenoverdrachtsgevoelens een onderwerp dat heel wat discussie oproept (zie onder meer: Jacobs 1990, Natterson 1991 en Maroda 1991, 1995). Ten derde, zelfs wanneer er een consensus is om bepaalde tegenoverdrachtsgevoelens te beschouwen als een indicatie voor wat de patiënt niet kan voelen (Pirotte 1993), dan blijft nog de vraag hoe en wanneer deze gevoelens van de therapeut ten dienste van het therapeutische proces gesteld kunnen worden (Schaefer e.a. 1995, Kramer & Akhtar 1996). Dit aspect verduidelijken we nu.

Ik voel al vlug aan dat de irritatie en onmacht die Jans passiviteit bij mij oproept, als zodanig niet aan hem mee te delen zijn. Anderzijds, niets doen met deze tegenoverdrachtsgevoelens staat gelijk met het miskennen van een belangrijke boodschap. Ik zoek daarom naar een 'verteerbare' en

communiceerbare versie van de tegenoverdrachtsgevoelens. Steeds vaker denk ik aan het beeld uit sessie 8. De figuren worden getekend zonder zintuiglijke mogelijkheden om elkaar lichamelijk aan te spreken. Ik zie Jans passiviteit niet langer alleen maar als een impasse, maar ook als een belangrijke boodschap over contact met een schimmig of depressief object. In sessie 25 nadat Jan weer alle initiatief uit handen gaf, besluit ik hiervan iets mee te delen:

Therapeut: 'Jan, je hebt me eerder al laten begrijpen dat mensen die contact met elkaar willen, het soms moeilijk hebben. Nu heb ik al een tijdje het gevoelen dat je hier graag komt. Maar, je toont ook je twijfels over hoe het verder kan tussen ons.'

Jan tekent nu een huis in de verte, waar een kind regelmatig naartoe gaat. Soms is er niemand thuis, maar toch wil het kind binnen gaan. Jan zegt ineens dat de jongen niet zal proberen binnen te gaan, maar voor de deur gaat zitten wachten tot er iemand thuiskomt. Niemand weet echter wanneer dat zal gebeuren.

Therapeut: 'Die jongen weet dat hij daar iemand wil vinden, maar hij voelt dat hij nooit zeker is of en wanneer die er weer zal zijn voor hem.'

Jan knikt instemmend. 'Hij zal in ieder geval blijven wachten, dan kunnen ze hem niet vergeten wanneer ze thuis komen.'

Therapeut: 'Het enige wat die jongen denkt te kunnen doen is afwachten... Hij heeft de indruk dat het allemaal van de anderen afhangt. Hij zorgt ervoor dat ze niet langs hem heen kunnen want hij wacht voor de deur.'

Jan: 'Het kan nog lang duren. Maar, hij legt zich tegen het huis. Dat zullen ze wel niet goed vinden wanneer ze thuis komen. De jongen weet niet wat hij moet doen. Dan valt hij in slaap.'

Men kan zo'n therapiefragment vanuit verschillende invalshoeken bekijken. Vanwege Jans voorgeschiedenis kiezen we ervoor om in deze bijdrage één betekenislijn uitvoeriger toe te lichten. Het concept 'la mère morte' of 'la mère endeuillée' van Green (1983) lijkt ons uitermate geschikt om het contact met een depressief object te beschrijven. De affectieve aanspreekbaarheid van dat object is zeer wisselend, en periodiek geheel afwezig. De depressieve moeder wordt beleefd alsof ze uit het contact is weggegaan. 'Weggaan uit het contact' is een centraal thema in de tekening van Jan in deze sessie. Daarenboven weet men nooit of en wanneer de ander terugkeert uit de depressie. De machteloosheid daarover kleurt het contactleggen door het kind zelf. Dit kind wacht, ondanks een sterke wens tot contact, af tot de ander weer in beweging komt en een teken van leven geeft.

In de periode dat met deze moeilijkheden zinvol gewerkt kan worden in de therapeutische relatie, kent Jan minder slapeloze nachten door buikpijn. Op het ogenblik dat het kind actiever en autonomer beschikt over zijn gevoelens en over wat hij er in relaties mee kan doen, nemen de psychosomatische symptomen af (zie ook: Le Breton 1995, p. 60).

In de volgende fase van de therapie brengt Jan verhalen die zeer illustra-

tief zijn voor zijn kernprobleem. We bespreken een fragment uit sessie 4I.

Jan speelt een verhaal over een jongen die wacht op een antwoord van de aardmensen die in een andere, onbekende wereld wonen, diep onder de grond. Er worden allerlei klanken naar die onbekende wereld doorgeleid. Er is een muur die de wereld van de aardmensen scheidt van de wereld van de gewone mensen, waarin de jongen woont. De klanken die uit de andere wereld terugkeren, komen te snel of ze raken versmolten en verward in de te kleine opening van de muur waar ze doorheen moeten om de jongen te bereiken. Er is wel een magische sleutel om de muur tussen beide werelden op de juiste maat te openen zodat de klanken begrijpelijk worden. De jongen heeft de sleutel, maar hij kan niet meer wachten zodra hij een sein ontvangt. Hij gaat daardoor te snel te werk, zodat de boodschappen opnieuw onverstaanbaar worden. Eventjes noemt Jan een oude man die weet hoe de jongen de sleutel moet gebruiken om de boodschappen beter te verstaan. Maar, de jongen wil met de sleutel de muur achter zich laten en zo vlug mogelijk zelf doordringen tot die andere wereld. De oude man wordt geweerd met de woorden: 'Mijn sleutel niet afpakken!'

We geven één mogelijke interpretatie voor dit fragment.

Assoun (1983) meent dat het oedipale, als universele structuur, bij eenieder tot uiting komt in een persoonlijke of specifieke vorm die de stempel van de preoedipale ontwikkelingsgeschiedenis van dat individu draagt. In dat opzicht bespreken we sessie 4I.

Jan roept een wereld op van verschil, een wereld van het andere. De oude man en de jongen worden in hun wereld aangesproken door boodschappen uit een andere wereld. Die andere wereld laat zich kennen door middel van stemmen die een boodschap beantwoorden of weerspiegelen. Volgens Anzieu (1976) heeft de stem die na een oorspronkelijke boodschap weer terugkeert – 'la voix échoïsante' (Flavigny 1987) – een vrouwelijke connotatie. De wereld waaruit stemmen weerkeren, is een vrouwelijke wereld, verschillend van de mannelijke wereld waarin twee generaties, met de jongen en de oude man, verblijven. De door Jan opgeroepen wereld is ons inziens er een van geslachts- en generatieverschillen, waardoor het beeld een oedipale connotatie heeft (Nicolaïdis 1979).<sup>4</sup>

Deze oedipale dynamiek draagt bij Jan een specifiek preoedipale stempel. Met zijn sleutel wil de jongen de grens of de muur tussen beide werelden openen om zelf op te gaan in die andere wereld. De sleutel dient niet om het verschil te erkennen maar wel om de markering van dat verschil – de muur als grens – uit te wissen. Een preoedipale wens tot onbemiddelde of onmiddellijke vereniging met die andere vrouwelijke/moederlijke wereld speelt hierin een belangrijke rol.

Volgens Rosolato (1969) brengt de symboliek van de stem niet zelden een vraag naar fusie met de preoedipale moeder tot uiting. Doordat Jan haar als emotioneel onbeschikbaar beleefde, blijft het verlangen naar de oor-

spronkelijke eenheid met moeder bij dit kind heel sterk aanwezig. In dat perspectief krijgt de derde figuur, de oudere man, nauwelijks een plaats. De angst dat deze man de jongen de sleutel – dé contactmogelijkheid met de andere, vrouwelijke wereld – zal afnemen, is te begrijpen als castratie-angst binnen een oedipale dynamiek. Maar, Jans specifieke oedipale dynamiek krijgt vorm vanuit de zeer conflictueus gebleven vraag naar rechtstreekse, ongemiddelde fusie met de preoedipale moeder. De angst door vader gecastreerd te worden is verweven met en overstemd door de angst moeder in het contact niet te kunnen behouden. Mede daardoor wordt de oedipale triangulatie in dit spelfragment weinig uitgewerkt, terwijl de vraag naar een duele relatie met moeder meer op de voorgrond treedt. Terzelfdertijd voelt Jan dat de oude man kan helpen om met de sleutel een relatie met de andere wereld aan te gaan. In de volgende sessies komt deze oedipale dynamiek aan bod en worden ermee verbonden identificaties, rivaliteiten en angsten geëxploreerd.

Jan is in deze fase van de therapie allerminst passief. Vader en stiefmoeder vertellen dat Jan thuis duidelijker en minder wisselvallig is. Jan rivaliseert nu ook meer met vader. Psychosomatische klachten komen nauwelijks nog voor. Ze zouden in mindere mate aan het einde van de therapie weer opkomen en verband houden met gevoelens rond separatie van de therapeut en rond rivaliteit met mannen zoals zijn vader en de therapeut.

## Klinisch vignet 2: psychosomatiek bij borderlineproblematiek

**Aanmelding** Leo (acht jaar) is aangemeld wegens extreme onbereikbaarheid, afgewisseld met plotselinge, hevige woedeaanvallen. Er zijn ook ernstige psychosomatische klachten: migraine, slaapstoornissen en braakneigingen.

**Anamnestiche gegevens** De ouders zijn ten tijde van de zwangerschap en de geboorte van Leo in een langdurige relationele crisis terechtgekomen, die ten slotte leidt tot een echtscheiding wanneer Leo drie jaar oud is. Achteraf zou vooral moeder voelen Leo in de vroegste interacties niet bereikt te hebben. Leo was in de eerste levensjaren veel ziek. Er werden in de kleuterklas reeds contactproblemen en aandachtsstoornissen opgemerkt.

**Diagnostisch beeld** Leo functioneert op borderlineniveau. Splitsing is sterk aanwezig, als poging om positieve, constructieve of liefdevolle zelf- en objectbeelden te vrijwaren tegen overrompeling door negatieve, destructieve of agressieve beelden. Leo blokkeert op de test van de affecttekeningen: gevoelens zijn bedreigend voor hem.

**Therapeutisch verloop**<sup>5</sup> Reeds in de eerste fase van de therapie blijkt het moeilijk om met Leo contact te krijgen. Hij weet niet wat te doen in de spelkamer en doodt de tijd met kaartspelen. Er komt bij mij een gevoel van moeheid en verving op. Ook op school staat Leo als een eenzaat aan de kant. Zijn psychosomatische klachten verminderen evenmin. Medicatie heeft nauwelijks effect.

Ik voel dat mijn contactaanbod weinig oplevert, zodat het risico ontstaat dat ik uit ontmoediging mijn belangstelling voor dit kind verlies. Ik voel bijvoorbeeld een zekere tegenzin om deze therapie te doen en vergeet regelmatig de inhoud van de vorige sessies. In de therapie dreigt hetzelfde te gebeuren als wat Leo elders meemaakt: men laat hem aan de kant staan en vindt hem een beetje bizar. Om dat te voorkomen, besluit ik tot een actiever contactaanbod. De borderlinetrekken van Leo vergen duidelijk een andere omgang met projectieve identificatie, tegenoverdracht en 'containment' dan de neurotische trekken bij Jan.<sup>6</sup>

Therapeut: 'Leo, het heeft precies tijd nodig vooraleer we mekaar hier vinden... Ik weet dat jij dat nog meemaakt... Af en toe zult ge zeker een idee hebben om te spelen met mij, en ik zal er interesse voor hebben. Ik zal jou er in het vervolg meer naar vragen omdat ik niet zou willen dat we hier elk op ons eigen blijven zitten, heel de tijd. En misschien gaan we dan ook begrijpen waarom dat nu nog zo dikwijls gebeurt dat jij misschien wel wilt samen spelen, maar dat niet vraagt aan mij.'

Er komt weinig verandering in de houding van Leo. Maar, er ontstaat ook iets nieuws: in zeer korte fragmenten zet hij een symbolisch spel op, zoals in sessie 18.

Leo speelt bij het kasteel van goede en slechte soldaten. Er blijken ineens ook slechten tussen de goeden te zitten. Daarom schieten ze ten slotte allemaal naar elkaar. De gedode slechte soldaten worden weer levend en wreken zich. Wanneer ik iets vraag over het spel, zegt Leo dat de soldaten geen tijd hebben om na te denken want dat ze dan zeker worden doodgeschoten.

Ten aanzien van de overspoeling door destructieve beelden voel ik een neiging om in te grijpen en de vicieuze cirkel van vernietiging te stoppen. Anderzijds wil ik dat niet te vlug doen, omdat Leo de kans moet krijgen zijn interne wereld te tonen. Het is voor Leo nooit duidelijk of iemand te vertrouwen of te wantrouwen is. Ik meen Leo in deze fase te helpen door hem te ondersteunen in bepaalde pogingen tot splitsing.

Therapeut: 'Het is heel lastig als ze nooit weten wie met hen of tegen hen is en als zelfs de goede soldaten ineens omslaan.'

Leo: 'Ja, ze moeten dag en nacht wakker blijven en zien of de slechten hen komen dood doen.'

Therapeut: 'Ik begrijp dat ze niet goed kunnen inslapen. We moeten maar eens zien te vinden wie er goed en wie er slecht is en ook hoe we die twee kampen van goeden en slechten uit elkaar kunnen houden.'



Leo: 'Ik maak een gracht rond het kamp van de goeden. Dan kunt ge de slechten beter zien van ver.'

In deze fase van de therapie blijkt dat Leo eigenlijk altijd hoofdpijn heeft, dag en nacht. De pijn in zijn lichaam kan op elk moment oncontroleerbaar opkomen, zoals de bedreiging en de destructie in zijn interne wereld die hij in sessie 18 uitdrukt in het oncontroleerbare opduiken van vernietigende soldaten.

In de volgende sessies treedt er in Leo's spel al af en toe een figuur op die positieve eigenschappen behoudt, zoals bijvoorbeeld in sessie 37:

Leo speelt een verhaal over de dokter die bij zijn patiënt (gespeeld door de therapeut) wordt geroepen. Eerst helpt de behandeling, maar nadien blijkt de dokter een gemene bedrieger die zijn patiënt gif inspuit. Daarna valt de interactie dokter-patiënt weg en speelt Leo alleen verder. Hij is een rare kwakzalver die heel ziek is en zichzelf moet genezen. Hij heeft echter onvoldoende sterke spuiten en geneest niet echt. Hij raakt tenslotte verslaafd aan zijn spuiten want dat is het enige wat even helpt. De spuiten zijn snel uitgewerkt. Hij moet zich steeds opnieuw en meer spuiten toedienen. Bij de aanvang van het fragment zien we een afhankelijkheidsrelatie ontstaan. Daarin treden na een tijdje moeilijkheden op. Uit afweer plooit de hoofdfiguur op zichzelf terug zonder echter uit de nood te geraken. Hij komt in de vicieuze cirkel van verslaving terecht.

Op het ogenblik dat Leo in de therapie een afhankelijkheidsrelatie begint te spelen, zijn de psychosomatische klachten niet meer alomtegenwoordig en ongrijpbaar. Hij vertelt over hoofdpijn die optreedt wanneer hij zich op een bepaalde plaats of in een bepaalde situatie bevindt. Hij kent momenten met hoofdpijn en momenten zonder hoofdpijn. In een vorige fase van de therapie zagen we Leo's poging om splitsing tot stand te brengen in zijn intrapsychische beelden, zoals bijvoorbeeld in de beschreven sessie 18 met de goede en de slechte soldaten. In sessie 37 vinden we daarvan een weerspiegeling in zijn lichaamsbeleving die eveneens splitst in goede (pijnloze) en slechte (pijnlijke) momenten. Leo geeft daarbij aan dat medicatie soms enig effect heeft. Op het ogenblik dat zijn pogingen tot splitsing succesvoller worden en afhankelijkheidsrelaties in beelden tot expressie worden gebracht, wordt zijn psychorelationele lichaam toegankelijker voor medicatie.<sup>7</sup> Als ik op dit moment doorvraag naar wat hij voelt of denkt op momenten van pijn, dan blijft Leo het antwoord schuldig.

In een volgende fase, rond de vijftigste sessie, zoekt Leo een uitgesproken positief gekleurde en geïdealiseerde band met mij. Ik weet best dat de negatieve verwachtingen ten aanzien van objecten – die in de vorige fase het aangaan van objectrelaties bemoeilijkten – nog niet geïntegreerd zijn. Anderzijds heeft het extreme verdringen van alle negativiteit als voordeel dat ik beter in contact kan blijven met Leo.

Er volgt daarna een beginnende integratie van negativiteit in de therapeuti-

sche relatie. Leo stelt zich nu tegenover mij zeer eisend op. Wanneer ik hieraan niet toegeef, verwijt hij me in sessie 65 dat ik een 'rotzak' ben waarnaar hij niet meer wil terugkeren. Toch zondert Leo zich niet af.

Hij vertelt meer uit de dagelijkse realiteit. We zien dat psychosomatische klachten optreden wanneer hij het lastig heeft in relaties.

Leo: 'We waren gestraft, maar het was de schuld van de anderen want ze waren niet op tijd in de klas terug. Zij moeten straf krijgen, ik niet!'

Therapeut: 'Waar was jij toen?'

Leo: 'Ik stond een beetje verderop tegen de muur.'

Therapeut: 'Weet je nog wat je toen dacht?'

Leo: 'Eh... nee... Toen de meester dan boos werd, had ik pijn in mijn buik. Ik heb pijn gehad tot ik de school uit was en onderweg naar hier.'

Leo schakelt zijn conflicterende gevoelens op een bepaald moment uit waardoor ze in lichamelijke symptomen tot uiting komen. Daarnaast kan hij tot op zekere hoogte betekenis geven aan het opkomen van de pijn. Hij weet nu niet enkel waar en wanneer hij buikpijn kreeg (zoals in de vorige fase), hij weet ook iets over het waarom.

Therapeut: 'Herinnert ge U nog het moment dat ge stond te kijken en dacht dat ge zoudt straf krijgen?'

Leo: 'Dat wel... Ik stond tegen een muurtje en de anderen zegden dat ze nog niet naar de klas gingen. Ik...ik...ik...ik wou niet te laat komen bij de meester. Ik dierf het niet zeggen tegen die onnozelaars, en toen is de meester gekomen en kwaad geworden' (heel opgewonden en blozend).

Geleidelijk beginnen we te begrijpen waarom de buikpijn op school is opgekomen: Leo durft niet in te gaan tegen de jongens van zijn klas. Hij vreest ook straf van de meester. Zijn spanning bij het vertellen toont dat hij zich lichamelijk aangegrepen voelt door de situatie. Voor dit lichamelijke gevoel vraag ik de aandacht.

Therapeut: 'Weet je nog het moment dat het voor jou te veel werd en je buikpijn begon te voelen?'

Leo: 'Ik voelde dat ik moest braken. Ik wou moeke.'

De interventie probeert dat aspect van de lichamelijk-affectieve ervaring te bereiken dat nog net draaglijk is en ervaren kan worden in een conflict. We merken tevens op dat Leo in deze sessie – in tegenstelling tot het begin van de therapie – objectrelaties aanwendt om de moeilijke gevoelens een plaats te geven. Hij zegt: 'Ik wou moeke' en: 'De pijn heeft geduurd tot ik naar hier (therapeut) kwam.' We zien bij Leo gelijktijdige veranderingen op verschillende niveaus: zijn lichamelijke (zelf)ervaring waarin niet langer alleen maar pijn en onlust aanwezig zijn, intrapsychische representaties waarin beelden van het zelf en van de ander niet meer onmiddellijk door negativiteit overspoeld worden, zijn interrelationele houding met meer beroep doen op anderen en, ten slotte, zijn psychosomatische evenwicht waarbij de symptomen afnemen of vaker zinvol ingekaderd kunnen worden. Giovacchini (1993a, 1993b) en Spezzano (1993) noemen dit belangrij-

ke indicaties voor therapeutische progressie bij preneurotische stoornissen.

In de afsluitende fase van dergelijke therapieën kunnen psychosomatische klachten zeer massaal voorkomen (Bercherie 1992). Separatie van de therapeut roept eens te meer gevoelens op die het kind moeilijk kan verdragen. Het verband tussen de gevoelens die aan het einde van de therapie onbeleefbaar zijn en het optreden van psychosomatische klachten dient telkens te worden gelegd. Dan kunnen de psychosomatische klachten vertaald worden naar het veld van de psychische betekenissen. Zodoende blijven de resultaten van de therapie behouden, ondanks de moeilijkheden die eigen zijn aan de afsluitende fase (Claes & Cluckers 1994, Vliegen & Cluckers 1996).

## Besluit

Wanneer beide kinderen tot een nieuwe ervaring van hun lichamelijkheid komen (steungevende aspect) en deze nieuwe ervaring verder geduid kan worden (inzichtgevende aspect), nemen hun psychosomatische klachten af.<sup>8</sup>

De nieuwe ervaring met het lichaam als affectief object bestaat erin dat op conflictueuze momenten het lichamenlijk-affectieve ervaren niet buitengesloten wordt, maar als een belangrijke (zelf)expressie en als mededeling aan de ander een plaats krijgt (De Tollenaere 1975, Monthaye 1994). Het steungevende aspect in beide besproken therapieën is gelegen in de erkenning dat het lichaam iets uitdrukt en meedeelt over het zelf in relatie tot anderen. Taal heeft op deze momenten vooral de functie om bij dat zich uitdrukkende en zich meedelende lichaam stil te staan, er ruimte voor te creëren, zelfs al spreekt het lichaam in pijn, symptomen of vage en beangstigende gewaarwordingen. Dat is volgens Plassmann (1993) de eerste stap in het proces van 'wieder Anfreundung mit dem eigenen Körper'.

Het inzichtgevende therapeutische werk bestaat uit een verdere inkadering van en betekenisgeving aan deze nieuwe ervaring met het gevoelde lichaam. Nathan (1994) geeft aan dat eerst een 'materieel kader' gevonden wordt: waar? wanneer? in welke situatie is er dat gevoel? Vervolgens wordt een 'psychisch kader of betekenis' gevonden: waarom is er daar-en-toen en/of hier-en-nu dat gevoel? Taal heeft nu een andere functie: het in woorden vatten of betekenen van het lichamenlijk ervaren affect.

Terwijl de steungevende aspecten erkenning vragen voor het gegeven dát iets zich uitdrukt en meedeelt in het affectief ervaren lichaam, houden de inzichtgevende aspecten verband met wát zich uitdrukt en meedeelt: de betekenis van deze lichamenlijk-affectieve expressie en communicatie.

In beide klinische vignetten is het belang van de aanvankelijk lichamenlijk gevoelde tegenoverdracht duidelijk geworden. In de therapie van Jan wijst de tegenoverdracht naar de depressieve machteloosheid en wanhoop over de vroege beleving dat de depressieve ander, nadat het contact is opge-

bouwd, steeds weer kan wegglijden uit dat contact zonder dat men daarover enige controle heeft. Jan heeft problemen om contact met iemand te behouden. In de therapie met Leo wijst de tegenoverdracht naar een onvermogen om contact op te bouwen. Bij beide kinderen nemen problemen in de contactsfeer, zij het op een ander niveau (contact maken versus contact behouden), een prominente plaats in.<sup>9</sup>

Het voor therapie bij psychosomatische klachten vaak geformuleerde therapeutische middel van 'woorden vinden voor affecten' is ten eerste adequaat en nodig, maar behoeft een aanvulling: het herstel van de band met het gevoelde, levende lichaam. Dat is niet louter een talig gebeuren. De klinische vignetten van dit artikel maken hierover drie bedenkingen mogelijk. Ten eerste, met een lichamelijkheid die niet louter talig is, bedoelen we dat niet alles tot de taal te reduceren is. Ruimte maken voor het affectief ervarende lichaam is iets anders dan het zoeken van betekenissen voor dat ervaren lichaam.

Ten tweede, 'niet louter talig' betekent evenmin 'buiten de talige orde'. Het lichamenlijk-affectieve ervaren vindt immers niet plaats zonder openheid voor of gerichtheid op talige verwerking. Ruimte maken voor het affectief ervaren lichaam gebeurt ook met taal, al hebben we getoond dat de taal hier een andere functie heeft dan bij het zoeken naar betekenissen voor het affectieve ervaren.

Ten derde, talige zingeving aan affecten gebeurt evenmin buiten de band met het lichamenlijke ervaren. Taal en lichaam zijn in het hele affectieve proces met elkaar verweven. Deze dynamische verknoping van lichamenlijkheid en taal, is bij psychosomatische klachten 'in de knoop' of 'verstrikt' geraakt (Devisch 1995, Schapp 1953). Dan gebruikt men taal die niet meer doordrongen is van haar oorsprong: het affectief ervaren lichaam. En men vertoont een lichamenlijkheid die niet langer gekenmerkt wordt door *geest-drift* (Devisch 1993).<sup>10</sup> Het ervaren lichaam wordt niet bereikt en geboetseerd door de taal (Vergote 1966, p. 145), het wordt niet meer beleefd als drager van wensen (Erskine & Judd 1995) en genereert geen affectieve betekenissen meer (Roux 1984).

## Noten

1. Voor een visie op individuele kinderpsychotherapie en ouderbegeleiding als twee centrale pijlers van de behandeling, zie onder meer: Stiers & Cluckers (1996).

2. In dit artikel wordt bij de *beschrijving van het therapeutisch materiaal* 'ik' gebruikt voor 'de therapeut'. In de casus Jan is Patrick Meurs zowel de kindertherapeut als de ouderbegeleider. Wanneer 'we' gebruikt wordt, dan zijn beide auteurs van het artikel – Patrick Meurs en

Gaston Cluckers – aan het woord in *een reflectie op het beschreven therapeutische materiaal*.

3. Schilderen en tekenen kunnen een belangrijk expressiemiddel zijn in analytische therapie, volgens Smis (1989), Brakel (1993), Verschueren (1994) en Meykens & Cluckers (1996).

4. Over de thematiek van de vrouwelijkheid, zie ook: Meurs (1989) en Meurs & Corveleyn (1990).

## Lichamelijkheid en affect bij psychosomatiek

Patrick Meurs, Gaston Cluckers

5. In de casus Leo is Patrick Meurs de kindertherapeut en Hubert Stiers de ouderbegeleider. Met dank ook aan dr. W. Smis voor de supervisie van beide individuele kindertherapieën.

6. Alvarez (1993, p. 54-56) beschrijft het belang van een actiever contactaanbod bij pre-oedipale stoornissen. Aanvankelijk werkt ze dit uit voor kinderen met een psychotische persoonlijkheid. Later (Alvarez 1996) specificeert ze dit voor borderlineproblematieken.

Op momenten van grote wanhoop kan ik Jan relatief vlug de betekenis van zijn moeilijkheden meedelen. Hij blijft als Ik bereikbaar. Bij Leo dient de therapeut aanvankelijk actiever te tonen dat hij er is. Aldus kan, binnen het kader van een actief aangeboden relatie, aan Ik-opbouw worden gedaan. De Ik-kern die bij Leo daardoor versterkt wordt, komt slechts stilaan in de mogelijkheid diepe-

re betekenissen rond zijn contactprobleem op te nemen.

7. Martens (1984) benoemt de psychorelationele component van medicatie: 'le médicament comme médi-mama-nt'.

8. Zie ook: De Jonghe e.a. (1992) voor hun visie op steungevende/inzichtgevende therapie.

9. De contactsfeer is door Imre Hermann (1936) uitvoerig beschreven. Zijn werk inspireerde Szondi om de contactsfeer tot één van de vier grote vectoren in zijn test te maken. Met dank aan prof. dr. J. Schotte (1993) voor zijn uiteenzetting over dit onderwerp.

10. Prof. dr. R. Devisch (1993) toont dat 'geest-drift' één van de woorden is die het best de verwevenheid van het psychische en het somatische register tot uiting brengt. Hij bestudeerde 'het geestdriftige lichaam' bij de Yaka van Zaïre die daarvoor het concept 'mooyi' gebruikten.

## Literatuur

Alvarez, A. (1993), *Live Company. Psychoanalytic Psychotherapy with autistic, borderline, deprived and abused Children*. Routledge, London/New York.

Alvarez, A. (1996), Different uses of the countertransference with neurotic, borderline and psychotic patients. In: J. Tsiantis (Ed.), *Countertransference in psychoanalytic psychotherapy with children and adolescents*. Karnac Books, London, p. 111-123.

Anzieu, D. (1976), *L'enveloppe sonore du Soi*. *Nouvelle Revue de Psychanalyse française*, 13, p. 161-179.

Assoun, P.-L. (1983), *Freud et la femme*. Calmann-Lévy, Parijs.

Bercherie, P. (1992), A propos des troubles somatiques de fin de cure. *Psychanalyse à l'Université*, 17, p. 27-53.

Brakel, L. (1993), Shall drawing become part of free association? Proposal for a modification in psychoanalytic technique. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 41, p. 359-394.

Breton, D. le (1995), *Anthropologie de la douleur*. Métailié, Parijs.

Claes, E. & G. Cluckers (1994), Het einde van een psychotherapie als ervaring van gemis en

verlies. Belichting vanuit het concept 'depressieve positie' van Melanie Klein. In: G. Cluckers (Red.), *Gemis en verlies vanuit psychoanalytisch perspectief*. Garant, Leuven/Apeldoorn, p. 61-86.

Cluckers, G. (1989), Containment in de therapeutische relatie: de therapeut als drager en zingever. In: H. Vertommen, G. Cluckers & G. Lietaer (red.), *De relatie in therapie*. Universitaire Pers, Leuven, p. 49-64.

De Tollenaere, M. (1975), Naar de oorsprong van de taal. *Tijdschrift voor Wijsbegeerte*, 16, p. 185-207.

Devisch, R. (1993), *Weaving the Threads of Life. The gyn-eco-logical healing cult among the Yaka*. Chicago University Press, Chicago.

Devisch, R. (1995), L'engendrement libidinal du sens en milieu Yaka du Zaïre. *Religiologiques*, 12, p. 83-110.

Erskine, A. & D. Judd (1995), *The Imaginative Body: Psychodynamic Therapy in Health Care*. Jason Aronson, Northvale.

Flavigny, R. (1987), La langue maternelle. Dyade, échoïsation et idiolecte. *Psychanalyse à l'Université*, 13, p. 609-626.

Giovacchini, P. (1993a), Treatment Issues

## Lichamelijkheid en affect bij psychosomatiek

Patrick Meurs, Gaston Cluckers

with Borderline Patients and the Psychosomatic Focus. *American Journal of Psychotherapy*, 47, p. 228-254.

Giovacchini, P. (1993b), *Borderline Patients, the Psychosomatic Focus and the Therapeutic Process*. Jason Aronson, New York.

Green, A. (1983), *La mère morte*. In: A. Green, *Narcissisme de vie, narcissisme de mort*. Minuit, Parijs, p. 229-253.

Hermann, I. (1936), *Sich anklammern, auf-Suche-gehen*. *Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse*, 22, p. 349-370.

Jacobs, T. (1990), *The Use of the Self. Countertransference and Communication in the analytic Situation*. International Universities Press, Madison.

Jonghe, F. de, P. Rijnierse & R. Janssen (1992), *The Role of Support in Psychoanalysis*. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 40, p. 475-499.

Kramer, S. & S. Akhtar (1996), *When the Body Speaks: Psychological Meanings in Kinetic Clues*. Jason Aronson, Northvale.

Manzano, J. (1985), *Les modèles infantiles du transfert psychosomatique*. *Bulletin de la Société Suisse de Psychanalyse*, 20, p. 2-11.

Maroda, K. (1991), *The Power of Countertransference*. *Innovations in Analytic Technique*. John Wiley & Sons, Chichester.

Maroda, K. (1995), *Projective Identification and Countertransference Intervention: Since Feeling is First*. *Psychoanalytic Review*, 82, p. 229-248.

Martens, F. (1984), *Effet Placebo et Transfert*. *Psychanalyse*, 1, p. 38-58.

McDougall, J. (1989), *Theatres of the Body. A Psychoanalytic Approach to Psychosomatic Illness*. Free Association Books, London.

Meurs, P. (1989), *De vrouwelijkheid in de recente Franse psychoanalytische literatuur*. Niet uitgegeven licentiaatsverhandeling klinische psychologie, Faculteit der Psychologie en Pedagogische Wetenschappen, KU Leuven, onder leiding van prof. dr. J. Corveleyn.

Meurs, P. & J. Corveleyn (1990), *Oude vragen, nieuwe antwoorden*. *Recente Franse psychoanalytische literatuur omtrent vrouwelijkheid*. *Psychoanalyse*, 6, p. 109-120.

Meurs, P. & G. Cluckers (1996), *Lichamelijkheid en affect bij psychosomatiek*. *Tijdschrift voor Psychoanalyse*, 2, p. 68-83.

Meykens, S. & G. Cluckers (1996), *Kindertekeningen in ontwikkelingspsychologisch en diagnostisch perspectief*. Acco, Leuven.

Monthaye, M. (1994), *Lichaamswerk in psychotherapie: van structuur naar inhoud*. In: G. Cluckers (Red.), *Andere therapeuten, andere wegen. Variaties op het thema Ik-Steun*. Garant, Leuven/Apeldoorn, p. 103-126.

Nathan, T. (1994), *L'influence qui guérit*. Odile Jacob, Parijs.

Natterson, J. (1991), *Beyond Countertransference. The Therapist's Subjectivity in the Therapeutic Process*. Jason Aronson, Northvale.

Nicolaïdis, N. (1979), *Le Message de la Différence*. *Revue française de Psychanalyse*, 43, p. 409-419.

Pirotte, V. (1993), *'Ik voel, ik voel wat jij niet voelt.'* Het concept 'projectieve identificatie': een theoretische situering en praktijkillustratie. Niet uitgegeven specialisatieverslag voor de postgraduaat opleiding in psychodynamische kindervertherapie, onder leiding van prof. dr. G. Cluckers, Faculteit der Psychologie en Pedagogische Wetenschappen, KU Leuven.

Plassmann, R. (1993), *Organwelten: Grundriss einer analytischen Körperpsychologie*. *Psyche*, 47, p. 261-282.

Rosolato, G. (1969), *Essais sur le Symbolique*. Gallimard, Parijs, p. 287-305.

Roux, M.-L. (1984), *Corps affectés et désaffectés*. *Revue française de Psychanalyse*, 48, p. 1473-1484.

Schaefer, C., H. Millman & G. Levine (1995), *Therapies for Psychosomatic Disorders in Children*. Jason Aronson, Northvale.

Schapp, W. (1953), *In Geschichten verstrickt: Zum Sein von Mensch und Ding*. Klostermann, Frankfurt-am-Main.

Schotte, J. (1993), *Onuitgegeven cursusnota's van de colleges Bijzondere Vraagstukken in de Sexuele Psychopathologie, licenties Familie en Sexuologische Wetenschappen, KU Leuven*. (Academiejaar 1992-1993: *De paroxysmale mens in het werk van L. Szondi*).

Smis, W. (1989), *Schilderen in psychotherapie: op zoek naar betekenis en gebruik*. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek, Kinderpsychiatrie en Klinische Psychologie*, 19, p. 176-186.

Spezzano, C. (1993), *Affect in Psychoanalysis. A clinical Synthesis*. The Analytic Press, Hillsdale.

Stiers, H. & G. Cluckers (1996), Kindertherapie in elk gezin? Indicatiestelling voor individuele kinderpsychotherapie vanuit gezinsdynamisch perspectief. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 22, p. 227-243.

Vergote, A. (1966), Psychoanalyse en filosofische antropologie. In: W. Huber, H. Piron & A. Vergote (Red.), *Psychoanalyse, wetenschap van de mens*. De Nederlandsche Boekhandel, Antwerpen, p. 123-218.

Verschueren, R. (1994), Tekening en sexueel trauma bij kinderen. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek, Kinderpsychiatrie en Klinische Kinderpsychologie*, 20, p. 12-24.

Vliegen, N. & G. Cluckers (1996), Waar wegen scheiden... Pijn en rijkdom van separatiemomenten in psychodynamische kinderpsychotherapie. *Kinder- en Jeugdpsychotherapie*, 22, p. 177-194.

## Summary

In this article on the treatment of psychosomatic disorders in children, the impact of bodily felt countertransference on the patient's facility for primitive affective communication is described. Countertransference feelings are an important indicator for the confusing and often foreclosed affects of the patient. If the therapist can contain the feelings foreclosed by the patient, then these feelings can be reintegrated by the patient in a less overwhelming and hence more constructive and meaningful way.

Two aspects of psychoanalytic psychotherapy with psychosomatic patients require attention. First, there is the process of coming to feel the vital and living body as an affective object. Second, there is the finding of meaning for this affectively sensed body. In both aspects, body and language are interwoven.

The present article illustrates these two aspects in the therapeutic processes concerning two children, both suffering from psychosomatic illness, but with different traits: the one neurotic, the other borderline.