

KATHOLIEKE UNIVERSITEIT LEUVEN

FACULTEIT PSYCHOLOGIE EN
PEDAGOGISCHE WETENSCHAPPEN

Afdeling Psychotherapie en Dieptepsychologie

**Definiëring en empirische toetsing van de eigenheid van
Haptotherapie als lichaamsgerichte therapievorm.**

Verhandeling aangeboden tot het
verkrijgen van de graad van
Master in de Psychologie
door
Anky De Frangh

o.l.v. Prof. Dr. Mia Leijssen

Samenvatting

Deze thesis handelt over haptotherapie, over de eigenheid ervan zoals gedefinieerd door haptotherapeuten zelf en over een mogelijke effect van deze therapievorm.

In hoofdstuk 1 wordt allereerst de ontstaansgeschiedenis van haptotherapie belicht. Vervolgens wordt er dieper ingegaan op de doelgroep waar deze therapievorm zich op richt en ook de huidige wettelijke situatie in Nederland wordt uit de doeken gedaan. Het theoretisch kader dat aan de grondslag ligt van deze therapie wordt uitvoerig toegelicht en ook de praktijk van haptotherapie wordt kort voorgesteld.

Hoofdstuk 2 beschrijft wat, volgens experts en literatuur, haptotherapie uniek maakt. Vervolgens worden de verschillende hypothesen die in dit onderzoek getoetst zullen worden, voorgesteld. Er zijn twee categorieën van hypothesen. De eerste gaat na welke interventies mogelijk uniek zijn aan haptotherapie. Het bewerkstelligen van contact tussen therapeut en cliënt, het verwoorden van lichamelijke ervaringen van cliënten alsook het empathisch vermogen van haptotherapeuten worden vergeleken met andere lichaamsgerichte therapieën. Een tweede categorie kijkt naar mogelijk effect. Een laatste hypothese stelt dat er meer openheid komt wanneer iemand haptotherapie volgt en ook dat dit effect groter is in vergelijking met andere lichaamsgerichte therapieën.

In hoofdstuk 3 wordt de methode van het onderzoek besproken. Eerst wordt het project 'Helpende en storende processen in therapie' toegelicht. Vervolgens komen de populatie, meetinstrumenten en predicties van het huidige onderzoek aan bod.

Hoofdstuk 4 en 5 bevatten de resultaten van de data-analyses en de bespreking van het huidige onderzoek. Er wordt geen evidentie gevonden voor een verband tussen het aanraken van de cliënt en het bewerkstelligen van contact tussen therapeut en cliënt. Er wordt geen evidentie gevonden voor een verband tussen lichamelijke gewaarwordingen en het verwoorden ervan. Er wordt geen evidentie gevonden voor een verschil in empathie tussen haptotherapeuten en andere lichaamsgerichte therapeuten. Er wordt slechts beperkte evidentie gevonden voor een grotere mate van openheid bij cliënten van haptotherapie in vergelijking met cliënten van andere therapievormen.

Woord van dank

Graag wil ik iedereen bedanken die op één of andere manier bijgedragen heeft tot het voltooien mijn eindverhandeling.

Dank aan mijn promotor, Prof. Mia Leijssen. Bedankt om me de vrijheid en de mogelijkheid te bieden om me in dit onderwerp te verdiepen.

Bijzonder veel dank aan Mathias Dekeyser, doctoraatsstudent aan het Departement Psychotherapie en Dieptepsychologie. Bedankt voor je eeuwige geduld, je goede raad, je suggesties, je hulp en je bereidheid om mijn vele vragen te beantwoorden.

Verder wil ik Els Plooi en Bob Boot bedanken die me de kans hebben gegeven me meer te verdiepen in de haptotherapie en me ook een paar sessies in de praktijk hebben laten volgen. Dank aan alle haptotherapeuten die op een of andere manier hebben meegewerkt en bijgedragen aan dit onderzoek. Jullie nauwe betrokkenheid was steeds een stimulans om door te gaan.

Dank voor de kritische lezing en suggesties voor de verbetering van mijn teksten aan Mathias Dekeyser, Mia Leijssen en mijn moeder.

Dank aan mijn ouders, mijn broer en mijn vrienden die er voor gezorgd hebben dat ik in de best mogelijke omstandigheden aan deze eindverhandeling heb kunnen werken.

Inhoudsopgave

INLEIDING	1
------------------------	----------

HOOFDSTUK 1. HAPTONOMIE EN HAPTOTHERAPIE	3
---	----------

1.1	ONTSTAANSGESCHIEDENIS	3
1.1.1	Haptonomie	3
1.1.2	Opleidingen	5
1.2	DOELGROEP	6
1.3	THEORETISCH KADER	7
1.3.1	Voelen en emoties.....	8
1.3.2	Bestaanswijzen en zijnswijzen.....	11
1.3.3	Voelen en bewegen.....	14
1.3.3.1	<i>De basis</i>	15
1.3.4	Contact	16
1.3.4.1	<i>De rationele vermogens: assensus en circumsensus</i>	17
1.3.4.2	<i>De affectieve vermogens: persensus, transsensus en consensus</i>	18
1.3.5	Voelen en verstand	19
1.4	TECHNIEKEN.....	20
1.4.1	Haptotherapie.....	20
1.4.2	De praktijk.....	22
1.4.3	Tot besluit	25
1.5	WETTELIJKE SITUATIE	26

HOOFDSTUK 2. WAT MAAKT DEZE THERAPIE UNIEK?.....	28
---	-----------

2.1	INFORMATIE UIT LITERATUUR	28
2.2	INFORMATIE UIT OVERLEG MET EXPERTS	29
2.3	HYPOTHESEN	30

HOOFDSTUK 3. METHODE	33
-----------------------------------	-----------

3.1	HET PROJECT "HELPENDE EN STORENDE PROCESSEN IN THERAPIE"	33
3.1.1	Werkwijze.....	33
3.1.1.1	<i>Intake van de therapeut (Meetmoment 0)</i>	34
3.1.1.2	<i>Intake van de cliënt (Meetmoment 1)</i>	34
3.1.1.3	<i>Observatie van een sessie (Meetmoment 2)</i>	34
3.1.1.4	<i>Nameting (Meetmoment 3)</i>	34
3.2	POPULATIE.....	35
3.3	MEETINSTRUMENTEN	36
3.3.1	Body-Oriented Activity Scale for Therapists (BA-T)	36
3.3.2	Kentucky inventory of Mindfulness Skills (KIMS).....	36
3.3.3	De Focusing Oriented Session Report (FOSR)	37
3.3.4	Therapist ratings of client focusing activity (TRCFA)	37
3.3.5	Helpful Aspects of Therapy (HAT)	37

3.4	PREDICTIES	38
3.4.1	Interventies	39
3.4.2	Effect	40
3.5	WERKWIJZE BIJ HET VERWERKEN VAN KWALITATIEF MATERIAAL	40
HOOFDSTUK 4. RESULTATEN		44
4.1	INTERVENTIES	44
4.1.1	De aanrakingen in haptotherapie zijn steeds gecombineerd met contact maken tussen de therapeut en cliënt.	44
4.1.1.1	<i>Kwalitatieve data</i>	44
4.1.1.2	<i>Kwantitatieve data</i>	48
4.1.2	De interventies in haptotherapie zijn gericht op een combinatie van lichamelijk gewaarworden en het verwoorden of uitdrukken daarvan.	50
4.1.3	Haptotherapeuten gebruiken empathie op een andere, meer fysieke manier in contact met hun cliënten dan andere lichaamsgerichte therapeuten.	51
4.2	EFFECT	51
4.2.1	Bij cliënten van haptotherapeuten komt er doorheen de therapie meer openheid voor het eigen lichaam en de eigen gevoelens dan bij andere lichaamsgerichte therapieën.	51
HOOFDSTUK 5. BESPREKING RESULTATEN		54
5.1	INTERVENTIES	54
5.1.1	De aanrakingen in haptotherapie zijn steeds gecombineerd met contact maken tussen de therapeut en cliënt.	54
5.1.2	De interventies in haptotherapie zijn gericht op een combinatie van lichamelijk gewaarworden en het verwoorden of uitdrukken daarvan.	56
5.1.3	Haptotherapeuten gebruiken empathie op een andere, meer fysieke manier in contact met hun cliënten dan andere lichaamsgerichte therapeuten.	57
5.2	EFFECT	57
5.2.1	Bij cliënten van haptotherapeuten komt er doorheen de therapie meer openheid voor het eigen lichaam en de eigen gevoelens dan bij andere lichaamsgerichte therapieën.	57
5.3	BEPERKINGEN VAN HET ONDERZOEK	58
5.4	AANBEVELINGEN VOOR TOEKOMSTIG ONDERZOEK	59
BESLUIT		62
REFERENTIES		65

Bijlagen

Bijlage 1: Body-Oriented Activity Scale for Therapists (BA-T)

Bijlage 2: De Focusing Oriented Session Report (FOSR)

Bijlage 3: Therapist ratings of client focusing activity (TRCFA)

Bijlage 4: Helpful Aspects of Therapy (HAT)

Lijst tabellen

Tabel 1: Frequentie van verwijzingen naar aanraking voor de Haptogroep en de niet-Haptogroep45

Tabel 2: Frequenties van doelstellingen opgegeven bij aanraking.....46

Tabel 3: Gemiddelde scores op de subschalen van de BA-T en significantie van het verschil tussen gemiddelden voor de Haptogroep en de niet-Haptogroep.....47

Tabel 4: Correlaties tussen de subschalen Sturing en Psychologisch contact van de BA-T voor de Haptogroep en de niet-Haptogroep en verschil tussen de correlaties.....47

Tabel 5: Correlaties tussen de subschalen Psychologisch contact, Gewaarworden en Expressie van de BA-T voor de Haptogroep en de niet-Haptogroep en verschil tussen de correlaties 48

Inleiding

Voor ik aan deze verhandeling begon had ik nog nooit gehoord van haptotherapie. Oorspronkelijk wilde ik me verdiepen in danstherapie. Vermits ik zelf een danser en dansdocente ben, was het een onderwerp dat me erg interesseerde. Mia Leijssen vertelde me dat zij reeds een studente begeleidde rond deze therapievorm. Ze vertelde me ook dat ze nog een voorstel had liggen dat, net als danstherapie, te maken had met lichaamsgericht werken. Zo kwam ik, ondertussen vier jaar geleden, voor de eerste keer in aanraking met het begrip haptotherapie. Aanvankelijk was ik teleurgesteld dat ik mijn eigen onderwerp niet kon uitwerken, maar al gauw wekte haptotherapie mijn interesse en heb ik me er met veel plezier en nieuwsgierigheid in verdiept.

Al snel werd mijn studie betrokken in een breder gestructureerd onderzoek. Het betrof het doctoraatsonderzoek van Mathias Dekeyser naar 'Helpende en storende processen in de lichaamsgerichte psychotherapie'. Dit had natuurlijk het voordeel dat ik ook over de data van dit onderzoek kon beschikken. Een nadeel was dat ik niet zelf kon kiezen welke data er verzameld werden. Ik ben blij dat ik de kans heb gehad om mee te werken aan dit doctoraatsproject. Het was boeiend om de visie van zowel de cliënt als de therapeut op hun begeleiding te kunnen bekijken. Ook het persoonlijk contact met de therapeuten en met enkele cliënten was zeer leerrijk. Niet alleen voor mezelf als psycholoog, maar ook voor mezelf als persoon. Het was ook heel interessant om eens een blik achter de schermen van zo'n groot doctoraatsonderzoek te kunnen werpen. Het project heeft veel tijd en inzet gevergd, veel telefoontjes en bezoeken aan Nederland, maar dankzij dit doctoraatsproject is mijn verhandeling geworden wat zij nu is. Zonder dit project was ik waarschijnlijk nooit zo vlot aan data gekomen en was mijn verhandeling misschien beperkt gebleven tot een literatuurstudie.

In mijn eigen onderzoek wil ik nagaan wat de eigenheid van haptotherapie is, vergeleken met andere lichaamsgerichte therapieën.

Het eerste hoofdstuk beschrijft wat haptotherapie inhoudt. De ontstaansgeschiedenis ervan wordt belicht. De doelgroep waar deze therapievorm zich op richt en ook de huidige wettelijke situatie in Nederland komen uitgebreid aan bod. Het theoretisch kader dat aan de grondslag ligt van deze therapie wordt uitvoerig toegelicht en ook de praktijk van haptotherapie wordt kort voorgesteld.

In het tweede hoofdstuk wordt beschreven wat, volgens experts en literatuur, haptotherapie uniek maakt. Op basis daarvan worden de verschillende hypothesen die in dit onderzoek getoetst zullen worden, geformuleerd.

In het derde hoofdstuk wordt de methode van het onderzoek besproken. Eerst wordt het project 'Helpende en storende processen in therapie' toegelicht. Vervolgens komen de populatie, meetinstrumenten en predicties van het huidige onderzoek aan bod.

Het vierde hoofdstuk bevat de resultaten van de verschillende analyses en deze worden uitvoerig besproken in hoofdstuk vijf.

In het laatste deel wordt een algemene bespreking van dit werkstuk gegeven.

Hoofdstuk 1. Haptonomie en Haptotherapie

1.1 Ontstaansgeschiedenis

De haptotherapie zoals Nederland die nu kent vindt haar oorsprong bij Frans Veldman in de jaren vijftig van de twintigste eeuw. Veldman baseerde zijn ideeën op zijn ervaringen als fysiotherapeut en op de vaststelling dat de mens steeds meer vervreemdt van zichzelf en dat er minder en minder aandacht is voor gevoelens. Tegenwoordig wenst Frans Veldman echter niet meer geassocieerd te worden met fysiotherapie.

1.1.1 Haptonomie

De technologische ontwikkelingen en mogelijkheden die zich in de naoorlogse jaren voordeden zorgden voor een verzakelijking van de (Westerse) maatschappij en van de menselijke omgang. Het streven naar effectiviteit en efficiëntie werd een belangrijk doel en ook de omgang met andere mensen lijkt steeds meer aan deze criteria te moeten voldoen. Met de huidige computertechnologie wordt de omgang met anderen ook meer elektronisch, zonder enig gevoel. Het ik-denken staat boven alles, maar daarbij wordt het contact met anderen uit het oog verloren. Men verliest steeds meer het contact met zijn omgeving en ook met zichzelf. Er is geen tijd om stil te staan bij gevoelens want alles moet snel en efficiënt gebeuren. Er is ook geen tijd meer om te luisteren naar het eigen lichaam. Klachten en signalen die het geeft worden genegeerd of niet bewust ervaren, zodat men toch maar verder kan gaan met belangrijkere zaken. Dit alles leidt ertoe dat de mens vervreemdt van zichzelf en van zijn gevoelens. Hij weet niet meer wat hij voelt of wat hij wil; hij weet niet meer wie hij is. (Boot, 2004; Plooi, 2005)

Zijn ervaringen als fysiotherapeut leerden Veldman dat een goede aanraking een persoon ook in diens gevoelens raakt. Een goede aanraking is er dan één waarbij je een belangeloze betrokkenheid laat voelen aan de ander. Een aanraking die enkel en alleen

de intentie heeft om de ander te ontmoeten en niets terugverlangt. Een aanraking die de ander bevestigt ('je mag er zijn zoals je bent') en uitnodigend is. Op die manier wordt niet enkel het lichaam of het te behandelen lichaamsdeel aangeraakt, maar de mens in heel zijn wezen. Veldman ontdekte in zijn praktijk dat deze manier van aanraken het lichaam van de ander ontspant en verzacht en daarenboven ook dat van de behandelaar. In goed contact is er dus sprake van wederkerigheid. Dat geldt overigens niet alleen voor puur lichamelijk contact. Denk maar aan het verschil tussen een gesprekspartner die oprecht geïnteresseerd is in jou en jouw verhaal of een gesprekspartner die enkel werktuiglijk vraagt 'hoe gaat het?' zonder iets anders terug te verwachten dan 'goed'. De eerste zal een veel oprechter en uitgebreider antwoord krijgen dan de laatste die ook werkelijk een automatisch 'goed' te horen krijgt (Boot, 2004).

In zijn therapie gebruikt Veldman dus deze manier van aanraken en probeert zo mensen – opnieuw – in contact te brengen met hun gevoelens. Het 'gevoelde lichaam' wordt centraal gesteld en ontspant zich, waardoor de patiënt zich bewust kan worden van dat lichaam en van de gevoelens die er in huizen (Boot, 2004).

In diezelfde jaren vijftig predikte professor Duynstee, in navolging van Thomas van Aquino, het belang van ruimte geven aan gevoelens zonder daarbij de redelijkheid uit het oog te verliezen. Tot die tijd primeerde het belang van de rede op de emotie. Eén van Duynstees medestanders was Anna Terruwe, waarmee Veldman veel contact had. Zij benadrukte het belang van affectiviteit in tegenstelling tot effectiviteit in onze levenshouding, alsook het belang van bevestiging voor de affectieve ontwikkeling van de mens. Terruwe was degene die Veldman de naam 'psychotactiele therapie' voorstelde (Boot, 2004; Plooi, 2005).

In die periode veranderde ook het denken over de menselijke lichamelijkheid. Tot dan overheerste het idee van Descartes. Lichaam en geest waren voor hem twee van elkaar gescheiden delen. Het lichaam was een machine, de geest zorgde dat de mens een wil, gevoelens en gedachten had. De Franse filosoof en fenomenoloog Merleau-Ponty wees

deze visie radicaal af. Veldman liet zich beïnvloeden door hem en door professor Buytendijk, die de visie van de filosoof in Nederland introduceerde. Het menselijke lichaam is voor Veldman meer dan een ding; het lichaam is bezield. Daarmee is het filosofisch fundament van de haptonomie gelegd (Boot, 2004; Plooi, 2005).

In 1962 veranderde Veldman de naam van zijn therapie definitief in haptonomie. De term 'psychotactiel' benadrukte voor hem nog te veel een tweedeling tussen psyche en lichaam terwijl hij er van overtuigd is dat hij de mens in zijn totaliteit aanraakt (Plooi, 2005). Het gaat niet alleen om aanraking met zijn handen, maar om een aanraking, een ontmoeting tussen mensen. De term haptotherapie is samengesteld uit 'hapsis' (Grieks voor tast, gevoel of gevoelsbeleving) en 'nomos' (Grieks voor wet, regel of het geheel van wetmatigheden). "*Haptonomie behelst dus de beschrijving van de wetmatigheden omtrent voelen en aanraken, in alle menselijke omstandigheden en in de onderlinge communicatie*" (Boot, 2004, p. 17). Of zoals Veldman de term zelf omschreef: de wetenschap van de affectiviteit. Haptotherapie is dan de therapeutische toepassing van die wetenschap. Voor meer uitgebreide informatie kan men terecht op de website www.kenniscentrumhaptonomie.nl.

1.1.2 Opleidingen

In 1964 richt Veldman de Academie voor Haptonomie en Kinesionomie (AvHK) op en verzamelt enkele vertrouwelingen rond zich: Ted Troost, Anne-Jan van Minnen en mevr. W. Pollmann-Wardenier. De visies van Veldman en zijn stafleden groeiden in de loop der jaren meer en meer uit elkaar. Zij oordeelden dat haptonomie een verruiming zou betekenen voor bijvoorbeeld het beroep van fysiotherapeut of verpleegkundige. Veldman zelf weigerde de haptonomie toe te passen in commerciële zin door middel van haptotherapie. Een therapeutische relatie op die manier zou leiden tot een effectieve relatie, terwijl Veldman streeft naar een samenzijn in affectiviteit (Van der Beek, 1995; Raad voor de Journalistiek, 1990; Het bestuur van de Vereniging Van Haptotherapeuten, 1999).

In 1979 werd de AvHK overgedragen aan Van Minnen, Troost en Pollmann. Veldman bleef wel verbonden aan de academie als adviseur om zich in 1981 volledig terug te trekken. Veldman noemt 'zijn' haptonomie de 'authentieke' haptonomie en trekt naar Frankrijk, waar hij het 'Centre International de Recherche et de Développement de l'Haptonomie' opricht en nog steeds verder werkt aan de ontwikkeling van zijn haptonomie (Feller, 1992). Onlangs voerde Veldman nog de term 'thymotactiel' in. Ook 'thymos' is een Griekse term die naar gevoel verwijst. Hij blijft zoeken naar de – voor hem – meest correcte term om aan te geven dat het gaat om het contact maken met de voelende mens in zijn lichaam (Plooi, 2005). In 1984 zetten ook Van Minnen en Troost een stap terug uit de AvHK. Troost is nog steeds verbonden aan de academie, die nu in volledig in handen is van mevr. Pollman-Wardenier. Van Minnen begint in 1986 het Instituut voor Toegepaste Haptonomie (ITH) in Berg en Dal bij Nijmegen. (Feller, 1992)

De Vereniging Van Haptotherapeuten (VVH) in Nederland erkent op dit moment twee opleidingen tot haptotherapeut: de AvHK of Academie voor Haptonomie in Doorn en het ITH. (Het bestuur van de Vereniging Van Haptotherapeuten, 1999)

1.2 Doelgroep

Haptotherapie is er voor ieder die er om vraagt, ongeacht leeftijd, levensfase, sociale en economische status, opleiding, cultuur, ras, sekse en levensovertuiging. In de praktijk komen er veelal mensen die in hun jeugd bevestiging hebben gemist en daardoor vastlopen in hun leven en vooral in hun persoonlijke relaties. Zij zijn continu op zoek naar bevestiging en proberen die te krijgen door voor iedereen goed te doen. Zo lopen zij het risico opgebrand te raken en hun eigen grenzen te overschrijden. Ook mensen die door schokkende gebeurtenissen of een trauma in hun latere leven opnieuw de troost en veiligheid van de bevestiging nodig hebben komen vaak terecht bij haptotherapie. Zij ervaren een verstoring in het evenwicht tussen draagkracht en draaglast en zijn op zoek naar een nieuwe balans. (Het bestuur van de Vereniging Van Haptotherapeuten, 1999; Plooi, 2005)

Haptotherapie is een discipline in de eerste lijn van de gezondheidszorg. De haptotherapeut is in de tweede of derde lijn nooit de hoofdbehandelaar, hij werkt dan samen en complementair met de specialist in kwestie. Bij aanhoudende lichamelijke klachten wordt er doorverwezen naar de huisarts of de specialist, voor gesprekstherapie bij zwaardere psychopathologie wordt er doorverwezen naar de psycholoog of psychotherapeut. (Plooi, 2005) Dat wil uiteraard niet zeggen dat er geen gebruik wordt gemaakt van gesprekstherapie binnen een haptotherapie.

Haptotherapie kent twee specialisaties: kinderhaptotherapie en haptotherapie bij relatieproblematiek. Deze zijn dan respectievelijk gericht op kinderen tussen 4 en 12 jaar en op koppels.

Er wordt ook preventief gewerkt. Haptonomie kan ook specifiek behulpzaam zijn bij sportbegeleiding, begeleiding van ouderen, opvoeding van kinderen en zwangerschapsbegeleiding.

Een zwangerschapsbegeleiding bijvoorbeeld, is gericht op het affectieve contact tussen de ouders en op het contact tussen ouders en hun kind. De vader leert dat hij ook voor de geboorte al contact kan maken met zijn kind. De moeder leert haar gevoeligheid voor de signalen van haar lichaam te vergroten en zich daar op af te stemmen. Ook wordt er aandacht besteed aan de pijn die de bevalling met zich mee brengt en hoe de moeder daar op een goede manier mee om kan gaan (Boot, 2004; Van der Beek, 1995). Voor meer uitgebreide informatie kan men terecht op www.haptonomie.nl en www.vhzb.nl.

1.3 Theoretisch kader

De basisidee van haptonomie, en dus haptotherapie, is die van een eenheid tussen lichaam en geest. Het mensbeeld dat je hebt heeft een grote invloed op de manier waarop je met mensen omgaat en het is dus, zeker in therapie, interessant om je bewust te zijn van dat mensbeeld. Bij haptotherapeuten is er dus sprake van een

geheel, een 'bezield lichaam' waarmee de mens betrokken is bij zijn medemens en bij de wereld om hem heen. "De mens leeft en woont in zijn lichaam, en met en via zijn lichaam voelt hij." (Plooi, 2005, p. 27). De mens wordt beschouwd als een affectief wezen.

1.3.1 Voelen en emoties

Voelen of tasten is volgens de haptonomie een soort van oerzintuig. Het is het allereerste zintuig dat zich ontwikkelt en ook na de geboorte is het voor een kind het belangrijkste zintuig om zijn nieuwe wereld te verkennen (Plooi, 2007). Alle prikkels die we via onze zintuigen krijgen worden door onze hersenen verwerkt. Dat gebeurt allemaal bewust, maar er is ook een onbewust verwerkingsniveau: dat van het lichaam. Al die prikkels worden verwerkt en geïnterpreteerd op basis van eerdere ervaringen die we opgedaan en opgeslagen hebben in ons lichaam en geheugen. Onze eigen levensgeschiedenis vormt een soort van referentiekader waaraan we alle indrukken toetsen. Dat referentiekader geeft aan wat goed en kwaad voor je is, wat je leuk vindt, wat constructief of schadelijk voor je is. Door verschillende omstandigheden raakt het zuivere voelen, en de interpretatie daarvan vaak verstoord zodat je niet meer in contact staat met je eigen gevoelswereld. Het is niet meer duidelijk wat goed of slecht is, je weet niet meer goed wat je nu echt wilt of waar je nood aan hebt (Boot, 2004).

Sommige mensen hebben nooit echt geleerd om naar hun lichaam te luisteren. Anderen zijn door bepaalde levensomstandigheden het vertrouwen in en het contact met hun gevoelsleven verloren en sturen hun leven enkel door het denken. Nog anderen hebben een muur opgetrokken rond hun gevoelens, waardoor ze gewoonweg niet meer kunnen voelen. Zowel negatieve als positieve gevoelens worden genegeerd. Ook prikkels van buitenaf en signalen die het lichaam geeft, dringen niet meer door.

Een mens kan dus kiezen om te voelen, maar ook om niet te voelen, hij kan kiezen om zich af te sluiten van de wereld rondom hem of hij kan zich daar voor openstellen. Dat openstellen wordt in de haptonomie ook wel 'presentie' of 'aan-zijn' genoemd, wat

zoveel betekent als 'aanwezig zijn'. Dat houdt dus in dat men in contact is met zichzelf en zijn behoeften, maar ook dat men in contact staat met de anderen rondom hem en zijn omgeving.

Soms is zich afsluiten geen vrije keuze maar eerder het gevolg van bijvoorbeeld een traumatische ervaring. Dan is zich afsluiten een overlevingsmechanisme geworden. Achter die verdedigingsmuur blijven de negatieve gevoelens zitten en het kost het lichaam veel energie om ze daar te houden, want emoties hebben de behoefte om naar buiten te komen. Het woord zegt het zelf: e-motie (het latijnse "movere" betekent bewegen). Het is een expressie van ons gemoed naar buiten, naar de ander toe. Op een gegeven moment is de energie op en stort die muur in. Dat gaat dan ook gepaard met fysiek instorten. Opeens komen er allerlei lichamelijke klachten of negatieve gevoelens waarvan de oorsprong niet duidelijk is. *"Je zou kunnen zeggen dat wanneer je niet (meer) zelf in staat bent om je verhaal te vertellen, je lichaam dat op een gegeven moment overneemt."* (Boot, 2004, p. 43) (Boot, 2004; Plooi, 2005).

Die begrenzing, het afsluiten voor gevoelens, is aan het lichaam te voelen door verstarring, hardheid, koude en gevoelloosheid. Er is geen contact met de eigen gevoelswereld, maar ook contact met de buitenwereld verloopt moeilijk. Sommige lichaamsdelen worden zelfs volkomen genegeerd, ze worden niet (bewust) gevoeld (Plooi, 2005).

Je hebt pas volledige keuzevrijheid om je te openen of af te sluiten wanneer je je ten volle bewust bent van je gevoelens. Als je weet wat je voelt kun je de keuze maken om er iets mee te doen of niet. Negeer ik die gevoelens of reageer ik er op? Pas dan kan je volledige verantwoordelijkheid nemen voor je handelen. Eerst komt dus het gevoel en dan pas de rede. Een balans tussen beiden is van groot belang. Het denken moet geworteld zijn in het voelen (Boot, 2004; Groothuis, 1995). Als er geen verbinding is met de rede heeft men ook een tekort aan keuzevrijheid. Gevoelens kunnen dan niet

gerelativeerd worden en het is dan ook moeilijk om in te zien dat gevoelens slechts tijdelijk zijn en dat er mogelijkheden zijn om zich anders te gaan voelen (Plooij, 2005).

Om je bewust te zijn van je emoties zijn twee zaken belangrijk. Ten eerste moet je die emoties voelen en ten tweede moet je ze ook herkennen. Soms voel je wel iets, maar is het niet helemaal duidelijk wat. Emoties voel je in je lichaam, maar om te leren welke emotie dat juist is ben je afhankelijk van de 'herkenning' die je van je ouders gekregen hebt als klein kind. Doordat zij jouw emoties herkennen, erkennen, benoemen en er op reageren, leer je zelf die emoties herkennen en verwoorden. Het geeft ook een gevoel van bevestiging. Wanneer je nooit geleerd hebt hoe je je emoties kunt herkennen is het dus ook moeilijk om je er bewust van te zijn.

Primaire emoties worden automatisch en onbewust door prikkels uit de buitenwereld opgeroepen. Een primaire emotie overvalt je als het ware. Het zijn emoties zoals boosheid, verdriet, angst en blijdschap. Elk van deze emoties wordt lichamelijk op een hele specifieke manier ervaren. Dat maakt dat ze makkelijk herkenbaar zijn (Greenberg, 2002).

Boosheid ervaren we bijvoorbeeld als heftig, een grote lichamelijke spanning en naar buiten toe gericht, terwijl verdriet zwaar en meer naar binnen gericht is. Angst is een emotie die vaak gezien wordt bij cliënten. Het is een moeilijkere emotie omdat ze lichamelijk heel erg op boosheid kan lijken. Het gevoel is echter meer naar achter gericht en zorgt ervoor dat we klaar zijn om te vluchten, terwijl boosheid meer naar voor gericht is, klaar voor de aanval.

Angst is vaak terug te voeren op ervaringen uit het verleden. Bepaalde aspecten van een situatie in het heden (zoals een geluid, een geur, een kleur, bepaalde personen,...) kunnen de angst uit het verleden, die toen reëel en terecht was en opgeslagen werd in het lichaam, weer oproepen. In de huidige situatie is die angst echter niet nodig en zorgt die er voor dat we niet meer goed kunnen functioneren. Angst zorgt ervoor dat we bepaalde situaties en uitdagingen vermijden en dus niet naar ons volle potentieel leven. Het is een verlammende emotie en het is daarom belangrijk om een duidelijk

onderscheid te maken tussen angst uit het heden en uit het verleden. Dat geldt niet alleen voor angst, maar voor alle emoties, want oude emoties vertekenen onze waarneming van het heden.

Primaire emoties geven aan hoe we ons voelen, maar ze geven ook aan waar we nood aan hebben en zijn in die zin redelijk betrouwbaar. Ze geven bijvoorbeeld aan of we nood hebben aan toenadering of juist aan meer afstand. Ze kunnen ons vertellen of we nood hebben aan een goed gesprek of net aan een tijdje alleen zijn.

Bij de secundaire emoties is een meer complex circuit betrokken. Het zijn geen directe reacties op een gebeurtenis, maar gevoelens die door het denken beïnvloed zijn. Het gaat dan om gevoelens als schaamte, verliefdheid, hoop, verlangen, enz.

Je kan je dus openstellen voor je eigen emoties en voor impulsen van buitenaf of je kan je daarvoor afsluiten. Tussen deze twee uitersten zitten natuurlijk nog variaties. Frans Veldman heeft de weg tussen zich afsluiten en zich volledig openen omschreven aan de hand van een ontwikkelingsmodel.

1.3.2 Bestaanswijzen en zijswijzen

Voor dit ontwikkelingsmodel baseerde Veldman zich op de visie van professor Bastiaans (1976). In de loop van de menselijke ontwikkeling kent men volgens Bastiaans drie niveaus: de onbegrensde bestaansvorm is de symbiotische relatie die men prenataal tussen moeder en kind kent, de begrensde bestaansvorm draait om 'zich onderscheiden van anderen'. Separatie en individuatie zijn in deze fase belangrijke ontwikkelingstaken. Grenzen zijn nog nodig om een gevoel van zekerheid te bieden. De ontgrensde zijswijze tenslotte draait om het besef hebben van die grenzen, het belang ervan te erkennen en weten hoe er mee om te gaan. Er ontstaat een proces van zich openen en sluiten. Er is voldoende zekerheid nodig zodat er geen angst is om zich te openen. Hier wordt het belang van bevestiging duidelijk. Wanneer er voldoende bevestiging is geweest is er genoeg zekerheid. Het ontwikkelingsmodel van Bastiaans is dus gebaseerd op ontgrenzing via bevestiging. Hoe meer een mens in zijn mens-zijn

bevestigd wordt, hoe meer autonoom, authentiek en affectief hij kan leven (Plooi, 2005).

Veldman zelf ziet twee bestaanswijzen (de Extentus Insensus en de Extentus Rationalis) die min of meer *begrensd* zijn en twee zijswijzen (de Extentus Affectus en de Extentus Concentus) die *ontgrensd* zijn. Hij maakt een duidelijk onderscheid tussen *zijn* (zelfverwezenlijking) en *bestaan* (zelfverwerkelijking) (Plooi, 2005; Veldman, 1988; Veldman, 2007).

De Extentus Insensus is de begrensde bestaansvorm van Bastiaans. Deze is "*gebaseerd op het natuurlijke instinct tot levens- en zelfbehoud en wordt gestuurd door de drang tot zelfverwerkelijking, zelfbescherming en zelfhandhaving.*" (Veldman, 1988, p. 269) De ratio overheerst op het gevoel en controleert het ook. Deze bestaanswijze komt volgens Veldman het meest voor in onze huidige maatschappij.

De Extentus Rationalis is een bestaanswijze met een grotere mate van grensverruiming, maar die nog steeds een zekere begrenzing heeft: die van de rationaliteit die de affectiviteit mist. Bij deze mensen is er sprake van bezielde lichamelijkeheid. In tegenstelling tot de Extentus Insensus, waar het lichaam louter functioneel is. Plooi stelt het volgende: "*In de extentus rationalis zien we iemand die zichzelf aan de wereld durft te laten zien. Hij is zelfstandig, autonoom, authentiek, onafhankelijk, verantwoordelijk, (zelf)bewust en redelijk.*" (Plooi, 2005, p.21)

Om van de Extentus Insensus naar de Extentus Rationalis te groeien is er *rationele zijnsbevestiging* nodig. Dit wil zeggen; de mens rationeel in zijn bestaan bevestigen, hem bevestigen in zijn kwaliteiten, zijn capaciteiten, zijn prestaties en zijn talenten. Door deze bevestiging zal hij zich minder kwetsbaar voelen en zich assertiever en zelfbewuster gedragen. Toch blijft er – zoals eerder gezegd – sprake van een zekere *bestaansangst* waardoor men zich naar anderen blijft richten en bevestiging zoekt in hun oordeel. Er is dus nog steeds sprake van een rationeel begrensde bestaanswijze. (Veldman, 1988; Veldman, 2007)

De Extentus Affectus en de Extentus Consentus zijn dan echt zijnswijzen. Om echt te 'zijn' is er *affectieve zijnsbevestiging* nodig. De affectieve zijnsbevestiging is de bevestiging van het persoonlijke goed en goed-zijn van de ander. Deze bevestiging creëert de zekerheid en de veiligheid die nodig is om liefde te geven en te ontvangen in relaties met anderen. In de extentus affectus beschikt men over een existentiële basiszekerheid en een ontgrensd aan-zijn. Men kan met zijn volle en affectieve aandacht aanwezig zijn en zijn medemens ontmoeten (Plooi, 2005).

De Extentus Consentus tenslotte is een zijnswijze die het persoonlijke overstijgt. Het betreft een zijnswijze die twee of meer mensen, die zich in de Extentus Affectus bevinden, ontwikkelen door daar met elkaar in te groeien. Het gaat om een samen-zijn en samenleven in onbaatzuchtige en oprechte (vriendschaps)-liefde: de Philia. (Plooi, 2005; Veldman, 1988)

Deze bestaans- en zijnswijzen zijn geenszins vaste toestanden. Door allerlei omstandigheden kan iemand terugvallen naar een meer begrensde toestand. Die begrenzing is dan tijdelijk nodig om te overleven. Door middel van haptotherapie kan de ontgrenzing dan weer gezocht worden. Wanneer de ontgrenzing nooit bereikt werd omwille van een tekort aan bevestiging in de jeugd, kan men ook met haptotherapie op weg gaan naar ontgrenzing. Om het met de woorden van Els Plooi te zeggen: "niets is zo bevestigend als een aandachtige aanraking" (Plooi, 2005, p. 22) en het is volgens haptotherapeuten net die bevestiging die noodzakelijk is om de begrenzing te doorbreken en te overstijgen en weer in contact te komen met zichzelf en zijn omgeving.

Dit ontwikkelingsmodel is het vertrekpunt van de haptonomie en dus ook de haptotherapie. Let wel: dit model is gebaseerd op aannames en ideeën van Veldman en Bastiaans en is tot op vandaag nog niet wetenschappelijk onderzocht of onderbouwd.

1.3.3 Voelen en bewegen

Zoals reeds gezegd is de term emotie afgeleid van het Latijnse 'movere' wat zoveel betekent als 'bewegen'. Een e-motie is dan een beweging naar buiten toe. Bij jonge kinderen is dit goed te zien. Als ze bang zijn verstoppen ze zich achter de benen van mama, als ze kwaad zijn stampvoeten ze en rollen ze driftig over de grond en als ze blij zijn dan huppelen ze in het rond. In de volwassen wereld zien we dit nergens meer (Boot, 2004). Van jongs af aan heeft een mens de neiging om zich aan te passen aan de wensen van anderen, ook in het uiten van zijn emoties. We uiten onze emoties dus op een beheerste en sociaal aanvaardde manier, die volgens haptonomen en haptotherapeuten minder authentiek is. Laten we zien wat we voelen, of laten we zien wat we willen dat er gezien wordt?

Ook het zich openen en sluiten voor prikkels van buitenaf en gevoelens van binnenuit is een vorm van beweging. Tasten en voelen zijn op zichzelf al een beweging. Als we willen voelen of iets hard of zacht is bijvoorbeeld, dan bewegen we onze hand over het oppervlak. Zonder beweging kunnen we het verschil niet waarnemen. Je eigen lichamelijke reacties op een bepaalde situatie gewaarworden en herkennen zorgt ook voor een beweging. Als er onlustgevoelens opgeroepen worden dan heb je de neiging om van de bron van die gevoelens weg te bewegen en omgekeerd, bij lustgevoelens, wil je er naar toe. Die beweging kan heel letterlijk zijn, door bijvoorbeeld naar iemand toe te lopen (Boot, 2004).

Maatschappij en cultuur beperken dus onze expressieve beweging, maar ook onverwerkte trauma's of pijnlijke gebeurtenissen kunnen deze beweging onderdrukken (Boot, 2004). Wanneer de pijn te groot is kan men, zoals reeds gezegd, kiezen om zich er voor af te sluiten. Alle emoties worden binnen gehouden. Ze kunnen niet naar buiten, kunnen niet bewegen. De expressie verstart en verhardt en daarmee verstart ook het lijf. Dat is dan ook voelbaar voor de haptotherapeut wanneer hij in contact komt met het afgesloten lichaam. Het is niet enkel voelbaar aan de manier waarop iemand een

hand geeft bijvoorbeeld of aan de gespannen spieren over heel het lichaam, het is ook zichtbaar.

Hoe iemand staat, laat zien hoe hij in het leven staat. Staat hij stabiel, de voeten ver uit of vlak naast elkaar, de schouders ontspannen of opgetrokken, de armen los of beschermend rond zich,...? Ook hoe iemand beweegt, laat zien hoe hij zich door het leven beweegt. Hoeveel ruimte neemt hij in, beweegt hij alleen of samen met, beweegt hij soepel en vloeiend of strak en hard, neemt hij de leiding of laat hij zich leiden,...? (Plooi, 2005) In de haptotherapie wordt ook hier aandacht aan geschonken (zie 1.4 Technieken).

1.3.3.1 De basis

Het bekkengebied is de basis van ons lichaam, ons lichaamszwaartepunt. Het bekken draagt het gewicht van ons bovenlichaam en beschermt de organen die ter hoogte van de bekkenholte liggen. Het speelt ook een belangrijke rol bij het staan en gaan.

Het bekken is volgens de haptonomie niet alleen de basis van ons lichaam, maar ook de basis van ons *gevoelsmidden*. "Het gevoelsmidden is de inhoud van de cirkel die begrensd wordt door middenrif en bekkenbodem, buikwand en onderrug." (Plooi, 2005, p. 74) In het gevoelsmidden vinden we onze emoties, identiteit, seksualiteit, eigenheid, evenwicht en veerkracht.

Het bekken draagt dus niet alleen ons bovenlichaam, het draagt ook ons gevoelsleven. "Wie zich in alle opzichten in evenwicht voelt, kan ervaren dat hij 'in zijn basis zit.' " (Boot, 2004, p. 69) Wanneer je emotioneel in evenwicht bent, ben je fysiek dus ook meer stabiel. Een reactie op een situatie die niet goed of aangenaam aanvoelt, zal in heel het lichaam te voelen zijn. Het lichaam reageert met spanning, verstrakking, enz.

Een goed contact met het bekkengebied, de basis, is dus heel belangrijk voor een goed contact met het eigen gevoelsleven. Wie 'in zijn basis zit' heeft voldoende draagkracht en veerkracht om bestand te zijn tegen ervaringen die een mens uit evenwicht kunnen brengen. Een goede basis zorgt ook voor een optimale spierspanning, of *eutonus*. Deze

eutonus zorgt voor een grote belastbaarheid, gecoördineerdheid, flexibiliteit, lenigheid en een "*vlotte en vloeiende natuurlijkheid van beweging*" (Veldman, 1988, p. 328).

Veel mensen zijn het contact met hun basis verloren. Het gevoelde lichaamszwaartepunt kan dan naar boven of naar beneden verschoven zijn.

Wanneer het zwaartepunt naar boven verplaatst spreken we van 'topzwaar' of 'bovendominantie'. De nadruk ligt dan op het bovenste gedeelte van het lichaam. Het leven wordt dan vooral geleid door het denken. Deze mensen hebben de neiging om over alles te piekeren en alles te willen analyseren. Ze hebben heel veel behoefte aan controle en willen niets aan het toeval overlaten. Fysieke klachten over spanning situeren zich dan vooral rond de schouders, nek, bovenarmen en – rug. Andere klachten draaien vaak rond slapeloosheid, hoofdpijn, niet kunnen stoppen met denken, geen keuzen kunnen maken,... (Plooi, 2005).

Bij angst of schrik is het normaal dat het zwaartepunt zich naar boven verplaatst, maar sommige mensen staan constant op scherp. Ze bevinden zich in een constante staat van alertheid en gespannenheid. Hun bekkenbodem is verkrampd en ze verliezen het contact met de grond (Boot, 2004).

Andersom spreken we van 'onderdominantie'. Het zwaartepunt is naar beneden verplaatst. Alles is zwaar, naar beneden gericht. Het lijkt of alle energie in de grond verdwijnt. Deze mensen hebben vaak klachten als vermoeidheid, depressiviteit en lusteloosheid (Plooi, 2005).

1.3.4 Contact

Contact is een basisbegrip in de haptotherapie. Letterlijk betekent het 'samen aanraken' en is afgeleid van het Latijnse con (met of samen) en tangere (raken of aanraken). Contact betreft dus een wederzijdse aanraking; er is sprake van wederkerigheid in de ontmoeting. Want dat is waar het bij echt contact om draait: elkaar ontmoeten. Een haptonomisch contact is altijd een ontmoeting. Een ontmoeting houdt een gevoel van bevestiging in: niets moet, je mag zijn wie je bent. Je wordt door de ander geraakt,

maar het omgekeerde geldt ook; er is sprake van wederkerigheid. Contact kan dan ook 'samen voelen' betekenen. Een mens kan zich 'samen voelen' met objecten, dieren, mensen en zelfs een ruimte of omgeving (Plooi, 2005).

1.3.4.1 De rationele vermogens: assensus en circumsensus

De rationele vermogens "spelen een belangrijke rol in het omgaan met objecten, het hanteren van gebruiksvoorwerpen en instrumenten, het bewegen binnen een ruimte en het ruimtelijk verkeer met anderen (Veldman, 1988, p. 292)."

De *assensus*, ook wel *doorvoelen* genoemd, staat voor het vermogen om het lichaam te verlengen met een voorwerp dat je gebruikt, maar komt ook te pas bij het lichamelijk contact met anderen. Het is wat bijvoorbeeld het verschil maakt tussen een goede chauffeur en een beginnende. Een goede autorijder voelt de weg door de wagen heen. Hij is als het ware één geworden met zijn wagen. Hij heeft zijn lichaam met de auto verlengd en heeft zo een accuraat gevoel van de breedte en lengte van de wagen. Wanneer je een spijker de muur in slaat voel je door die spijker de structuur van de muur; hard zacht, broos,... De stok van een blinde is een deel van zijn lichaam geworden. Hij voelt zijn omgeving met de punt van zijn stok en kan zich daardoor door de ruimte bewegen zonder ergens tegenaan te botsen of te vallen (Veldman, 1988; Boot, 2004; Van der Beek, 1995).

In contact met mensen werkt de *assensus* op dezelfde manier. Wanneer je iemand aanraakt kan je gewoon zijn huid of kleding voelen, maar wanneer je doorvoelt voel je ook de persoon die daar onder zit. Je kan je gevoel zo uitbreiden dat het de hele persoon omvat in plaats van enkel zijn hand of schouder. Daarenboven kan je via die aanraking ook iets van jezelf laten voelen aan die ander (Plooi, 2005).

De *circumsensus* is een uitbreiding van dat doorvoelen. Doorvoelen kan niet alleen in direct contact met iets of iemand, maar ook in de ruimte. De *circumsensus* stelt iemand in staat om de ruimte om hem heen gewaar te worden en zich daar ook bewust van te

zijn. Dit vermogen is dus belangrijk voor het bewegen in die ruimte. Het zorgt er ook voor dat de gevoelde ruimte groter wordt en dat het makkelijker wordt om mensen, die in die ruimte komen, daar toe te laten, zoals bijvoorbeeld in de lift of aan de kassa (Veldman, 1988; Plooi, 2005).

De volledige ontwikkeling van deze rationele vermogens is noodzakelijk voor een goede ontwikkeling van de affectieve vermogens (Veldman, 1988).

1.3.4.2 De affectieve vermogens: persensus, transsensus en consensus

De affectieve vermogens spelen een belangrijke rol bij de individuatie, de ontplooiing tot onafhankelijkheid en de vorming van de identiteit (Veldman, 1988). Deze vermogens kunnen zich enkel ontwikkelen wanneer een persoon voldoende affectieve bevestiging heeft gekregen (Plooi, 2005). Het zijn hogere ontwikkelingen van de rationele vermogens (Veldman, 1988; Veldman, 2007).

De *persensus* is een verdieping van de *assensus* en is het vermogen om iemand op een affectief bevestigende manier aan te raken. Deze aanraking geeft een gevoel van veiligheid, zekerheid en vertrouwen (Veldman, 1988; Veldman, 2007).

De *transsensus* houdt in dat je, zonder directe aanraking, maar met affectieve aandacht die in de ruimte voelbaar is, de ander zijnsbevestiging kan geven (Plooi, 2005). De ruimte wordt gedeeld, net als gevoelens. Er is sprake van een samen-zijn waarbij ieders persoonlijke ruimte groter wordt, zonder daarbij ruimte in te nemen van de ander (Veldman, 1988). Het is een verdieping van de *circumsensus*.

De *consensus* tenslotte, staat voor een één-voelen. Het betreft een overeenstemming of gemeenschappelijkheid van gevoel. Je voelt elkaar perfect aan. Het is het vermogen om een affectieve en onbaatzuchtige liefdevolle gevoelsrelatie aan te gaan, waarbij elk individu zijn eigenheid behouden en gerespecteerd wordt (Veldman, 2007).

Ook deze termen en concepten zijn gebaseerd op aannames en ideeën van Veldman en zijn niet algemeen aanvaard of wetenschappelijk onderbouwd.

1.3.5 Voelen en verstand

Zoals reeds vermeld is het belangrijk dat het voelen gekoppeld blijft aan het verstand. Dankzij ons verstand kunnen we afstand nemen van de situatie en onze gevoelens daarbij. We kunnen er over nadenken en bekijken wat we ermee kunnen doen. Uiteindelijk kunnen we dan een bewuste keuze maken en verantwoordelijkheid nemen voor ons handelen (Boot, 2004).

Je kan dus ook bewust kiezen om je gevoel te negeren en je verstand te volgen. Te veel tegenstelling tussen je verstand en je gevoel creëert wel een gevoel van spanning. Op den duur ga je je daar ongelukkig bij voelen. Het is dus ook belangrijk om die spanning op een goede manier te hanteren en de tegenstelling die je zelf, bewust of onbewust, gecreëerd hebt te compenseren (Boot, 2005). Je kan bijvoorbeeld kiezen om nu nog even vriendelijk te doen tegen die collega die je eigenlijk niet kan uitstaan, en zo je gevoel negeren, omdat je binnen een maand toch van werk verandert.

Je verstand kan soms je gevoelens vertekenen of je op het verkeerde been zetten. Het is dus belangrijk om de signalen van je lichaam goed te leren interpreteren.

Het verstand zorgt er voor dat we onze gevoelens kunnen verwoorden, waardoor we meer inzicht krijgen in onze gevoelens. Door er woorden op te plakken kan opeens duidelijk worden dat dat gevoel van onrust waar je al weken mee rondloopt eigenlijk ontstaan is als reactie op een lastige situatie waar je toen niet op gereageerd hebt. Door er woorden aan te geven kunnen we onze gevoelens ordenen en een plaats geven. Ook voor verwerking van bepaalde emoties is het belangrijk om ze te kunnen verwoorden. Oude gevoelens van pijn moeten gevoeld worden om ze te kunnen verwerken, maar alleen voelen maakt de pijn niet minder. Je moet er woorden aan kunnen geven (Boot, 2004; Plooi, 2005).

Door gevoelens onder woorden te brengen kom je in contact met jezelf, maar het brengt je ook in contact met de ander. Door er met iemand over te praten kan je je eigen woorden steeds aanpassen, verfijnen en bijschaven, in wisselwerking met de ander. In wederkerigheid met iemand anders is het vaak makkelijker om tot een juiste verwoording te komen. Wanneer je je in jezelf terugtrekt wordt het vaak moeilijker om afstand te nemen van je gevoelens en de situatie en kom je vaak terug op steeds dezelfde ideeën en overtuigingen waar je alleen niet uitkomt. Dat leidt vaak tot verkeerde opvattingen en gepieker (Boot, 2004).

1.4 Technieken

In de literatuur is weinig geschreven over de specifieke technieken die aan bod komen tijdens een haptotherapie. Els Plooijs zegt daar het volgende over: "Lange tijd is daar niets over geschreven omdat we de haptonomie vooral als zijnswijze zagen en bang waren dat buitenstaanders technieken als trucjes zouden gaan gebruiken." (persoonlijke communicatie, 2007). Bob Boot "wil en kan (zich niet) verschuilen achter technieken, methodes, conventies of regels." (Boot, 2005, p. 98) Hij wil zich gewoon richten op de ander, onbaatzuchtig, met oprechte aandacht en nieuwsgierigheid. Ook Frans Veldman houdt angstvallig zijn bevindingen geheim en beweert van zijn vroegere medewerkers dat zij de haptonomie misbruiken.

De bespreking die nu volgt zal dus zeker niet volledig zijn, maar poogt toch, op basis van bestaande literatuur en eigen ervaringen, een beeld te schetsen van de haptotherapie in praktijk.

1.4.1 Haptotherapie

Haptotherapie heeft dezelfde opbouw als elke andere therapie. Er is een korte intake waarbij gekeken wordt of therapeut en cliënt samen verder kunnen, wat de hulpvraag is en of haptotherapie in dit geval wel gepast is. Vaak wordt haptotherapie aangeraden als aanvulling op een meer verbale psychotherapie. Zoals reeds gezegd is verbalisatie ook

heel belangrijk in een haptotherapie, maar haptotherapie gaat nog verder en focust echt op het affectieve. Haptotherapie werkt ook klachtgericht, maar daarbinnen wordt er altijd persoonsgericht gewerkt (Plooi, 2005).

Vervolgens is er een therapeutische fase waarin de therapeut de patiënt, door middel van aanraking, bewust maakt van diens mate van openheid naar zichzelf en de buitenwereld toe (Plooi, 2007). Hij probeert de patiënt inzicht te geven in zijn problemen en hem of haar in staat te stellen deze zelf op te lossen. Zoals Weijke Koopmans zegt: "Soms zit het boek dicht en heb je even iemand nodig om het weer open te slaan. Een ander – een therapeut – kan je daar alleen bij helpen. (Weijke Koopmans in Van der Beek, 1995, p. 39)" De therapeut is niet de deskundige, er is sprake van een zo groot mogelijke gelijkwaardigheid (Boot, 2005). De therapeut begeleidt de cliënt in zijn zoektocht. Het is een kwestie van 'samen' zoeken, een gezamenlijke tocht.

Tenslotte is er een afsluitende fase, een periode van onthechting, waar de therapeut steeds meer afstand neemt en de cliënt meer en meer op zichzelf en zijn gevoel moet vertrouwen om zijn eigen weg te vinden. Uiteraard heeft ook elke therapie een einde, maar de deur van de therapeut staat altijd open.

De bedoeling van haptotherapie is dus om tegemoet te komen aan de hulpvraag van de cliënt. Dat kan de initiële hulpvraag zijn, maar dat kan ook een hulpvraag zijn waar therapeut en cliënt het eens over geworden zijn of een tussendoel.

Specifiek aan haptotherapie is dat er gewerkt wordt vanuit een expliciet mensbeeld. Ook de hulpvraag en problemen worden gekaderd binnen een bepaalde theorie: die van begrenzing en ontgrenzing. Een probleem is het gevolg van begrenzing, de hulpvraag is dan een vraag naar ontgrenzing. Problemen die hierbuiten vallen worden doorverwezen naar psychotherapie.

In haptotherapie wordt er dus gewerkt naar ontgrenzing van de gevoelswereld van de cliënt. Het uiteindelijke doel is dan het bereiken van de Extentus Affectus of zelfs de Extentus Consentus.

Dé manier om deze zijnswijzen te bereiken, is - volgens haptotherapeuten - via affectieve bevestiging en aanraking. Cliënten leren (opnieuw) naar zichzelf en hun lichaam te luisteren, ze leren weer hoe het is om te voelen.

Alles wat de haptotherapeut aanbiedt, is bedoeld om de cliënt te openen naar contact met zichzelf en van daaruit met de omgeving. Met 'zichzelf' bedoelt de haptonomie de authentieke persoon die zich kan ontplooien, in zijn gedrag wel rekening houdend met zijn omgeving, maar zonder zijn persoonlijkheid aan- of in te passen. Die in echtheid (...) naar buiten treedt, met een transparantie, een helderheid, die geen twijfel laat bestaan over zijn bedoelingen. (Plooi, 2005, p. 84)

Hoe dit binnen de verschillende therapiesessies gerealiseerd wordt, zal nu meer in detail besproken worden.

1.4.2 De praktijk

Allereerst is het belangrijk om na te gaan waarom de cliënt gestopt is met voelen. Wat is de functie ervan en hoe zorgt de cliënt ervoor dat hij niet voelt? Pas dan kan er weer ruimte komen voor het voelen. Soms is het eerst nodig dat de cliënt in psychotherapie gaat of de haptotherapie combineert met een psychotherapie (Plooi, 2005).

Dan kan de cliënt stap voor stap terug leren voelen. Dat leerproces begint bij het sensorische voelen. Hoe voelt de stoel waarop je zit, de bank waarop je ligt, de kledij die je draagt, de hand die je schudt? Voelt het hard, zacht, smal, breed, groot, klein, enz...? De therapeut begeleidt de cliënt bij dit sensorische voelen. Op die manier leert de cliënt verschillen ervaren en kan hij ook meer woorden vinden voor het voelen (Plooi, 2005).

Er is dus het voelen 'in contact met iets', maar er is ook het voelen 'van binnenuit'. Hoe voelt je lichaam? Hoe voelen je spieren? Voelen ze strak, ontspannen, is dat overal in je lichaam zo? Hoe voelen je gewrichten, je huid, ...? Het voelende en gevoelde lichaam wordt meer en meer in het bewustzijn gebracht. Samen met de therapeut gaat de cliënt

als het ware op verkenning in zijn lichaam en probeert woorden te geven aan wat hij daar voelt (Plooi, 2005).

Wanneer het lichaam zelf wat meer voelbaar is geworden is het ook mogelijk om meer stil te staan bij bepaalde gevoelens. "In de haptotherapie wordt veel aandacht gegeven aan 'wat voel je, waar voel je dat in je lichaam, wat roept het op, wat zou je nu willen'." (Plooi, 2005, p. 60) Telkens weer wordt de cliënt uitgenodigd om bij zichzelf het antwoord te zoeken op deze vragen. Hij wordt op zijn gevoel aangesproken. Wanneer hij een antwoord geeft vanuit de rede wordt hij daar op gewezen en moedigt de therapeut hem aan om vanuit zijn gevoel te antwoorden.

Tegelijkertijd wordt de cliënt ook aangespoord om door te voelen. In oefeningen op de behandeltafel (waarbij de cliënt gedeeltelijk ontkleed is of niet, afhankelijk van zijn eigen behoeften en waar hij zich goed bij voelt) ligt hij op zijn buik. De therapeut legt zijn hand bijvoorbeeld op diens rug en vraagt aandacht voor die aanraking (Van der Beek, 1995). Belangrijk hierbij is dat de therapeut laat voelen dat de aanraking speciaal voor de cliënt bedoeld is en dat er niets wordt terugverwacht. Vervolgens kan de therapeut vragen om verder door te voelen. De cliënt moet dan proberen om ook de arm achter die hand te voelen en daarna ook de hele therapeut achter die hand. Zo komt de cliënt, vaak voor het eerst, in aanraking met het vermogen van de *assensus*. Zijn gevoelswereld breidt zich uit.

De therapeut geeft de cliënt ook steeds feedback over wat hij voelt bij de cliënt of wat hij ervaart in het contact. Hij observeert nauwkeurig de houding, lichaamsspanning en het bewegingspatroon van de cliënt zodat hij een beter beeld kan krijgen van de manier waarop hij in de wereld en in contact staat. Hij geeft dat beeld terug aan de cliënt zodat die beter inzicht krijgt in de signalen die zijn lichaam uitzendt en op zoek kan gaan naar de oorsprong van die signalen.

Bij de oefeningen op de behandeltafel is deze observatie van de therapeut ook heel belangrijk om in de gaten te houden of de cliënt zijn eigen grenzen respecteert en niet louter doet wat de therapeut hem vraagt. Veel mensen zijn het zo gewend om aan de

wensen van anderen te voldoen dat ze niet meer weten wat ze zelf willen, ze luisteren niet meer naar zichzelf.

Wanneer de therapeut het gevoel krijgt dat de cliënt zich terugtrekt uit het contact zal hij dat zeggen en nagaan of dat effectief zo is en waarom. Zo wordt de verantwoordelijkheid telkens opnieuw bij de cliënt gelegd. De cliënt bepaalt hoever de therapeut gaat. Hij bepaalt wat goed voelt en wat niet, wat kan en wat niet. Dit is zeer belangrijk om een gevoel van veiligheid en vertrouwen te creëren. Het geeft de cliënt ook een gevoel van bevestiging: wij doen wat jij wilt, hier wordt er naar jou geluisterd.

Omdat het bekkengebied zo belangrijk is volgens haptotherapeuten, wordt ook hier veel rond gewerkt. De therapeut helpt de cliënt om zich bewust te worden van zijn lichaamsswaartepunt. Door aanraking en houdingsoefeningen gaat hij zijn bekkengebied steeds meer voelen en er meer 'in zitten'.

Eerder werd reeds besproken hoe er in haptotherapie ook veel gewerkt wordt aan woorden geven aan gevoelens. Wanneer de cliënt beter vertrouwd is met zijn lichaam, en zijn lichaam ook meer voelt, is het tijd om die gevoelens ook te verwoorden, te aanvaarden en er verantwoordelijkheid voor op te nemen. Dan pas kunnen therapeut en cliënt samen aan de slag met die gevoelens. Aan de hand van verschillende soorten oefeningen worden leerervaringen aangeboden om op een goede manier om te gaan met angst, kwaadheid, verdriet, enz... De emoties worden geuit, maar daarbij is het belangrijk om in contact te blijven met de ander en je bewust te blijven van de impact ervan op de ander. Daar wordt samen met de therapeut aan gewerkt en op geoefend. Als je weet wat je met je gevoelens moet doen, wordt het weer veilig om te voelen.

Doorheen al deze oefeningen wordt de lichaamstonus in het bewustzijn gebracht. Vaak wordt dan duidelijk dat de cliënt heel gespannen is, wat voor last en pijn kan zorgen. Meestal was hij zich daar zelf niet van bewust. Spanning wordt vaak pas duidelijk wanneer er eerst ontspanning gevoeld is.

Zoals meermaals vermeld werd is deze spanning een gevolg van het zich afsluiten voor gevoelens. Wanneer het weer veilig is om te voelen kan er ook weer meer ontspanning komen. De lichaamstonus gaat meer en meer naar de ideale tonus. In de eerste contacten met de therapeut wordt hier al aandacht aan besteedt en kan de cliënt voelen hoe zijn lichaam zich ontspant wanneer hij zich openstelt voor gevoel of wanneer hij doorvoelt naar de ander.

1.4.3 Tot besluit

Zoals reeds gezegd is deze bespreking onvolledig. Ze is louter bedoeld om kort een beeld te schetsen van de haptotherapie in praktijk.

Er zijn nog veel meer technieken die aan bod komen in haptotherapie en elke haptotherapeut heeft zijn eigen methoden en varianten. Maar altijd wordt er gewerkt vanuit een haptonomische mensvisie met als doel de cliënt te begeleiden naar een ontgrensde bestaanswijze. Bevestiging van de cliënt vormt binnen die begeleiding de rode draad van de therapie.

Tot slot nog twee citaten van Bob Boot en Els Plooi, die kort weergeven wat haptotherapie in de praktijk inhoudt.

In het haptonomisch contact wordt je op affectieve wijze aangesproken op wie je bent en op wat er in je lijf verborgen ligt, achter je opgebouwde spierspanning. Het kan voelbaar voor je worden dat je emoties hebt ingeslikt en verdrongen, maar ook dat er weer beweging kan komen in je verstarde lijf als je de moed hebt de spanning los te laten en gevoelens weer kunt laten stromen (Boot, 2004, p. 52).

Haptotherapie is een therapievorm die mensen – opnieuw – in contact brengt met hun gevoelens, (...); die mensen begeleidt in het luisteren naar en dragen van die gevoelens, (...); die het gevoelde lichaam centraal stelt in het zoeken naar het authentieke zijn. Het is een therapievorm waarbij de therapeut zich verbindt met de cliënt, in aandachtig gesprek, maar zeker ook in de affectieve aanraking en in het contact. Een contact waarin de cliënt zich bevestigd kan voelen, waar aandacht is voor oude pijn en waaraan de cliënt kan groeien in zijn dagelijks leven en relaties (Els Plooi, 2005, p. 12).

1.5 Wettelijke situatie

In Nederland heeft men de 'Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg' (BIG). De Wet BIG is er om de kwaliteit van de beroepsuitoefening in de individuele gezondheidszorg te bevorderen en te controleren en de patiënt te beschermen tegen ondeskundig en onzorgvuldig handelen door beroepsbeoefenaren. Bij wet worden acht beroepen geregeld: apothekers, artsen, fysiotherapeuten, gezondheidszorgpsychologen, psychotherapeuten, tandartsen, verloskundigen en verpleegkundigen. (Ministerie van volksgezondheid, welzijn en sport, 2008)

Haptotherapie valt wettelijk gezien niet onder fysiotherapie of psychotherapie dus wordt haptotherapie in de polisvoorwaarden van verzekeraars meestal ondergebracht onder de noemer 'Alternatieve behandelwijzen' of 'Alternatieve geneeswijzen'. (Een geneeswijze wordt bestempeld als 'alternatief' als wetenschappelijk bewijs over de gunstige effecten van de methode ontbreekt.) De vergoedingen voor een therapie of een sessie zijn dan ook naargelang en enkel sessies bij haptotherapeuten die zijn aangesloten bij de VVH worden vergoed. De cliënt betaalt steeds zelf een gedeelte en er is een maximum aan de vergoeding per jaar dat verschilt per zorgverzekeraar en per aanvullend pakket dat de cliënt heeft afgesloten. (Het bestuur van de Vereniging Van Haptotherapeuten, 1999)

De Wet BIG regelt ook het tuchtrecht voor de gezondheidszorg. Gezien haptotherapie niet onder de Wet BIG valt schuilt hier een gevaar voor misbruik. Patiënten met klachten over wantoestanden en misbruiken kunnen wettelijk gesproken nergens terecht. In een poging deze leemte te vullen speelt de Vereniging Van Haptotherapeuten (VVH) sinds 1992 een belangrijke rol. Deze vereniging heeft als doel de belangen te behartigen van haptotherapeuten in en buiten Nederland. Elke haptotherapeut die geregistreerd is bij de VVH verklaart kennis genomen te hebben van de vastgelegde regels en het Beroepsprofiel Haptotherapeut en deze na te leven.

Elke persoon kan bij de VVH een klacht indienen tegen een geregistreerde haptotherapeut. De Commissie van Toezicht voor de Haptotherapie onderzoekt dan de klacht en kan deze gegrond of ongegrond verklaren. Hierbij worden zowel de persoon

die de klacht indiende als de haptotherapeut gehoord. (Het bestuur van de Vereniging Van Haptotherapeuten, 1999) Belangrijk voor patiënten is dus om na te gaan of hun therapeut aangesloten is bij de VVH.

Hoofdstuk 2. Wat maakt deze therapie uniek?

2.1 Informatie uit literatuur

Haptotherapie onderscheidt zich op meer dan één manier van andere therapieën.

Allereerst is er het zeer specifieke en expliciete mensbeeld dat doorheen de therapie en in elk contact meegenomen wordt. Elke stap in het proces wordt hierdoor beïnvloed. De affectiviteit en het belang om iemand in lichaam en geest te raken, primeren.

In haptotherapie wordt aangeraakt, maar die aanraking zelf is geen therapeutisch middel zoals in andere therapieën. Het is eerder een manier om de cliënt tot een grotere bewustwording te brengen en er geleidelijk aan voor te zorgen dat hij zich weer kan openstellen voor zijn gevoelens. Zoals meermaals benadrukt, wordt er gewerkt met affectieve aanrakingen. Het gaat niet louter om massage of manipulatie, of om houdings- en bewegingsoefeningen. Het gaat er om de cliënt in zijn geheel aan te raken en op deze manier een gevoel van bevestiging en aanvaarding te geven.

Er wordt stilgestaan bij wat deze aanrakingen teweegbrengen en met elke cliënt wordt gezocht naar de betekenis daarvan. Er wordt dus telkens vanuit de concrete ervaring gewerkt en niet vanuit een vast model (Plooi, 2005).

Gezien het belang dat in deze therapie gehecht wordt aan affectiviteit, is deze therapievorm uitermate geschikt voor mensen die hun gevoelens niet herkennen en kunnen benoemen (Plooi, 2007). Er wordt heel veel gewerkt aan het – opnieuw – leren luisteren naar wat je lichaam je wilt zeggen en naar je eigen gevoelens. Telkens opnieuw wordt er stilgestaan bij wat een aanraking of een gebeurtenis teweegbrengt en hoe het voelt. Het uiteindelijke doel is dat de cliënt leert openstaan voor wat er van binnenuit komt en voor wat er van buitenaf komt. ²Zo kan hij op een meer ontspannen manier in contact staan met zichzelf en zijn omgeving. Naast het oplossen van de

hulpvraag van de cliënten, kan men dus ook verwachten dat deze cliënten na een therapie zich veel meer bewust zijn van hun lichaam en gevoelens en dat ze deze gevoelens ook beter kunnen verwoorden en plaatsen.

2.2 Informatie uit overleg met experts

Op de bijeenkomst van de wetenschapscommissie van de VVH op 22 september 2008 werd door verschillende haptotherapeuten besproken wat – naar hun mening – haptotherapie uniek maakt. Hieronder volgt een beknopt overzicht van de verschillende ideeën die zij naar voor brachten.

In haptotherapie wordt de cliënt niet enkel aangemoedigd om zijn gevoel te verkennen, maar ook om dat gevoel te verwoorden en daarmee om te gaan. In sommige andere therapieën is het voelen het eindpunt.

Haptotherapie werkt niet enkel klachtgericht, maar ook breder: persoons- ofwel zijnsgericht. De therapie werkt naar een open zijnswijze met een affectieve betrokkenheid op de buitenwereld. In haptotherapie wordt er gewerkt aan het zichzelf zijn en zichzelf durven laten zien, ook naar meer vertrouwen in zichzelf en de wereld wordt gewerkt. Het vermogen om affectieve relaties aan te gaan, te onderhouden en daarin trouw te blijven aan zichzelf wordt groter. Men is in staat meer te genieten van het leven en van elkaar. Uit eerder onderzoek van Dekeyser, Raes, Leijssen, Leysen & Dewulf (2007) blijkt dat meer mindfulness samengaat met meer initiatief naar anderen toe en minder sociale angst. Deze resultaten bieden ondersteuning voor de stelling van haptotherapeuten dat hun patiënten beter in staat zouden zijn om relaties met anderen aan te gaan en dat deze relaties ook van een betere kwaliteit zouden zijn dan voor de therapie.

Mijn bedenking dat patiënten na een haptotherapie op een meer ontspannen manier met zichzelf en hun omgeving in contact zouden staan willen de haptotherapeuten nog sterker formuleren: zij spreken van een werkelijke gevoelsbetrokkenheid op zichzelf en

zijn omgeving, een vitale intentionaliteit. Een intentie om bij de ander aanwezig te zijn die opent naar eigen levensruimte (Veldman, 2007). Het gaat om het zelf-in-relatie.

De therapeut brengt zijn eigen gevoel en zijn affectieve betrokkenheid in binnen de therapie. Hij laat zichzelf voelen. De affectieve bevestiging gaat verder dan de empathie van de gemiddelde psychotherapeut. Het is een bevestiging van 'het zijn' van de ander en de affectieve ontmoeting met 'de therapeut als mens' is onderdeel van een haptotherapie.

Haptotherapie heeft ook een specifieke benadering van zowel lichamelijke als psychische pijn en ook bij beperkingen, ziekte en bij een naderend sterven kan haptotherapie de cliënt begeleiden om zichzelf te blijven voelen en zijn mens-zijn ondersteunen (Plooi, 2005).

2.3 Hypothesen

Uit de literatuur en expertenoverleg komen heel wat ideeën over wat haptotherapie nu uniek maakt naar voor. Tot hiertoe is er onderzocht hoe haptotherapeuten de eigenheid van haptotherapie definiëren. Nu ga ik onderzoeken of datgene wat volgens haptotherapeuten eigen is aan haptotherapie, ook empirisch vast te stellen is.

Allereerst gaan we bepaalde interventies die eigen zouden zijn aan haptotherapie bekijken en onderzoeken.

Alles wat de haptotherapeut aanbiedt, is bedoeld om de cliënt te openen naar zichzelf en in contact te treden met de eigen gevoelens en van daaruit in contact te treden met zijn omgeving. Er wordt gestreefd naar een ontgrenzing van de gevoelswereld van de cliënt. Dé manier om deze ontgrenzing te bereiken, is - volgens haptotherapeuten - via affectieve bevestiging en aanraking. Cliënten leren (opnieuw) naar zichzelf en hun lichaam te luisteren. Vanuit deze bevestigende aanrakingen en wat deze teweegbrengen, wordt met elke cliënt gezocht naar de betekenissen daarvan. Deze 'bevestigende' aanraking is dus de sleutel tot het openen naar en het uiten van het gevoel. Die aanraking zelf is geen therapeutisch middel, het is een manier om de cliënt

te ontmoeten, om contact te maken met de cliënt, om samen te voelen. Een eerste hypothese is dan dat aanrakingen vanuit de haptotherapeut steeds gecombineerd zijn met contact maken met de cliënt.

In haptotherapie is het ook heel belangrijk dat er verder wordt gewerkt met het gevoel dat door de aanraking teweeggebracht wordt en dat de cliënt leert omgaan met wat hij allemaal voelt. Voelen alleen is niet genoeg, er moeten woorden aan gegeven worden (Plooi, 2005). Een tweede hypothese is dan dat de interventies in haptotherapie gericht zijn op een combinatie van lichamelijk gewaarworden en het verwoorden of uitdrukken daarvan .

Naar eigen zeggen brengt de haptotherapeut zijn eigen gevoel en zijn affectieve betrokkenheid in binnen de therapie. Hij laat zichzelf voelen. De affectieve bevestiging die uitgaat van de haptotherapeut gaat volgens haptotherapeuten zelf verder dan de empathie van de gemiddelde psychotherapeut. De affectieve ontmoeting met de therapeut als mens is onderdeel van een haptotherapie. Onderzoeken of haptotherapeuten empathischer zijn dan andere therapeuten is onbegonnen werk. Alle therapeuten, over verschillende oriëntaties heen, maken in grote mate gebruik van empathie tijdens hun werk (Lietaer, Van Broeck, Dekeyser, Stroobants & Trijsburg, 2005). Eerder onderzoek van Lietaer et al. (2005) toont aan dat het veelvuldig gebruik van faciliterende interventies, waaronder empathie, gemeenschappelijk is aan de vier hoofdrichtingen van psychotherapie (psychoanalytisch – psychodynamisch, cliëntgericht – experiëntieel, cognitief – gedragstherapeutisch, en systemisch). Empathie is een van de basisvaardigheden van een psychotherapeut; we kunnen dus moeilijk veronderstellen dat er een verschil zou zijn in de mate van empathie tussen haptotherapeuten en andere lichaamsgerichte therapeuten. Wat wel een mogelijkheid is, is dat haptotherapeuten op een andere manier meer empathisch zijn, met name is het mogelijk dat zij, gezien hun focus op aanraken en voelen, meer 'lichamelijk empathisch' zijn. Een derde hypothese is dan dat haptotherapeuten op een andere, meer fysieke manier empathie gebruiken in contact met hun cliënten dan andere lichaamsgerichte therapeuten.

Vervolgens verwoordden de haptotherapeuten stellingen over het effect van bepaalde interventies.

De aanrakingen van de haptotherapeut hebben als doel meer openheid te creëren bij de patiënt. Het doel is om de patiënt (opnieuw) open te laten staan voor zijn eigen gevoel en zijn lichaam, dat hij (opnieuw) leert voelen. De eerste oefeningen zijn gericht op het sensoriele voelen (hoe voelt de stoel waar je op zit, de trui die je aanhebt,..?), geleidelijk aan focussen de oefeningen zich meer op het eigen lichaam. Wat voel je in je lichaam? Wanneer een therapeut gebruik maakt van interventies die gericht zijn op het creëren van openheid, dan hoopt die therapeut natuurlijk dat er bij de cliënt ook meer openheid komt. Een vierde hypothese is dan dat er bij de cliënten van haptotherapeuten meer openheid naar het eigen voelen en het eigen lichaam komt doorheen de therapie.

Hoofdstuk 3. Methode

3.1 Het project "Helpende en Storende Processen in Therapie"

Het huidige onderzoek maakt deel uit van het doctoraatsproject "Helpende en Storende Processen in Therapie" van Mathias Dekeyser. Dit onderzoek, waar zes licentiaatstudenten (waaronder mezelf) aan meewerkten, werd opgezet als een cross-sectionele observatie van lichaamsgerichte interventies in de psychotherapie. Deze observatie gebeurde door middel van vragenlijsten.

Het doel van dit doctoraatsonderzoek was drieledig. De eerste doelstelling betrof een demografische exploratie van lichaamsgerichte praktijken. Een tweede was een onderzoek naar de omstandigheden waarin de werkzaamheid van therapie het grootst is en tot slot trachtte het onderzoek de validiteit en betrouwbaarheid van drie schalen na te gaan (de Psychologisch Contact Schaal, de Lichaamsgerichte Interactie Schaal voor Therapeuten en de Focusing Session Report) (Dekeyser, 2006).

3.1.1 Werkwijze

Het onderzoek verliep in vier fasen: intake van de therapeut (Meetmoment 0), voormeting en intake van de cliënt in het onderzoek (Meetmoment 1), observatie van een sessie (Meetmoment 2) en een nameting (Meetmoment 3). De therapeuten doorliepen vier Meetmomenten (van moment 0 tot 3). De cliënten doorliepen drie Meetmomenten (van moment 1 tot 3). De therapeut doorliep meetmomenten 1 tot 3 tweemaal: voor elke cliënt één keer. Bij een steekproef van cliënten werd bovendien een veranderingsinterview (Elliott, Slatick & Urman, 2001) afgenomen.

Algemene richtlijnen voor de timing van het onderzoek binnen de therapie waren als volgt: Meetmoment 1 ving bij voorkeur aan voor de zesde sessie, Meetmoment 2 voor de zevende sessie en Meetmoment 3 begon bij voorkeur na drie maanden.

3.1.1.1 Intake van de therapeut (Meetmoment 0)

In deze fase werd contact opgenomen met de therapeuten en werden ze geïnformeerd over het onderzoek. Wanneer therapeuten hun geïnformeerde toestemming hadden gegeven, vulden ze de 'Vragenlijst Vooraf' in en werd de selectie van cliënten bekeken. De twee meest recente cliënten werden samen met de therapeut geselecteerd, dit om de validiteit van de gegevens veilig te stellen. Als therapeuten rond de selectie van cliënten bezwaren maakten, omdat het om een moeilijk lopende of atypische behandeling ging, werd hen verduidelijkt dat ook die behandelingen erg belangrijk zijn om te observeren. Therapeuten werden geselecteerd op basis van de met succes gevolgde opleiding om met de desbetreffende methode te werken. Belangrijk feit is dat veel therapeuten in de praktijk integratief werken en dat het doel van het onderzoek dus niet kon zijn om de therapievorm in zijn zuivere behandelvorm te observeren.

3.1.1.2 Intake van de cliënt (Meetmoment 1)

De therapeut vroeg cliënten om medewerking aan het onderzoek. Indien deze toestemden vulden zowel therapeut als cliënt een bundel vragenlijsten in. In de praktijk vond Meetmoment 1 gemiddeld plaats in de negende sessie.

3.1.1.3 Observatie van een sessie (Meetmoment 2)

In deze fase werd één sessie van naderbij bekeken. Meetmoment 2 vond gemiddeld plaats in de elfde sessie.

3.1.1.4 Nameting (Meetmoment 3)

In deze follow-up fase werden opnieuw gegevens verzameld over de cliënt en over de behandeling tot nog toe. Meetmoment 3 gebeurde gemiddeld in de negentiende sessie.

3.2 Populatie

In het project "Helpende en Storende Processen in Therapie" werden zowel therapeuten als cliënten bevroegd. De werkwijzen Pessotherapie, Haptotherapie, Focusing, Mindfulness, Cliëntgerichte therapie, Body-Mind therapie, Gestalt-therapie, Autogene Training en Danstherapie werden in het onderzoek betrokken. Geselecteerde therapeuten hebben met succes een opleiding beëindigd om met deze methodes te werken. Per therapeut werden de twee meest recent gestarte cliënten geselecteerd. Cliënten onder de 18 jaar of met een psychotische stoornis kwamen niet in aanmerking.

Er werden in totaal 151 therapeuten en 116 cliënten gevraagd om mee te werken. Zevenenzeventig therapeuten en 85 cliënten waren bereid om algemene info over zichzelf te geven. Over de hele onderzoeksperiode stapten 27 cliënten uit het onderzoek. Er bestaat een volledige dataset van 58 cliënten: 5 van Pessotherapie, 21 van Haptotherapie, 12 van Focusing/Mindfulness, 3 van Cliëntgerichte therapie, 11 van de Body-Mind benadering, 2 van Gestalttherapie, geen van Autogene Training en 4 van Danstherapie. Van de therapeuten bestaat er een volledige dataset over 92 behandelingen: 9 Pessotherapie, 26 Hapto, 14 Focusing/Mindfulness, 12 Cliëntgericht, 18 Body-Mind, 7 Gestalt, 1 Autogene Training en 5 Danstherapie. Betreffende 34 cliënten bestaat een volledige dataset van de therapeut, maar niet van de cliënt.

Cliënten waren gemiddeld 40 jaar en waren in ongeveer drie vierde van de gevallen vrouwen. Drie vijfde van de cliënten waren afkomstig uit België, de overige cliënten voornamelijk uit Nederland. De therapeuten en cliënten betrokken in het huidige onderzoek naar haptotherapie waren allemaal afkomstig uit Nederland.

3.3 Meetinstrumenten

3.3.1 Body-Oriented Activity Scale for Therapists (BA-T)

De BA-T (Dekeyser, Leijssen & Elliot, 2008) is een instrument voor zelfrapportage na een sessie. Deze vragenlijst bestaat uit 25 items met een Likertverdeling van 0 (zeker niet) tot 3 (zeker wel) en meet de mate waarin therapeuten werken met lichamelijk gewaarzijn (*gewaarworden* en *psychologisch contact*), lichamelijke expressie (*sturing* en *expressie*) en lichaamsgerichte *empathie*. De items op de dimensie 'gewaarworden' meten in welke mate de therapeut de aandacht van de cliënt richt op de fysieke realiteit en diens aandacht daar probeert te houden. Wanneer de patiënt ondersteund wordt om een minimum aan lichaamsbewustzijn te ontwikkelen zitten we bij de dimensie 'psychologisch contact'. Zoeken naar de beste manier om het gevoelde te uiten wordt gebundeld in de dimensie 'expressie'. De dimensie 'sturing' verwijst dan naar het concrete veranderen van de fysieke situatie waarin de patiënt zich bevindt. De dimensie 'empathie' tenslotte omvat lichamelijke empathie en houdt in dat de therapeut zich op een lichaamsgerichte manier empathisch afstemt. Deze vragenlijst werd afgenomen op meetmoment 2 over één sessie en op meetmoment 3 over de gehele behandeling.

3.3.2 Kentucky inventory of Mindfulness Skills (KIMS)

De KIMS (Baer, Smith & Allen, 2004) werd door S.Leysen en D.Dewulf naar het Nederlands vertaald. Dit instrument bevat 39 items en meet de zelfbeoordeling met betrekking tot vier vaardigheden. De eerste is *observeren*, of zorgvuldig interne en externe fenomenen gadeslaan. *Beschrijven* is het rechtstreeks labelen van ervaringen zonder conceptuele analyse. De derde schaal is *handelen met gewaarzijn*, of zich ten volle richten op de huidige activiteit met onverdeelde aandacht. Als laatste meet de KIMS *aanvaarden zonder oordeel*, of niet evaluatief zijn t.o.v. de beleving in het huidige ogenblik.

Het zijn enkel de schalen *observeren* en *beschrijven* die relevant zijn voor het huidige onderzoek. Deze vragenlijst werd afgenomen op meetmomenten 1 en 3.

3.3.3 De Focusing Oriented Session Report (FOSR)

De Focusing Oriented Session Report (Iberg, 2002) gaat allereerst na in welke mate cliënten gedurende de sessie een *focusing attitude* hebben kunnen aannemen. D.w.z. in welke mate cliënten een nieuwsgierige, vriendelijke, geduldige en aanvaardende houding hebben kunnen innemen t.o.v. hun eigen beleving. Daarnaast meet ze in welke mate het *openen van gevoelens* heeft plaatsgevonden; in welke mate er iets visceraal gebeurt bij de cliënt en het probleem rechtstreeks gevoeld wordt. Verder is er een schaal *verder dragen* en een schaal *tevredenheid van de cliënt over de sessie*. Deze vragenlijst bevat 24 items en werd afgenomen op meetmoment 2.

3.3.4 Therapist ratings of client focusing activity (TRCFA)

Deze vragenlijst (Iberg, 2002) bestaat uit zes items. De therapeut beoordeelt de hoeveelheid en kwaliteit van focusing-gerelateerde activiteit van de cliënt binnen de sessie. De schalen komen overeen met de eerste drie van de schalen van de FSR: *focusing attitude*, *verder dragen* en *openen van gevoelens*. Deze vragenlijst werd afgenomen op meetmoment 2, over één sessie, en op meetmoment 3 over de gehele behandeling.

3.3.5 Helpful Aspects of Therapy (HAT)

De HAT bestaat uit vier open vragen die inhoudelijke informatie geven over helpende en storende processen in een therapiesessie. Deze vragenlijst wordt ingevuld vlak na een sessie.

In een eerste vraag wordt aan de therapeut en cliënt gevraagd of de cliënt *iets in de sessie als helpend of belangrijk* beleefde. Dit kan betrekking hebben op een kort moment of op een iets langer stuk uit de sessie. Indien er iets helpend gebeurde wordt ook gevraagd wat er gebeurde, waarom dit helpend was en in welke mate dit helpend was.

In de tweede vraag wordt gevraagd of de cliënt *iets in de sessie als storend* beleefde. Dit kan betrekking hebben op een kort moment of op een iets langer stuk uit de sessie. Indien er iets storend gebeurde wordt ook gevraagd wat er gebeurde, waarom dit storend was en in welke mate dit storend was.

In een derde vraag wordt gevraagd aan de cliënt en de therapeut of zij in de sessie een *lichamelijke of zintuiglijke ervaring* gehad hebben die bij blijft. Dit kan betrekking hebben op een kort moment of op een iets langer stuk uit de sessie. Indien dit het geval is wordt gevraagd wat er gebeurde en wat de therapeut of cliënt lichamenlijk ervoeren of in de omgeving opmerkten.

In een vierde en laatste vraag wordt aan cliënt en therapeut gevraagd of de therapeut in de sessie *iets anders gedaan heeft dan praten* met de cliënt? Dit kan betrekking hebben op een kort moment of op een iets langer stuk uit de sessie. Wanneer dit het geval is wordt gevraagd wat er gebeurde en wat de therapeut precies gedaan heeft, behalve praten met de cliënt (Dekeyser, 2006). Deze vragenlijst werd afgenomen op meetmoment 2.

3.4 Predicties

Eerder werden vier hypothesen naar voren geschoven. Nu vertalen we deze in concrete predicties. Wanneer er een vergelijking wordt gemaakt met andere therapieën, dan wordt er, op basis van de beschikbare dataset, vergeleken met andere lichaamsgerichte therapieën. Eenzelfde kenmerk kan ook bij andere benaderingen voorkomen; het huidige onderzoek beperkt zich tot haptotherapie en gaat niet theoretisch in op kenmerken van andere therapieën. Desalniettemin wordt er bij vergelijking met andere

therapieën steeds gekozen voor de strengste test. Namelijk dat haptotherapie hoger zal scoren dan de andere lichaamsgerichte therapieën.

3.4.1 Interventies

Hypothese 1: De aanrakingen in haptotherapie zijn steeds gecombineerd met contact maken tussen de therapeut en cliënt.

Predictie 1a: Wanneer de therapeut in de HAT verwijst naar lichaamscontact en er bij die aanraking een doelstelling wordt gegeven, dan zal die vaker gericht zijn op contact maken en ontmoeten dan bij andere lichaamsgerichte therapeuten.

Voor deze predictie worden enkel de vragenlijsten van de therapeuten gebruikt, om de eenvoudige reden dat cliënten niet altijd op de hoogte zijn van de doelstellingen van hun therapeut.

Predictie 1b: De correlatie tussen de subschalen 'sturing' en 'psychologisch contact' van de BA-T zal groter zijn bij de haptotherapeuten.

Voor deze predictie worden de BA-T scores van meetmoment 3 genomen. Deze scores verwijzen naar de gehele behandeling en zullen dus meer representatief zijn voor een bepaalde therapievorm dan de scores die naar één sessie verwijzen.

Hypothese 2: De interventies in haptotherapie zijn gericht op een combinatie van lichamelijk gewaarworden en het verwoorden of uitdrukken daarvan .

Predictie 2: De correlatie tussen de subschalen 'gewaarworden', 'psychologisch contact' en 'expressie' van de BA-T zal groter zijn bij de haptotherapeuten.

Ook hier worden de BA-T scores van meetmoment 3 genomen.

Hypothese 3: Haptotherapeuten gebruiken empathie op een andere, meer fysieke manier in contact met hun cliënten dan andere lichaamsgerichte therapeuten.

Predictie 3: De haptotherapeuten zullen hoger scoren op de dimensie 'empathie' van de BA-T dan andere lichaamsgerichte therapeuten.

Ook bij deze predictie wordt er met de score van meetmoment 3 gewerkt.

3.4.2 Effect

Hypothese 4: Bij cliënten van haptotherapeuten komt er doorheen de therapie meer openheid voor het eigen lichaam en de eigen gevoelens dan bij andere lichaamsgerichte therapieën.

Predictie 4a: Bij cliënten van haptotherapie zullen we een grotere toename observeren op de schalen 'observeren' en 'beschrijven' van de KIMS op meetmoment 3 in vergelijking met meetmoment 1.

Gezien het belang dat in haptotherapie gehecht wordt aan het verwoorden van gevoelens is er bij deze laatste predictie gekozen om niet enkel de schaal 'observeren', maar ook de schaal 'beschrijven' op te nemen in het onderzoek.

Predictie 4b: De score op de dimensie 'openen van gevoelens' van de FOSR zal groter zijn bij haptotherapie.

Predictie 4c: De score op de dimensie 'openen van gevoelens' van de TRCFA zal groter zijn bij haptotherapie.

Voor deze predictie worden de TRCFA scores van meetmoment 2 én 3 genomen. We kijken naar de scores binnen één sessie en de scores over de volledige behandeling.

3.5 Werkwijze bij het verwerken van kwalitatief materiaal

De vragenlijst Helpfull Aspects of Therapy (HAT) werd op meetmoment 2 afgenomen, vlak na een therapiesessie. De vragenlijst bestaat uit vier open vragen. In het huidige onderzoek wordt er enkel gewerkt met de antwoordgegevens van de therapeuten. De eenheid van analyse is telkens het geheel van alle antwoorden op de vragen van de HAT.

De verkregen informatie werd verwerkt aan de hand van een inhoudsanalyse zoals beschreven in Corveleyn & Luyten (2004). Op basis van literatuur en mijn eigen

ervaringen met haptotherapie en als danser, werd vóór de eerste lezing en categorisatie van het materiaal een categorieënsysteem opgesteld. Nadien werd het materiaal doorgenomen en indien nodig werden de categorieën aangepast of uitgebreid. Vervolgens werden alle items gecategoriseerd. Het materiaal werd geanonimiseerd vóór de analyse en het was voor mezelf als beoordelaar dan ook niet bekend tot welke behandelvorm de antwoorden behoorden.

Voor elk HAT-formulier werd allereerst geregistreerd of de therapeut hierin naar een *lichaamsgerichte activiteit* verwees of niet. Een lichaamsgerichte activiteit is een gebeurtenis, handeling of uitspraak waarin de aandacht van de therapeut en/of de cliënt op het lichamelijke gericht wordt. Vervolgens werd die lichaamgerichte activiteit gecategoriseerd volgens de richtlijn: vond er *lichaamscontact* plaats of niet? Zo kwam ik tot de overkoepelende categoriën 'lichaamscontact' en 'andere activiteit'. In de eerste plaats werd er gezocht naar termen die rechtstreeks wijzen op een bepaalde vorm van lichaamscontact zoals 'massage', 'masseren', 'aanraking' of 'aanraken'. Daarnaast werd er ook gezocht naar omschrijvingen van handelingen die er op wezen dat er lichaamscontact had plaatsgevonden (vb. H15.FZ vraag 4: "(...) onderbeen cliënt bij me 'genomen' (...)"., B3.VSL vraag 1 "Tijdens het weefselwerk aan haar linkerschouder en arm (...)". of G20.HB vraag 4: "Haar gevraagd haar handen op de buik te leggen").

Wanneer een therapeut aangaf dat hij of zij iets anders had gedaan met de cliënt dan praten, werd verder dat deel van de tekst onderzocht waarin die activiteit werd beschreven. Twee elementen werden daarbij nagegaan. Ten eerste werd er gekeken naar de *aard* van de lichaamsgerichte handeling. Wat voor soort handeling had plaats? Ten tweede werd er nagegaan of de therapeut de *doelstelling* waarmee de handeling gebeurde had aangegeven. Zowel voor de vorm van de lichaamsgerichte activiteit als voor het doel daarvan werd getracht om de antwoorden in categorieën onder te verdelen.

Wat betreft de vorm van het '*lichaamscontact*' werden er zeven categorieën onderscheiden:

- (1) Aanraking: alle aanrakingen die enkel en alleen bestaan uit fysiek contact zoals bijvoorbeeld elkaar een hand geven of een hand op de rug leggen.
- (2) Massage of manipulatie
- (3) Houdings- en bewegingsoefeningen: bijvoorbeeld samen dansen.
- (4) Relaxatie- en ademhalingsoefeningen
- (5) De cliënt zichzelf laten aanraken
- (6) Accidentele aanraking: aanrakingen die onbedoeld gebeurden. Bijvoorbeeld een therapeut die per ongeluk met zijn voet tegen het been van zijn cliënt stoot.
- (7) Andere: Alle antwoorden die niet ondergebracht kunnen worden in de andere categorieën worden in deze restcategorie ondergebracht.

Indien er geen lichaamscontact aan te pas kwam werd de lichaamsgerichte activiteit gecategoriseerd onder '*Andere activiteit*'.

Wanneer er bij de vermelding van lichaamscontact ook een *doelstelling* werd opgegeven, werd die verder ondergebracht in één van de volgende categorieën:

- (1) Contact maken tussen de therapeut en de cliënt als persoon.
- (2) Andere: alle doelstellingen die niet verwijzen naar contact maken tussen therapeut en cliënt.

Bij categorisatie is er, vermits er kwantitatief vergeleken werd, gekozen om de categorieën mutueel exclusief te maken. Elke coderingseenheid kon dus maar in één categorie terechtkomen. Craniosacraal werk (Body-mind benadering) bijvoorbeeld kon ingedeeld worden bij massage/manipulatie, maar ook bij relaxatie vermits dat de eigenlijke bedoeling is van de oefening. Voorbeeld: B11.AW vraag 4: "craniosacraal relaxatiewerk". Hier is gekozen om te beoordelen op de fysieke handeling zelf en de

eenheid te categoriseren als manipulatie. Wanneer er een keuze moest gemaakt worden tussen twee categorieën werd er dus gekeken naar de handeling op zich. Het gebruikte categorisatiesysteem was niet exhaustief: enkel het betekenismateriaal dat relevant was voor het toetsen van de hypothese werd gecodeerd.

Hoofdstuk 4. Resultaten

4.1 Interventies

4.1.1 De aanrakingen in haptotherapie zijn steeds gecombineerd met contact maken tussen de therapeut en cliënt.

4.1.1.1 Kwalitatieve data

Om *predictie 1a* te toetsen werd een inhoudsanalyse gedaan met de gegevens verkregen van de therapeuten op de HAT. Deze vragenlijst ging over één enkele sessie (meetmoment 2). Na inhoudsanalyse werden de volgende subcategorieën gevonden voor de categorie '*lichaamscontact*'. Voor elke subcategorie worden telkens enkele voorbeelden gegeven ter illustratie.

(1) Aanraking:

- > B8.BR vraag 1: "Cliënt vroeg hoofd in mijn schoot te mogen leggen."
- > H6.JB vraag 1 "Tijdens het aanraken van zijn buik en borst (...)"

(2) Massage of manipulatie:

- > B7.PLV vraag 4: "Veel lichaamswerk onder de vorm van bindweefsel manipulatie."
- > B7.SVH: "Overal waar ik duwde (we hebben met de benen gewerkt) (...)"

(3) Relaxatie- en ademhalingsoefeningen:

- > B16.AD vraag 4: "Ademen met interactie van druk van mijn hand."

(4) De cliënt zichzelf laten aanraken:

- > H4.MR vraag 4: "Afgesloten door cliënt zichzelf te laten aanraken met beide handen op de buik."
- > G20.KS vraag 4: "Haar gevraagd haar handen op de buik te leggen (...)"

Voor de andere subcategorieën die vooropgesteld werden bij de inhoudsanalyse, werden in ons materiaal geen voorbeelden gevonden.

Voor de categorie '*Andere activiteit*' bleek dat het materiaal nog verder onderverdeeld kon worden in vier grote subcategorieën. Deze werden dan ook toegevoegd:

(1) Houdings- en bewegingsoefeningen:

- > G4.WB vraag 4: "Focus op krampachtige, verkeerde, lichamelijke verschijning."
- > D5.GP vraag 4: "Vrij bewegen op muziek: elkaar spiegelen."

(2) Relaxatie- en ademhalingsoefeningen:

- > C10.PVDG vraag 4: "Hem anders laten ademen (...)"
- > H4.MR. vraag 4 "Ontspanningsoefening (...)"

(3) De aandacht van de cliënt richten op diens eigen lichaam:

- > D7.SP vraag 4: "Korte geleide fantasie oefening waarbij de nadruk lag op het aanvoelen van lichamelijke veranderingen in je lichaam als je iets voelt."
- > F1.RJ vraag 4: "Bij start korte oefening (met aandacht geleidelijk doorheen lichaam gaan) (...)"

(4) Andere: restcategorie

- > H1.AHB vraag 4: "Ik ben twee keer naast hem gaan zitten (...)"
- > G20.HB vraag 4: "Hem laten rechtstaan en uitzoeken/aftasten wat voor hem nu de gepaste afstand was."

Elke lichaamsgerichte activiteit werd dus eerst ingedeeld bij de hoofdcategorie 'Lichaamscontact' of bij 'Andere activiteit'. Na die eerste indeling werd elk item verder ingedeeld bij één van de vier subcategorieën. Deze subcategorieën verschilden voor de twee hoofdcategorieën. Vervolgens werd er verder gewerkt met alle items die ingedeeld werden bij de hoofdcategorie 'Lichaamscontact'.

Voor elk item werd nagegaan of er ook een doelstelling bij werd vermeld. Indien dat het geval was werd ook hier weer elk item, naargelang de opgegeven doelstelling, ingedeeld bij de categorie 'Persoonlijk contact maken' of bij de categorie 'Andere'.

Na inhoudsanalyse werd duidelijk dat ook de categorie '*Andere*' nog verder verdeeld kon worden in vijf grote subcategorieën. Deze subcategorieën werden toegevoegd aan het categorisatiesysteem.

Doelstelling 'Andere':

(1) Spanning laten voelen:

- > H10.E vraag 4 "(...) spanning laten voelen in rechterbeen, (...) "
- > H11.GAH vraag 4 "(...) voelbaar gemaakt waar ze in haar eentje de spanning, zorg in haar lichaam vastzette."

(2) Cliënt contact laten maken met zichzelf:

- > H2.YA vraag 4: "Ik heb cliënte aangeraakt (...) met als doel dat ze meer met zichzelf in contact komt, zichzelf meer gaat voelen en de referentie binnen zichzelf komt te liggen."
- > H15.IVW vraag 4: "(...) stimuleerde om zelf meer ruimte in te nemen, meer verbinding met zichzelf te maken (...) "

(3) Bevestiging geven:

- > H8.TS vraag 4: "D.m.v. haptotherapeutische aanraking een versterkende en bevestigende ervaring meegeven"
- > H11.RV vraag 4: "M.b.v. handen bevestiging aan haar laten voelen."

(4) Rust creëren, de patiënt ontspannen:

- > B13.CD vraag 4: "Aanraking van hoofd-voeten(...): rust creëren."
- > B7.SVH vraag 1: "Het voelde goed voor haar om zich te ontspannen."

(5) Andere: restcategorie

- > B3.VSL vraag 4: "(...) openen van haar linker schouder en arm."
- > H10.MV vraag 4: "(...) door aanraking krijgt lijf mogelijkheid zich te uiten."

Doelstelling 'Persoonlijk contact maken':

- > H5.JA vraag 4: "Ik heb hem aangeraakt, hierin direct contact gelegd en hem uitgenodigd met mij contact te maken in de diverse vormen van aanraking."
- > H5.EPT vraag 4: "(...) om hem in directe aanraking te laten ervaren wat in het wederzijds contact voelbaar is en voelbaar veranderen kan."

Haptotherapeuten verwezen beduidend vaker naar fysieke aanraking, $X^2 = 31.7$, $p = .000$, vrijheidsgraden = 3 (tabel 1). Er was een duidelijk verschil in aard van fysieke aanraking. Een Fisher-toets toonde aan dat de verdeling over categorieën van fysieke aanrakingen statistisch significant verschilt tussen de haptogroep en de niet-haptogroep (alle andere lichaamsgerichte benaderingen), $p = .000$.

Ook de doelstellingen (tabel 2) van de haptotherapeuten waren anders in vergelijking met de andere therapeuten. Wanneer er voor een fysieke aanraking een doelstelling werd gegeven, verwezen haptotherapeuten vaker naar 'contact maken' dan andere lichaamsgerichte therapieën, maar een Fisher-toets kon niet aantonen dat er een significant verschil was, $p = .557$. Ook wanneer 'contact maken' werd vergeleken met alle andere categorieën was er geen sprake van een significant verschil, $p = .664$. Predictie 1a wordt dus niet bevestigd

Tabel 1

Frequentie van verwijzingen naar aanraking voor de Haptogroep en de niet-Haptogroep

	N ^a	Lichaamscontact	Andere activiteit
Hapto	27	Aanraking: 35 Zichzelf laten aanraken: 1 <i>Totaal: 36</i>	Ademhaling/relaxatie: 1 Aandacht richten op lichaam: 4 Houdingsoefening: 2 Andere: 2 <i>Totaal: 9</i>
Niet-Hapto	87	Aanraking: 8 Zichzelf laten aanraken: 1 Manipulatie/massage: 12 Ademhalingsoefening: 1 <i>Totaal: 21</i>	Ademhaling/relaxatie: 15 Aandacht richten op lichaam: 20 Houdings/bewegingsoefening: 19 Andere: 2 <i>Totaal: 56</i>

^aN = aantal vragenlijsten opgenomen in het onderzoek

Bij drie vragenlijsten van de haptotherapeuten en bij 41 vragenlijsten van de andere therapievormen, was er geen enkele verwijzing naar aanraking of lichaamsgericht werk tijdens de besproken sessie.

Tabel 2

Frequenties van doelstellingen opgegeven bij aanraking

	N ^a	persoonlijk contact maken	Andere
Hapto	36		Spanning laten voelen: 8 Contact maken met zichzelf: 2 Bevestiging geven: 3 Andere: 12
		<i>Totaal: 8</i>	<i>Totaal: 25</i>
Niet Hapto	21		Ontspanning: 3 Andere: 1
		<i>Totaal: 0</i>	<i>Totaal: 4</i>

^aN = aantal verwijzingen naar aanrakingen

4.1.1.2 Kwantitatieve data

Om *predictie 1b* te toetsen werd een correlatieve analyse uitgevoerd tussen de subschalen 'sturing' (S) en 'psychologisch contact' (PC) en deze correlaties werden vergeleken tussen de Haptogroep en de niet-Haptogroep (zie tabel 4).

- De correlatie is significant in de niet-Haptogroep ($r(61)=.509$, $p<.001$).
- De correlatie is niet significant voor de Haptogroep.
- Het verschil tussen beide correlaties is niet significant; $r_1-r_2 = -0.251$, $Z = -1.207$, $p = 0.226$.

Predictie 1b wordt niet bevestigd. Wel blijkt dat de haptogroep significant hoger scoort op de subschaal 'sturing'; $F(1,85) = 14.380$, $p = .000$ (zie tabel 3). Dit wijst in dezelfde richting als het eerder gevonden verschil in frequentie van lichaamscontact.

De haptogroep scoort ook significant hoger op de subschaal 'gewaarworden'; $F(1,85) = 12.563$, $p = .001$. Wat betreft de subschaal 'expressie', scoort de niet-haptogroep hoger; $F(1,85) = 4.064$, $p = .047$.

Tabel 3

Gemiddelde scores op de subschalen van de BA-T en significantie van het verschil tussen gemiddelden voor de Haptogroep en de niet-Haptogroep

Subschalen	Gemiddelde score		Significantie van verschil
	Hapto	niet-Hapto	
Sturing	2.3	1.445	.000***
Empathie	2.058	2.134	.623
Gewaarworden	2.782	2.148	.001**
Expressie	1.6538	2.041	.047*
Psychologisch contact	2.221	1.945	.089

Nota. De items werden gescoord op een Likert schaal van 0 tot 3 (0 = zeker niet van toepassing, 3 = zeker wel van toepassing).

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Tabel 4

Correlaties tussen de subschalen Sturing en Psychologisch contact van de BA-T voor de Haptogroep en de niet-Haptogroep en verschil tussen de correlaties

Subschalen	Pearson correlatie p						Z
	N	Hapto	sig.	N	niet-Hapto	sig.	
S – PC	26	.258	.258	61	.509***	.000	- 1.207

*** $p < .001$

4.1.2 De interventies in haptotherapie zijn gericht op een combinatie van lichamelijk gewaarworden en het verwoorden of uitdrukken daarvan.

Om *predictie 2* te toetsen werd een correlatieve analyse uitgevoerd tussen de subschalen 'psychologisch contact' (PC), 'gewaarworden' (G) en 'expressie' (E) en deze correlaties werden vergeleken tussen de Haptogroep en de niet-Haptogroep.

Voor de niet-Haptogroep werd tussen alle schalen een significante correlatie verschillend van nul gevonden op behandelniveau (zie tabel 4):

- Tussen de subschalen 'psychologisch contact' en 'gewaarworden' wordt geen significante correlatie verschillend van nul gevonden in de Haptogroep, maar wel in de niet-Haptogroep ($r(61)=.577$, $p<.001$). Het verschil tussen beide correlaties is *significant*; $r_1-r_2 = -0.576$, $Z = -2.666$, $p = .007$.
- Tussen de subschalen 'psychologisch contact' en 'expressie' wordt geen significante correlatie verschillend van nul gevonden in de Haptogroep, maar wel in de niet-Haptogroep ($r(61)=.410$, $p<.01$). Het verschil tussen beide correlaties is *niet significant*; $r_1-r_2 = -0.172$, $Z = -0.783$, $p = .434$.
- Tussen de subschalen 'gewaarworden' en 'expressie' wordt geen significante correlatie verschillend van nul gevonden in de Haptogroep, maar wel in de niet-Haptogroep ($r(61)=.323$, $p<.05$). Het verschil tussen beide correlaties is *niet significant*; $r_1-r_2 = -0.37$, $Z = -1.550$, $p = .121$.

Predictie 2 wordt niet bevestigd. We vinden wel een significant verschil tussen beide groepen voor de correlatie tussen 'psychologisch contact' en 'gewaarworden'.

Tabel 5

Correlaties tussen de subschalen Psychologisch contact, Gewaarworden en Expressie van de BA-T voor de Haptogroep en de niet-Haptogroep en verschil tussen de correlaties

Subschalen	Pearson Correlatie p						Z
	N	Hapto	sig.	N	niet-Hapto	sig.	
PC – G	26	.001	.998	61	.577***	.000	- 2.666**
PC – E	26	.238	.243	61	.410**	.001	- 0.783
G – E	26	-.047	.820	61	.323*	.011	- 1.550

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

4.1.3 Haptotherapeuten gebruiken empathie op een andere, meer fysieke manier in contact met hun cliënten dan andere lichaamsgerichte therapeuten.

Een one-way ANOVA werd gebruikt om *predictie 3* te toetsen. De scores op de empathie-schaal van de BA-T verschilden niet significant tussen de Haptogroep en de niet-Haptogroep, $F(1,85) = .243$, $p = .623$. Predictie 3 wordt dus niet bevestigd. Beide groepen scoren even hoog voor empathie (zie tabel 3).

4.2 Effect

4.2.1. Bij cliënten van haptotherapeuten komt er doorheen de therapie meer openheid voor het eigen lichaam en de eigen gevoelens dan bij andere lichaamsgerichte therapieën.

Om *predictie 4a* te toetsen werd eerst de 'residual gain' berekend (Manning & DuBois 1958). Via regressie-analyse werd de verwachte toename op meetmoment 3 voorspeld aan de hand van de score op meetmoment 1. De verwachte toename werd vervolgens van de werkelijke toename afgetrokken en wat overblijft is de residual gain.

Voor beide groepen therapeuten werd de gemiddelde residual gain berekend, zowel voor de KIMS subschaal 'observeren' als voor de subschaal 'beschrijven'. Wanneer iemand ernstigere klachten vertoont, kunnen we verwachten dat die ook minder snel vooruitgang zal maken, daarom werd de variabele 'ernst van de klachten' als covariaat opgenomen in de analyse. Univariate variantieanalyse leverde volgende data op voor 'beschrijven' $F(1,55) = .115$, $p = .736$ met covariaat 'ernst klachten' $F(1,55) = 6.104$, $p = .022$; $R^2 = .040$. Voor 'observeren' werden volgende data gevonden $F(1,55) = .112$, $p = .739$ met covariaat 'ernst klachten' $F(1,55) = 1.525$, $p = .143$; $R^2 = .054$.

Zowel voor beschrijven als voor observeren zijn de verschillen niet significant. Predictie 4a wordt dus niet bevestigd.

Om *predictie 4b* te toetsen werden de gemiddeldes, aan de hand van een univariate variantieanalyse, vergeleken op de subschaal 'openen van gevoelens' van de FOSR tussen de Haptogroep en de niet-Haptogroep; $F(1,70) = .160$, $p = .690$, $R^2 = .029$. Daarbij werd de score gecorrigeerd voor de score op de subschaal 'focusing attitude' van dezelfde vragenlijst door deze op te nemen als covariaat. Eerder onderzoek van J. Iberg (2002) toont aan dat de score op deze schaal de score op de subschaal 'opening of feelings' voorspelt; hoe meer 'focusing attitude', hoe groter de score voor 'opening of feelings', $F(1,70) = 17.695$, $p = .000$. Ook de ernst van de klachten bij aanmelding werd opgenomen als covariaat, $F(1,70) = .067$, $p = .796$.

Het verschil tussen beide groepen is niet significant; *predictie 4b* wordt niet bevestigd.

Om *predictie 4c* te toetsen werden de gemiddeldes, aan de hand van een univariate variantieanalyse, vergeleken op de subschaal 'openen van gevoelens' van de TRCFA tussen de Haptogroep en de niet-Haptogroep. Daarbij werd de score gecorrigeerd voor de score op de subschaal 'focusing attitude' van dezelfde vragenlijst en voor de ernst van de klachten.

Op sessieniveau wordt er geen significant verschil gevonden tussen de Haptogroep en de niet-Haptogroep, $F(1,75) = 1.372$, $p = .245$, $R^2 = .023$. Wat betreft covariaten heeft enkel 'focusing attitude' een invloed: $F(1,75) = 12.864$, $p = .001$; 'ernst klachten' $F(1,75) = .980$, $p = .325$.

Op behandelniveau vinden we wel een significant verschil; $F(1,71) = 3.992$, $p = .05$, $R^2 = .507$. Voor de covariaten vinden we volgende resultaten: 'focusing attitude' $F(1,71) = 62.138$, $p = .000$; 'ernst klachten' $F(1,71) = .326$, $p = .570$. Ook hier is er geen significante invloed van de ernst van de klachten op 'opening of feelings'.

Vergelijking van beide groepen toont aan dat haptotherapeuten, op behandelniveau, meer 'opening of feelings' signaleren bij hun patiënten ($M = 70.167$) dan de andere lichaamsgerichte therapeuten ($M = 62.248$).

Predictie 4c wordt niet bevestigd op sessieniveau (meetmoment 2), maar wel op behandelniveau (meetmoment 3).

Hoofdstuk 5. Bespreking resultaten

5.1 Interventies

5.1.1 De aanrakingen in haptotherapie zijn steeds gecombineerd met contact maken tussen de therapeut en cliënt.

Deze hypothese kon *niet bevestigd* worden. Er werd in het kwalitatief onderzoek wel een verschil gevonden in de mate waarin de beide groepen verwijzen naar 'contact maken' als doelstelling van hun aanrakingen. Bij de andere therapeuten werd er geen enkele keer verwezen naar 'contact maken'. Maar het verschil was niet significant. Haptotherapeuten zouden in verhouding dus niet significant vaker aanraken met als doelstelling persoonlijk contact te maken. Voor beide groepen is ongeveer een vierde van de doelstellingen gericht op 'contact maken'. In het huidige onderzoek werd echter niet specifiek gevraagd naar de doelstellingen van lichamelijk contact tussen therapeut en cliënt. Het is dan ook mogelijk dat we andere resultaten zouden bekomen wanneer deze wel bevraagd zouden worden.

Wanneer er aangeraakt wordt is de doelstelling dus niet verschillend voor haptotherapeuten en andere therapeuten. Wat wel naar voor kwam bij deze kwalitatieve analyse, is dat haptotherapeuten hun cliënten *vaker aanraken*. Bij de haptotherapeuten bestaan 80 percent van de lichaamsgerichte activiteiten uit lichaamscontact, terwijl dat bij de andere therapeuten slechts 27 percent is. Dat betekent dus ook dat zij toch vaker zullen werken met de doelstelling 'contact maken'.

Wat betreft de hypothese kon ook de kwantitatieve analyse geen ondersteuning bieden. De correlatie tussen de mate waarin de therapeut de fysieke situatie waarin de patiënt zich bevindt concreet verandert (dmv. aanraking, massage, manipulatie, veranderen van de omgeving,...) en de subschaal 'psychologisch contact' van de BA-T, was *niet*

significant voor de haptotherapeuten. De correlatie was wel positief voor de andere therapeuten. Het verschil tussen beide groepen was echter niet significant.

De subschaal 'psychologisch contact' verwijst naar de mate waarin de therapeut de cliënt ondersteunt bij het ontwikkelen van een *gedeelde aandacht* tussen therapeut en cliënt. Het betreft een gedeelde aandacht voor fysieke elementen in de sessie die door beiden zintuiglijk waarneembaar zijn. Het is mogelijk dat haptotherapeuten op een andere manier contact proberen te maken met hun cliënten dan via een gedeeld psychologisch contact.

In kleine groepen is het moeilijker om een significante correlatie te vinden en de haptogroep was in het huidige onderzoek amper de helft van de niet-haptogroep. Dit zou het gebrek aan correlatie bij de haptotherapeuten kunnen verklaren.

Uit de data blijkt verder dat haptotherapeuten vaker aangeven concrete veranderingen aan te brengen in de fysieke situatie waarin de patiënt zich bevindt (subschaal sturing). Dit ligt in de lijn van de eerdere bevindingen; namelijk dat haptotherapeuten hun cliënten vaker aanraken.

De haptotherapeuten geven ook vaker aan dat ze de patiënt ondersteunen bij het ontwikkelen van een lichaamsgevoel (subschaal gewaarworden).

Wat betreft het uiten en verwoorden van gewaarwordingen of ervaringen, geven de andere lichaamsgerichte therapeuten vaker aan dit te doen (subschaal expressie). De gemiddelde score voor de haptotherapeuten ligt tussen 'eerder wel' en 'eerder niet' van toepassing voor deze behandeling. Dit lijkt in te druisen tegen het belang dat in haptotherapie gehecht wordt aan het verwoorden van gevoelens en ervaringen.

We kunnen dus wat betreft de eerste hypothese besluiten dat er, op basis van de data-analyse, niet aangetoond kan worden dat aanrakingen in haptotherapie, vaker dan in andere therapieën, gecombineerd zijn met of gericht zijn op contact maken tussen de therapeut en cliënt. Wel kunnen we besluiten dat er tijdens een haptotherapiesessie vaker aangeraakt wordt en dat ook de aard van de aanrakingen verschilt tussen haptotherapeuten en andere therapeuten. Haptotherapeuten maken bijna uitsluitend

gebruik van aanrakingen die enkel en alleen uit fysiek contact bestaan, terwijl andere therapeuten ook meer gebruik maken van massage- en manipulatietechnieken.

5.1.2 De interventies in haptotherapie zijn gericht op een combinatie van lichamelijk gewaarworden en het verwoorden of uitdrukken daarvan.

Ook deze tweede hypothese kon niet bevestigd worden. Bij de haptogroep was geen enkele correlatie significant. Dit ligt opnieuw in de lijn van de eerdere vaststelling dat de haptotherapeuten zélf minder vaak aangeven hun cliënten te ondersteunen om diens gewaarwordingen en ervaringen te uiten of te verwoorden.

Voor de niet-haptogroep werden er wel positieve correlaties gevonden tussen lichamelijk gewaarworden en het uitdrukken van die gewaarwording. Enkel voor de correlatie tussen de subschalen 'psychologisch contact' en 'gewaarworden' was het verschil tussen beide groepen *significant*. Dit betekent dat er in de niet-haptogroep een grotere samenhang is tussen de mate waarin de therapeut de aandacht van de cliënt richt op de fysieke realiteit en de mate waarin de therapeut de cliënt ondersteunt bij het ontwikkelen van een gedeelde aandacht tussen therapeut en cliënt.

In eerder onderzoek (Dekeyser, Leijssen, & Elliot, 2008) werd reeds een positieve correlatie gevonden tussen beide subschalen; beide schalen verwijzen naar interventies om het lichamelijk gewaarworden bij de cliënt te bevorderen. Uit dat onderzoek, waarin 47 verschillende therapievormen opgenomen werden, blijkt zelfs dat alle subschalen onderling positief gecorreleerd zijn. Het feit dat dit bij de haptotherapeuten niet het geval was is dus eerder uitzonderlijk dan het feit dat dit bij de niet-haptogroep wel het geval was.

Het ontbreken van een correlatie tussen de verschillende subschalen bij de haptogroep kan te wijten zijn aan verschillende zaken. Ook hier geldt dat de groep van haptotherapeuten kleiner was en er dus moeilijker een significante correlatie gevonden kon worden. Desondanks gaat het hier over een zeer kleine correlatie ($r(26) = .001$) die moeilijk verklaard kan worden enkel en alleen door een kleine steekproef.

Een andere mogelijkheid is dat de haptotherapeuten een ander jargon gebruiken en dat zij de verschillende items anders geïnterpreteerd hebben. De items van de BA-T werden echter speciaal ontwikkeld om zo jargon-vrij mogelijk te zijn (Dekeyser, Leijssen, & Elliot, 2008) waardoor deze verklaring niet plausibel lijkt.

Uit het kwalitatief onderzoek bleek reeds dat haptotherapeuten vaker werken met 'lichamelijk contact' dan andere lichaamsgerichte therapieën. Ook de aard van hun aanrakingen bleek anders te zijn, vergeleken met andere therapieën. Het is dan ook mogelijk dat de haptotherapeuten op een andere manier omgaan met lichaamsgerichte activiteiten in een sessie en dat dit een mogelijke verklaring kan zijn voor het ontbreken van correlaties op deze vragenlijst.

Voor deze hypothese kan geconcludeerd worden dat er in haptotherapie, in vergelijking met andere lichaamsgerichte therapieën, niet vaker overgegaan wordt tot het verwoorden van lichamelijke gewaarwordingen.

5.1.3 Haptotherapeuten gebruiken empathie op een andere, meer fysieke manier in contact met hun cliënten dan andere lichaamsgerichte therapeuten.

Deze derde hypothese kon niet bevestigd worden. Beide groepen scoren even hoog voor 'lichamelijke empathie'. Alle therapeuten rapporteren in grote mate het gebruik van aandacht voor het lichamelijke gebeuren om zich in te leven in de cliënt.

5.2 Effect

5.2.1. Bij cliënten van haptotherapeuten komt er doorheen de therapie meer openheid voor het eigen lichaam en de eigen gevoelens dan bij andere lichaamsgerichte therapieën.

Voor deze laatste hypothese werd slechts *gedeeltelijke ondersteuning* gevonden. Tussen de beide groepen was er geen verschil in toename van mindfulness. De cliënten zelf

rapporteerden op sessieniveau niet vaker het 'openen van gevoelens' in vergelijking met cliënten van de niet-haptogroep. De haptotherapeuten zelf rapporteerden op sessieniveau niet vaker 'openen van gevoelens' bij hun cliënten dan de andere lichaamsgerichte therapeuten. Maar dat deden ze wel op behandelniveau. De haptotherapeuten zelf rapporteerden over de hele behandeling meer emoties en lichamelijk gevoelde ervaringen bij hun cliënten. Het is jammer dat we voor de cliënten niet konden nagaan of ook zij, in vergelijking met cliënten bij andere lichaamsgerichte therapeuten, meer emoties en lichamelijke gevoelens zouden rapporteren over de hele behandeling.

In de beleving van de therapeuten vinden we evidentie voor de hypothese. De haptotherapeuten rapporteren bij hun cliënten een grotere toename in openheid voor het eigen lichaam en de eigen gevoelens, dan andere therapeuten.

5.3 Beperkingen van het onderzoek

Het huidige onderzoek was onderdeel van een breder onderzoek met een andere onderzoeksvraag. De vragenlijsten die werden gebruikt waren niet enkel afgestemd op de onderzoeksvragen van deze studie. De meetinstrumenten werden geselecteerd om zo breed mogelijk toepasbaar te zijn en dat is zowel een zwakte als een sterkte. Een aantal lichaamsgerichte benaderingen, waaronder haptotherapie, hebben geen eigen meetinstrumenten ontwikkeld. Door brede meetinstrumenten te gebruiken kunnen ook deze benaderingen opgenomen worden in wetenschappelijk onderzoek. Een gevaar is dat specifieke aspecten van deze benaderingen niet bevraagd kunnen worden met een breed instrument en dus niet naar voor komen in het onderzoek. Onderzoek toont ook aan dat je grotere effecten bekomt naarmate je eigen schalen gebruikt (Lambert & Ogles, 2004). Dit is natuurlijk dubbel, omdat je kan argumenteren dat een deel van de resultaten mogelijk het effect van 'self-fulfilling prophecy' is. Het blijft een feit dat een breed meetinstrument niet alle specifieke interventies kan bevatten en zodoende kunnen deze ook niet bevraagd worden.

In het huidige onderzoek bijvoorbeeld is het heel goed mogelijk dat het concept 'contact maken' niet ten volle bevraagd is kunnen worden. De haptotherapeuten hebben een hele rijke theorie over *contact* en spreken zelfs over vijf verschillende soorten van contact. Voor elk van die soorten hebben ze ook een eigen benaming: assensus, circumsensus, persensus, transsensus en consensus. Deze zijn niet volledig van elkaar te onderscheiden, ze zijn verbonden.

We kunnen niet veronderstellen dat elk van deze concepten bijvoorbeeld in de factor 'psychologisch contact' vervat zitten. Mogelijkerwijs is dat de reden dat de hypothese over 'contact maken' niet bevestigd werd.

Om significante resultaten te kunnen bekomen is het bovendien aangewezen om met *grotere frequenties* in de haptotherapie te werken.

Nog een beperking is de theoretische 'vaagheid' van de haptotherapeutische literatuur. Er is ook een gebrek aan literatuur waarin een theoretische verbinding wordt gelegd met andere lichaamsgerichte therapeutische benaderingen. Haptotherapie en haptonomie beschikken over een hele brede en rijke basis van ideeën en theorieën. Er is echter een groot gebrek aan effectonderzoek en wetenschappelijke onderzoek om deze theorieën te bevestigen en onderbouwen. Het gebrek aan specifieke, haptonomische meetinstrumenten hangt ook hiermee samen.

5.4 Aanbevelingen voor toekomstig onderzoek

De literatuurstudie heeft bij mij heel wat vragen opgeroepen en mogelijke hypothesen hebben zich onder het lezen aangediend. Vermits ik met een bestaande dataset heb gewerkt kon ik niet alle hypothesen toetsen die ik had willen toetsen. Haptotherapie is wat betreft wetenschappelijk onderzoek vrijwel onontgonnen gebied. Het is dan ook nog een jonge therapievorm. Er wordt veelvuldig geschreven over de dagelijkse praktijk en toepassing van haptonomie en haptotherapie, maar wanneer je op zoek gaat naar wetenschappelijke publicaties is er weinig te vinden. Daar begint stilaan verandering in

te komen en dus wil ik op basis van mijn bevindingen graag nog enkele aanbevelingen doen voor eventueel toekomstig onderzoek.

Het lijkt me allereerst interessant voor de haptotherapeuten om eigen meetinstrumenten te ontwikkelen. Op die manier kan er meer en concreter effectonderzoek gebeuren naar haptotherapie en kunnen zij misschien uit het vakje van de 'alternatieve geneeswijzen' gehaald worden. Dat zou niet alleen de haptotherapie ten goede komen, maar ook, en vooral, hun cliënten die op die manier een hogere terugbetaling zouden kunnen krijgen voor hun sessies.

Ook wat betreft effectonderzoek zijn er nog veel mogelijkheden. In verband met het openen van gevoelens bijvoorbeeld, lijkt het me zeker zinvol om ook te kijken naar de zelfrapportage van cliënten op behandelniveau. Deze meting ontbrak in het huidige onderzoek en zou wellicht een duidelijker beeld kunnen geven van de mogelijke effecten van haptotherapie.

In het huidige onderzoek kwam meermaals naar voor dat haptotherapeuten andere interventies gebruiken dan hun collega-lichaamsgerichte therapeuten. Ook hier is er ruimte voor verdiepend onderzoek. Wat doen haptotherapeuten concreet anders en wat zijn daar dan de effecten van? In het verlengde van onze eerste hypothese kan hier dan ook dieper ingegaan worden op de doelstellingen of achterliggende theorieën van de gebruikte interventies. Zodoende kan er een duidelijk theoretisch en wetenschappelijk kader opgebouwd worden en wordt de praktijk van de haptotherapie meer evidence-based.

Haptotherapie werkt naar contact met zichzelf en van daaruit ook met zijn omgeving. De cliënt leert zichzelf te zijn en in zijn gedrag rekening te houden met zijn omgeving zonder zijn persoonlijkheid aan te passen (Plooij, 2005). Uit eerder onderzoek van Dekeyser et al. (2007) blijkt dat meer mindfulness samengaat met meer initiatief naar anderen toe en minder sociale angst. Wanneer er meer openheid naar zichzelf komt bij de cliënt zal er dus ook meer openheid komen naar anderen toe en zal het contact met anderen minder angst met zich meebrengen.

De resultaten van Dekeyser et al. (2007) wijzen er op dat ook deze hypothese, namelijk dat er bij haptotherapie meer initiatief naar anderen toe zal komen en dat dit gepaard zal gaan met minder angst, bevestigd zou kunnen worden. Deze hypothese werd in het huidige onderzoek niet getoetst. Toch zou ook dit een boeiende onderzoeksvraag kunnen vormen.

Meer gespecialiseerde gebieden van haptotherapie, zoals zwangerschaps-, sport- en pijnbegeleiding, zijn gebieden waar ook nog veel en interessant wetenschappelijk onderzoek verricht kan worden. De haptotherapeuten hebben dus nog heel wat werk voor de boeg om hun therapievorm echt op de kaart te zetten.

Besluit

Ik begon mijn uiteenzetting met een uitgebreide voorstelling van haptotherapie als lichaamsgerichte therapievorm. Haptotherapie is een zeer recente therapie die haar wortels heeft in de haptonomie. Het doel van deze studie was op zoek te gaan naar de eigenheid van haptotherapie. Wat is, volgens literatuur en experts, de eigenheid van haptotherapie en wat onderscheidt deze therapievorm van andere lichaamsgerichte therapieën? Vervolgens werd geprobeerd om deze theoretische overwegingen ook in de praktijk te gaan toetsen. Wegens de aard van het onderzoek konden niet alle aspecten getoetst worden en na lang beraad werden er vier hypothesen weerhouden.

Het eerste aspect dat werd nagegaan was het gebruik van 'contact maken' tussen de therapeut en cliënt. Met 'contact maken' wordt meer dan louter *fysiek* contact maken bedoeld. Het gaat om een *ontmoeting* tussen twee mensen, een *wederzijds* contact. De hypothese dat *aanraken* bij haptotherapeuten steeds gepaard gaat met *contact maken*, kon niet bevestigd worden.

Haptotherapeuten hechten veel belang aan het verwoorden van ervaringen en gewaarwordingen. Een tweede hypothese was dan dat er een samenhang zou zijn tussen lichamelijke gewaarwordingen en het verwoorden of uitdrukken ervan. Ook voor deze hypothese kon geen evidentie gevonden worden.

De haptotherapeut zelf zou ook een andere rol hebben binnen de therapie. Een haptotherapeut brengt zijn eigen gevoel en zijn affectieve betrokkenheid in binnen de therapie. Hij laat zichzelf voelen. De affectieve bevestiging van de haptotherapeut zou verder gaan dan de empathie van de gemiddelde psychotherapeut. Hier werd de hypothese gevormd dat haptotherapeuten op een andere, meer lichaamsgerichte manier empathisch zijn dan andere therapeuten. Alle therapeuten rapporteren echter in even grote mate het gebruik van aandacht voor het lichamelijke gebeuren om zich in te leven in de gevoelens van de cliënt. Ook deze hypothese kon dus niet bevestigd worden.

Een laatste onderzoeksvraag betrof een mogelijk effect van haptotherapie. Er werd gekeken of het volgen van haptotherapie ertoe leidde dat er bij de patiënt meer openheid kwam voor diens gevoelens. Voor deze hypothese werd gedeeltelijke evidentie gevonden. In de beleving van de therapeuten zelf stelden we een verschil vast tussen de haptotherapeuten en de andere lichaamsgerichte therapeuten. Die laatste rapporteerden, over de hele behandeling, minder het openen van gevoelens bij hun cliënten dan de haptotherapeuten. Op sessioniveau vonden we geen verschil. Helaas ontbraken de gegevens van de cliënten om deze bevinding ook daar te toetsen.

Er werd dus weinig evidentie gevonden voor de hypothesen van deze studie. Er werden verschillen gevonden, maar die bleken niet significant te zijn en wezen ook niet in de richting van de hypothese. De enige concrete evidentie die gevonden werd voor de laatste hypothese, was gebaseerd op zelfrapportage door de therapeuten en kon niet vergeleken worden met andere scores. Tijdens de data-analyse kwamen echter enkele andere interessante aspecten aan het licht.

Haptotherapeuten raken hun patiënten vaker aan dan de andere lichaamsgerichte therapeuten. Wanneer ze hun patiënt aanraken is dat, net als bij de andere therapeuten, ongeveer één op vier keer met de doelstelling om contact te maken. Vermits de haptotherapeuten vaker aanraken, kan daaruit afgeleid worden dat zij toch vaker de doelstelling 'contact maken' zullen gebruiken dan andere therapeuten. Hierbij aansluitend blijkt uit de data dat haptotherapeuten ook vaker aangeven concrete veranderingen aan te brengen in de fysieke situatie waarin de patiënt zich bevindt.

De aard van de aanrakingen blijkt ook te verschillen tussen de twee groepen. Haptotherapeuten maken – volgens de data verzameld in dit onderzoek – uitsluitend gebruik van louter fysiek contact zoals bijvoorbeeld de handen op de rug, benen, buik,... van de cliënt leggen. De andere groep maakt daar in mindere mate gebruik van en werkt ongeveer de helft van de tijd met massage- en of manipulatietechnieken.

De haptotherapeuten geven tot slot ook vaker aan dat ze de patiënt ondersteunen bij het ontwikkelen van een lichaamsgevoel.

Het blijkt dus dat haptotherapie zich op bepaalde vlakken wel degelijk onderscheidt van andere lichaamsgerichte therapievormen en wellicht kan men, na verder onderzoek, nog meer aspecten vinden waarin de eigenheid van haptotherapie weerspiegeld wordt. Het lijkt dus zinvol om, zoals eerder aangegeven, bepaalde aspecten nog uitgebreider te onderzoeken. Maar het lijkt me ook zinvol om op zoek te gaan naar de overeenkomsten met andere lichaamsgerichte therapieën. Uit deze studie blijkt dat die duidelijk aanwezig zijn. Dat is geen grote verrassing, noch een negatief punt. Door meer te leren over andere therapievormen en de overeenkomsten te bepalen, kan er een uitwisseling ontstaan en zo kunnen alle lichaamsgerichte therapeuten van elkaar leren. Zulk een uitwisseling kan de discipline 'lichaamsgerichte therapie' enkel ten goede komen.

Ik hoop dat ik met mijn verhandeling een licht heb kunnen werpen op de lichaamsgerichte methode van haptotherapie en de eigenheid van deze therapievorm in vergelijking met andere lichaamsgerichte therapieën.

Referenties

Baer, R. A., Smith, G.T., & Allen, K.B. (2004) Assessment of mindfulness by self-report. The Kentucky Inventory of Mindfulness Skills. *Assessment*, 11, 191-206.

Boot, B. (2004). *Haptonomie. Een kwestie van gevoel*. Amsterdam: Archipel.

Corveleyn, J. & Luyten, P. (2004). *Grondbeginselen van het onderzoek: geesteswetenschappelijke benadering*. Ongepubliceerd manuscript, Katholieke Universiteit Leuven, Psychologisch Instituut

Dekeyser, M. (2006). *Helpende en storende processen in Haptotherapie. Draaiboek voor onderzoeksmedewerkers*. Ongepubliceerd manuscript, Katholieke Universiteit Leuven, Psychologisch Instituut.

Dekeyser, M., Raes, F., Leijssen, M., Leysen, S. & Dewulf, D. (2008). Mindfulness skills and interpersonal behaviour. *Personality and Individual Differences*, 44, 1235-1245.

Dekeyser, M., Leijssen, M, & Elliot, R. (2008). *Body-Oriented Activity Scale for Therapists (BA-T)*. Ongepubliceerd manuscript, Katholieke Universiteit Leuven & University of Strathclyde, Psychologisch Instituut.

Elliott, R., Slatick, E., & Urman, M. (2001). Qualitative change process research on psychotherapy: Alternative strategies. J. Frommer, & D. L. Rennie (Eds.), *Qualitative psychotherapy research: Methods and methodology* (pp. 69-111) Lengerich, Germany: Pabst Science Publishers.

Feller, G. (1992). *Haptonomie*. Geraadpleegd op 07 mei, 2008, van <http://www.stichting-promise.nl/artikelen/lichaamswerk--occultisme-en-genezing/haptonomie.htm>

Greenberg, L.S. (2002). *Emotion-Focused Therapy: Coaching Clients to Work Through Their Feelings*. Washington, DC: American Psychological Association Press.

Groothuis, R. (1995). *Training sociale vaardigheden*. Utrecht: Elsevier.

Het bestuur van de Vereniging Van Haptotherapeuten. (1999). *Beroepsprofiel*.
Geraadpleegd op 06 mei, 2008, van <http://www.haptotherapeuten-vvh.nl>

Het bestuur van de Vereniging Van Haptotherapeuten. (1999). *Historisch overzicht haptonomie/haptotherapie*. Geraadpleegd op 06 mei, 2008, van
<http://www.haptotherapeuten-vvh.nl>

Iberg, J.R. (2002). "Psychometric Development of Measures of In-session Focusing Activity: the Focusing-oriented Session Report and the Therapist Ratings of Client Process." In J.C. Watson, R. Goldman, & M. Warner (Eds.), *Client-centered and Experiential Psychotherapy in the 21st Century: Advances in Theory, Research and Practice* (pp. 221-246) Ross-on-Wye: PCCS Books.

Lambert, M.J., & Ogles, R.M. (2004). The Efficacy and Effectiveness of Psychotherapy. In M.J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. (5th ed.) (pp. 139-193). New York: John Wiley and Sons.

Lietaer, G., Van Broeck, N., Dekeyser, M, Stroobants, R. & Trijsburg, W. (2005). Doelstellingen en interventies in de vier psychotherapeutische hoofdorïëntaties: een vergelijkend onderzoek op basis van enquêtegegevens van Belgische therapeuten. *Tijdschrift Cliëntgerichte Psychotherapie*, 43, 165-192.

Manning, W. H., & DuBois, P. H. (1958). Gain in proficiency as a criterion in test validation. *Journal of Applied Psychology*, 42, 191-194.

Ministerie van volksgezondheid, welzijn en sport. (2008). *Wet BIG*. Geraadpleegd op 06 mei, 2008, van <http://www.minvws.nl/dossiers/wet-big/>

Plooi, E. (2005). *Haptotherapie. Praktijk en theorie*. Amsterdam: Harcourt.

Plooi, E. (red.) (2007). *Gevoel voor leven. Haptotherapeuten over hun werk*. Blaricum: Van der Veer Media.

Raad voor de Journalistiek. (1990). *F. Veldman en F.R. Veldman tegen Frits Abrahams en NRC-Handelsblad*. Geraadpleegd op 07 mei, 2008, van <http://www.rvdj.nl/1990/2>,

Van der Beek, F. (1995). *Haptonomie. De kunst van het aanraken*. 's-Gravenhage: BZZTôH.

Veldman, F. (1988). *Haptonomie. Wetenschap van de affectiviteit*. Utrecht: Bijleveld.

Veldman, F. (2007). *Levenslust en Levenskunst*. Blaricum: Van der Veer Media.

Wikimedia Foundation, Inc. (2008). *Bekken (anatomie)*. Geraadpleegd op 22 mei, 2008, van [http://nl.wikipedia.org/wiki/Bekken_\(anatomie\)](http://nl.wikipedia.org/wiki/Bekken_(anatomie))

Bijlage 1

De items van de Body-oriënted Activity scale for Therapists (BA-T) met vraagnummer.

Van toepassing op mijn werk met deze cliënt?

0 = zeker niet 1 = eerder niet 2 = eerder wel 3 = zeker wel

Subschaal Gewaarworden

1. De cliënt helpen om het fysieke te observeren zonder oordeel (bvb. zijn/haar ademhaling, de therapiekamer, zijn/haar slaapkamer zoals hij/zij die zich herinnert, ...).
10. De cliënt helpen om zich meer gewaar te worden van het fysieke (bvb. een gevoel in de schouders, een geur, ...).
12. De cliënt helpen om de aandacht zorgvuldig bij het fysieke te houden (bvb. lichamelijke of zintuiglijke gewaarwordingen).

Subschaal Sturing

5. De fysieke situatie van de cliënt aanpassen (bvb. door naast de cliënt te gaan zitten, door de cliënt rechtop te laten zitten, door de kamer te verduisteren, ...).
9. Bepaalde fysieke ervaringen mogelijk maken (bvb. werken met kussens, de cliënt zich laten inbeelden dat hij/zij op een bepaalde plaats is, ...).
13. De cliënt in een bepaalde lichamelijke situatie brengen (bvb. ingesloten zijn, ontspannen zijn, ...).
19. Iets ondernemen op een concreet, lichamenlijk niveau (bvb. werken met afstand, de ademhaling regelen, ...).
22. Een bepaalde fysieke situatie aanbieden (bvb. een gewaarwording, lichamenlijk contact, bepaalde stimuli).

Subschaal Psychologisch contact

3. Spreken over de fysieke situatie waarin we ons bevinden (bvb. de therapieruimte, onze onderlinge afstand, ...).
7. Beschrijven wat ik zelf waarneem bij het lichaam van de cliënt (bvb. een bepaalde beweging, triest gezicht, ...).
15. De fysieke situatie van de cliënt beschrijven (bvb. lichaamshouding, waar de cliënt naar kijkt, ...).
17. De cliënt attent maken op iets fysieks (bvb. dat de cliënt met de voeten wiebelt, een bepaald geluid, ...).

Subschaal Expressie

- 11. Met de cliënt zoeken naar passende metaforen, beelden of handelingen (bvb. "alsof er een steen in je maag zit", "alsof je klaar bent voor de aanval", ...).
- 16. Met de cliënt zoeken naar die ene uitdrukking die best past bij zijn/haar beleving van het moment (bvb. zeggen "Ik kan niet meer," de ogen bedekken met de handen, stampvoeten, ...).
- 23. Met de cliënt zoeken naar een eerste uitdrukking van datgene wat hij/zij nu ervaart (bvb. één passend woord, voorwerp, tekening, beweging, ...).

Subschaal Empathie

- 4. Mijn lichamelijk gewaarzijn gebruiken om gevoelsbetekenissen aan te voelen die de cliënt zich nog niet ten volle realiseert (bvb. verdriet, zin om te vertrekken, ...).
- 6. Observeren hoe mijn lichaam reageert wanneer ik me inleef in de cliënt (bvb. onrust, een krop in de keel).
- 8. Bij de cliënt toetsen of een uitdrukking/handeling die de cliënt bij mij oproept, van betekenis is voor de cliënt (bvb. zin hebben om te schreeuwen, willen opstaan en weggaan ...)
- 14. Aandacht hebben voor fysieke ervaringen of handelingen die zich als vanzelf bij mij aandienen wanneer ik meevoel met de cliënt (bvb. mijn hoofd dat zwaar begint te wegen, ongeduld in mijn benen, ...).
- 18. Me proberen voor te stellen hoe het is om in de fysieke situatie van de cliënt te verkeren (bvb. een aanhoudende buikpijn voelen, ineengedoken zitten, ...)
- 25. Toelaten dat mijn lichaam resoneert met dat van de cliënt (dat ik bvb. vanzelf de lichaamshouding van de cliënt overneem, dat ik lijfelijk iets van zijn/haar spanning voel, ...).

Restgroep

- 2. De cliënt uitnodigen om uitdrukkingen die zich tijdens de sessie vanzelf bij hem/haar lijken aan te dienen zorgvuldig te herhalen of te ervaren (bvb. voel eens hoe je je armen kruist; sta eens op; zeg nog eens 'Ik heb er genoeg van' ...).
- 20. De cliënt helpen om zich open te stellen voor het fysieke (bvb. een gevoel in de buik, een zintuiglijke herinnering, ...).
- 21. Spreken over hoe de cliënt fysiek gestalte geeft aan ons contact (bvb. met welke lichaamshouding, afstand, ...)
- 42. De aandacht van de cliënt gronden in het fysieke (bvb. zintuiglijke observatie, lichaamshouding, beweging, ...).

Bijlage 2

De items van de subschaal 'Opening of Feelings' van de Focusing Oriented Session Report (FOSR)

2. In welke mate opende zich de "toegang" tot je gevoelens in deze sessie?

<i>Helemaal niet.</i> Ik voelde me gesloten en op mijn hoede.	<i>Nogal wat.</i> Op een paar momenten was ik in contact met gevoelens.	<i>Uitermate.</i> Diepe gevoelens openden zich en bewogen me op onverwachte wijze.
.		
<i>Een beetje.</i> Ten minste één keer tijdens de sessie heb ik duidelijk iets gevoeld.		<i>Heel veel.</i> Meerdere keren in de sessie openden zich enkele gevoelens.

4. In welke mate begreep je therapeut wat je voelde en dacht in deze sessie? MIJN THERAPEUT

Begreep precies wat ik dacht en hoe ik me voelde.	Begreep me vrij goed, maar sommige dingen leek hij/zij niet te begrijpen.	Begreep mijn gedachten en gevoelens verkeerd.
.		
Begreep heel goed wat ik dacht en hoe ik me voelde.		Begreep niet al te goed wat ik dacht en hoe ik me voelde.

7. In welke mate vind je dat je hebt kunnen uitdrukken wat voor jou waardevol was om aan bod te laten komen?

<i>Helemaal.</i> Alles wat aan bod kwam voelde aan als belangrijk/waardevol.	<i>Vrij veel.</i> Een deel van wat aan bod kwam was heel goed, een deel maar zo-zo.	<i>Niet veel.</i> De meeste dingen die aan bod kwamen waren niet echt belangrijk voor me.
.		
<i>Heel veel.</i> Het grootste deel van wat aan bod kwam was heel waardevol voor mij.	<i>Enigszins.</i> Op sommige momenten was wat aan bod kwam niet zo nuttig voor mij.	<i>Helemaal niet.</i> De dingen die aan bod kwamen zijn voor mij weinig of niet belangrijk.

a. Hoe intens was de meest intense emotie die je hebt gevoeld?

b. Soms houden mensen tijdens de sessie hun meer intense gevoelens voor zichzelf, om allerlei redenen. Hoeveel tijd werd besteed aan het praten over, of het openlijk uitdrukken van je meest intense emoties?

14. De houding van mijn therapeut leek veeleer

17. In welke mate was je in staat de volledige complexiteit uit te drukken van jouw situatie en je gevoelens daarbij?

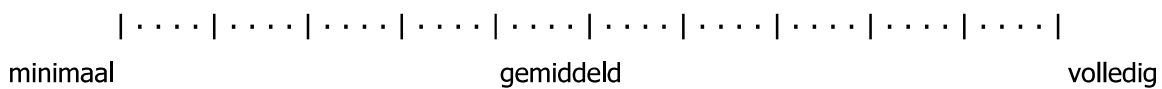
22. In welke mate voelde je je veilig voor kritiek tijdens de sessie, vergeleken met je dagdagelijkse leven?

72

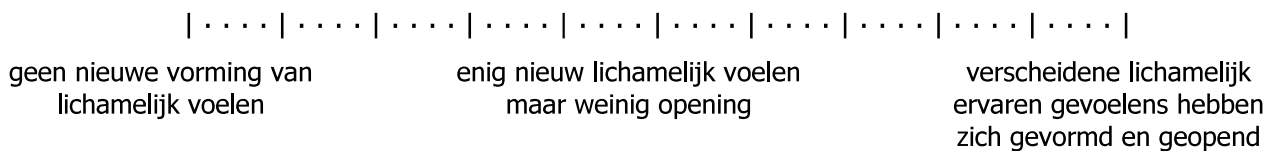
Bijlage 3

De items van de subschaal 'Opening of Feelings' van de Therapist ratings of client focusing activity (TRCFA)

1. In welke mate heeft de client de volledige complexiteit uitgedrukt van de gevoelens waaraan in deze behandeling gewerkt werd (interne en externe aspecten van deze gevoelens inbegrepen)?



2. In welke mate heeft de client het meegemaakt dat zich onmiddellijke, lichamelijke ervaren gevoelens vormden en openden?



Bijlage 4

Vragenlijst Helpful Aspects of Therapy (HAT)

1. Heeft je cliënt NAAR JOUW AANVOELEN in deze sessie iets meegemaakt dat voor hem/haar HELPEND OF BELANGRIJK is of kan zijn? Dit kan betrekking hebben op één kort moment of op een iets langer stuk uit de sessie.

☐ JA ☐ NEEN, EIGENLIJK NIET -> ga verder naar vraag 2

Zo ja, beschrijf hieronder WAT er gebeurde: wat de cliënt precies ervaarde, zei of deed, en/of wat je zelf ervaarde, zei of deed.

Kan je tevens aangeven WAAROM het helpend was? Beschrijf IN WELKE ZIN precies het gebeuren voor je cliënt helpend of belangrijk was of wat het hem/haarpersoonlijk bijgebracht heeft.

IN WELKE MATE was dit gebeuren HELPEND of BELANGRIJK? Zet een kruisje in het hokje dat het best je aanvoelen hierover weergeeft.

☐ slechts matig ☐ duidelijk ☐ uitermate

2. Heeft je cliënt naar jouw aanvoelen in deze sessie iets meegemaakt dat hij/zij als STOREND beleefd heeft? Dit kan betrekking hebben op één kort moment, of op een iets langer stuk uit de sessie.

☐ JA ☐ NEEN, EIGENLIJK NIET -> ga verder naar vraag 3

Zo ja, beschrijf hieronder WAT er gebeurde: wat de cliënt precies ervaarde, zei en/of deed, of wat je zelf ervaarde, zei of deed.

Kan je tevens aangeven WAAROM het storend was? Beschrijf IN WELKE ZIN precies het gebeuren voor je cliënt storend was.

IN WELKE MATE was dit gebeuren STOREND? Zet een kruisje in het hokje dat het best je aanvoelen hierover weergeeft.

☐ slechts matig ☐ duidelijk ☐ uitermate

3. Heb je ZELF in deze sessie een LICHAMELIJKE OF ZINTUIGLIJKE ERVARING gehad die je BIJ BLIJFT? Dit kan betrekking hebben op één kort moment of op een iets langer stuk uit de sessie.

☐ JA

☐ NEEN, EIGENLIJK NIET -> ga verder naar vraag 4

Zo ja, beschrijf hieronder WAT er gebeurde: wat je precies lichamelijk of in je omgeving ervaarde.

4. Heb je in deze sessie iets ANDERS gedaan dan praten met je cliënt? Dit kan betrekking hebben op één kort moment of op een iets langer stuk uit de sessie.

☐ JA ☐ NEEN, EIGENLIJK NIET -> ga verder met het vervolg van de vragenlijst

Zo ja, beschrijf hieronder WAT er gebeurde: wat je precies gedaan hebt, behalve praten met je cliënt.