

Haptotherapie voor kinderen en ouders: een case-based time-series-onderzoek naar boze buien, acceptatie, affectieve ouder- kindinteractie en opvoedingsbelasting

**Monica Pollmann, Floor van Rooij &
Roos Rodenburg**

Kind en adolescent

ISSN 0167-2436

Kind Adolesc

DOI 10.1007/s12453-018-0189-4



Your article is protected by copyright and all rights are held exclusively by Bohn Stafleu van Loghum is een imprint van Springer Media B.V., onderdeel van Springer Nature. This e-offprint is for personal use only and shall not be self-archived in electronic repositories. If you wish to self-archive your article, please use the accepted manuscript version for posting on your own website. You may further deposit the accepted manuscript version in any repository, provided it is only made publicly available 12 months after official publication or later and provided acknowledgement is given to the original source of publication and a link is inserted to the published article on Springer's website. The link must be accompanied by the following text: "The final publication is available at link.springer.com".

Haptotherapie voor kinderen en ouders: een case-based time-series-onderzoek naar boze buien, acceptatie, affectieve ouder-kindinteractie en opvoedingsbelasting

Monica Pollmann · Floor van Rooij · Roos Rodenburg

Samenvatting

Inleiding Deze studie onderzoekt de potentiële effecten van haptotherapie voor een tienjarig meisje en haar ouders.

Methode De opzet van het onderzoek is een single-case experimenteel design met een baseline, interventieperiode I, een interventievrije periode en interventieperiode II.

Meetinstrumenten De effecten werden gemeten met online dagboekjes (acceptatie, aantal boze buien), observaties (affectief contact) en voor- en nametingsvragenlijsten (opvoedbelasting, gedragsproblemen). Interventie-effecten voor haptotherapie werden berekend met simulation modeling analysis en reliable change indices.

Resultaten Er was een toename van affectief contact en dagelijkse acceptatie; de dagelijkse boze buien, gedragsproblemen en opvoedingsbelasting namen gedurende de behandeling af. Kenmerkend was dat de afname van het aantal boze buien gevolgd werd door een toename van moederlijke acceptatie. Moeder en dochter lijken elkaar daarbij over en weer te beïnvloeden.

Conclusie In een kortdurend traject met een minimale belasting van wekelijkse sessies bleken positieve veranderingen op te treden. Haptotherapie lijkt een veelbelovende kortdurende behandeling te zijn voor kinderen met mild probleemgedrag en ouders die problemen ervaren in de opvoeding.

M. Pollmann, MSc
Academie voor Haptonomie, Doorn, Nederland

F. van Rooij, PhD · R. Rodenburg, PhD
Research Institute of Child Development and Education, Universiteit van Amsterdam, Amsterdam, Nederland

R. Rodenburg, PhD
Stichting Epilepsie Instellingen Nederland (SEIN), Heemstede, Nederland

M. Pollmann, MSc (✉)
Haptotherapiepraktijk, Achterstraat 80, 3961 BJ Wijk bij Duurstede, Nederland
e-mail: monica.pollmann@planet.nl

Kind Adolesc. <https://doi.org/10.1007/s12453-018-0189-4>

© Bohn Stafleu van Loghum is een imprint van Springer Media B.V., onderdeel van Springer Nature 2018

Trefwoorden

haptotherapie bij kinderen · affectieve interactie · boze buien

Haptotherapy for children and parents: a case-based time-series study of angry outbursts, acceptance, affective parent-child interaction and parenting stress

Abstract

Objective This study examines the potential effects of haptotherapy on a 10-year old girl and her parents.

Method A single-case experimental design with a baseline period, intervention period I, withdrawal period and intervention period II.

Instruments Online diaries (acceptance, frequency of angry outbursts), observations (affective contact), and pre-test and post-test questionnaires (parenting stress, problem behaviour). The intervention effects of haptotherapy were calculated with simulation modelling analysis and reliable change indices.

Results Affective contact and daily acceptance increased, and daily angry outbursts, behaviour problems and parenting stress decreased during treatment. The decrease in the frequency of angry outbursts was followed by an increase in motherly acceptance. Mother and daughter appeared to influence each other bi-directionally.

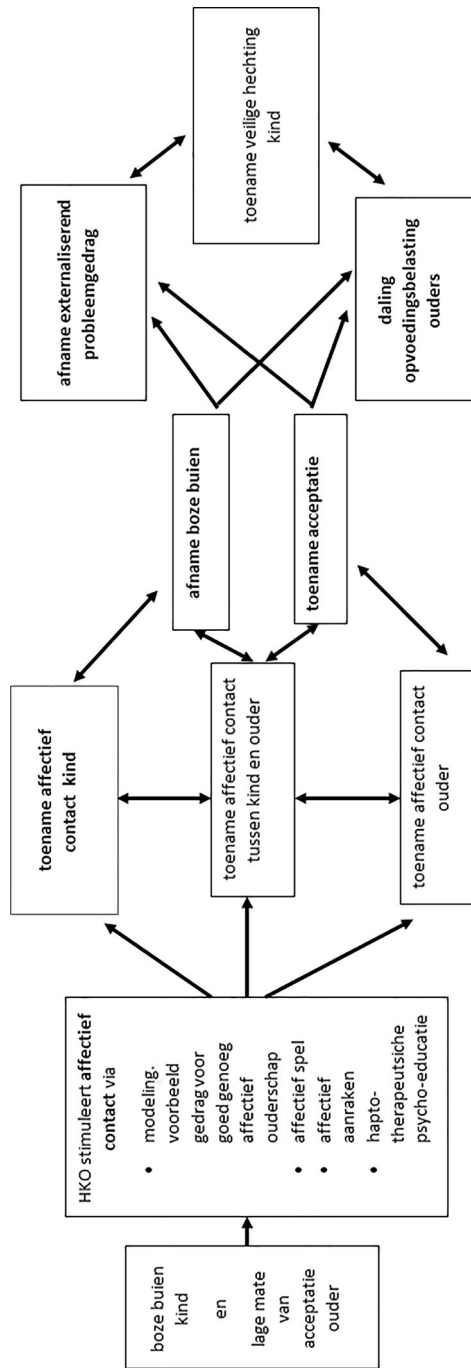
Conclusion Positive change processes were observed during a short haptotherapeutic intervention. Haptotherapy appears to be a promising short treatment for children with mild behavioural problems and parents who experience parenting problems.

Keywords

haptotherapy for children · affective interaction · angry outbursts

Inleiding

Positieve affectie, responsiviteit en voorspelbaarheid in de opvoeding gaan vaak samen met een gunstige ontwikkeling van kinderen (Aubrey en Ward 2013): kinderen hebben minder problemen, laten meer prosociaal gedrag zien en hebben een betere gezondheid. Deze bevindingen sluiten aan bij de hechtingstheorie (Bowlby 1973) en de sociale leertheorie (Bandura 1977). Volgens de hechtingstheorie ontwikkelen kinderen een veilige hechtingsrelatie wanneer de ouders liefdevol, sensitief, responsief en voorspelbaar op hen reageren. Het kind ontwikkelt daarbij vertrouwen in de ander en in zichzelf, hetgeen gunstig is voor zijn/haar verdere psychosociale ontwikkeling (Ainsworth 1982). Sociaal leertheoretisch beschouwd nemen kinderen gedrag van ouders over (Bandura 1977). Als ouders liefdevol zijn en rekening houden met de behoeften van hun kinderen, nemen kinderen dit gedrag over en laten als gevolg daarvan meer sociaal gedrag zien.



Figuur 1 Theorie van verandering: haptotherapeutisch behandelschema voor kind en ouder bij boze buien en opvoedingsstress. De afhankelijke variabelen uit dit onderzoek zijn *dikgedrukt*

Ouders en kinderen kunnen soms verstrikt raken in een negatieve ouder-kind-spiraal. Daarbij kunnen negatieve afdwingende cycli ontstaan, waarbij ouders met inconsistent opvoedgedrag of harde disciplineren reageren op ongewenst gedrag van het kind. Kinderen laten als gevolg daarvan weer minder sociaal gedrag (Patterson 1982) en meer externaliserend probleemgedrag (Lunkenheimer et al. 2011) zien. Het aanknopingspunt voor verandering in deze cyclus ligt dan zowel bij de ouders als bij het kind.

Haptotherapie voor kind en ouder (HKO) is een therapievorm die ingezet kan worden om de cycli van afdwingen tussen ouder en kind te doorbreken. Dit gebeurt door het affectieve contact bij het kind en tussen ouder en kind te bevorderen. Haptotherapie is een therapeutische toepassing die zijn oorsprong vindt in de haptonomie. Haptonomie, te vertalen vanuit het Grieks als 'de regels van het gevoel en het aanraken', bestudeert en beschrijft menselijk contact en hoe dat beïnvloed wordt door het letterlijk en figuurlijk voelen (Boot 2004). Frans Veldman (1921–2010), de grondlegger van de haptotherapie, heeft de haptonomie toepasbaar gemaakt voor therapeutisch en begeleidend contact. De vooronderstelling van HKO is dat zodra het affectieve contact tussen ouder en kind wordt bevorderd, het de ouder lukt meer accepterend te zijn en symptomen bij het kind, zoals boos en opstandig gedrag, afnemen (fig. 1). Uitgangspunt hierbij is dat acceptatie van het kind door de ouder grondvoorwaarde is voor het affectieve bevestigende contact.

Haptotherapie voor kind en ouder

Haptotherapie voor kind en ouder (HKO) is een behandelingsvorm in de eerste-lijnsgezondheidszorg die voortkomt uit de haptotherapie voor volwassenen. Haptotherapie is een vorm van psychosociale hulpverlening die tot doel heeft de cliënt meer in contact te brengen met wat hij zowel lichamelijk als emotioneel voelt. Hierbij staat het affectieve contact met zichzelf en met de omgeving centraal. Allereerst wordt de combinatie van het letterlijk voelen én het emotionele gevoel met betrekking tot de persoon en diens lichaam gestimuleerd. Hierbij ligt de cliënt op de behandelbank en wordt affectief bevestigend aangeraakt. Dit aanrakend contact laat de cliënt voelen dat hij/zij onvoorwaardelijk geaccepteerd wordt en laat hem/haar ervaren wat hem/haar goeddoet of juist niet. Waar dat past worden andere lichaamsgerichte werkvormen ingezet (Plooi en Zandvliet 2010). Vervolgens wordt ditzelfde affectieve contact in relatie tot anderen onderzocht en uitgewerkt. De focus ligt hierbij op het gevoel van de cliënt binnen diens relatie met de haptotherapeut. HKO kent dezelfde basis als de haptotherapie voor volwassenen en verschilt daarvan alleen in zoverre dat meer met spelvormen wordt gewerkt en dat zowel het kind als de ouder in de begeleiding actief aanwezig zijn.

HKO is bedoeld voor ouders met kinderen tot 12 jaar waarbij 1) ouders lichte tot matige opvoedingsproblemen ervaren en/of 2) kinderen somatisch onverklaarde lichamelijke klachten hebben en/of 3) kinderen mild internaliserend of externaliserend probleemgedrag vertonen. Hierbij mag in de regel geen sprake zijn van

een vastgestelde psychiatrische diagnose, omdat de ervaring leert dat kinderen en ouders over een gezonde affectieve gevoelsbasis moeten beschikken.

Het is een individuele behandelingsvorm waarbij kind en ouder(s) gedurende een niet vast omschreven periode (twee)wekelijks worden behandeld in de praktijk van de haptotherapeut. De interactie tussen kind en ouder tijdens de begeleiding wordt aangegrepen om het affectieve contact te bevorderen om zo gedragsproblemen te verminderen. Naar de effectiviteit van HKO bij kinderen is tot op heden geen onderzoek gedaan. Het beperkte onderzoek naar haptotherapie onder volwassenen laat kleine tot gemiddelde effectgroottes in de vermindering van de psychologische en lichamelijke klachten van cliënten zien (Leeuwen et al. 2012).

Dit onderzoek

Het huidige single-case experimentele onderzoek (SCED; Smith 2012) heeft als doel te onderzoeken wat de potentiële effecten van HKO zijn bij een meisje van tien jaar met mild externaliserend probleemgedrag in de vorm van boze buien. Haar ouders geven aan hierdoor opvoedingsbelasting te ervaren, en moeder geeft aan moeite te hebben met de acceptatie van haar kind. Omdat HKO nog niet eerder is onderzocht en we zowel inzicht wilden krijgen in het effect van de behandeling als in het traject van klinische verandering over de tijd bij kind en moeder, is ervoor gekozen om een gedetailleerde gevalstudie uit te voeren waarin één behandeltraject uitgebreid beschreven en geanalyseerd wordt (Borckardt et al. 2008; Morrison et al. 2003). Alhoewel gerandomiseerde gecontroleerde onderzoeken (RCT) de gouden standaard vormen om met enige zekerheid uitspraken te kunnen doen over de effectiviteit van een behandeling, hebben RCT's dikwijls betrekking op groepsdesigns. Binnen dergelijke groepsdesigns valt wel te detecteren dat verandering plaatsvindt, maar de *muziek* van de verandering valt niet waar te nemen: wanneer en hoe vindt verandering plaats, en kan ons dit iets vertellen over de veronderstelde werkingsmechanismen van de behandeling. Een focus op de muziek van de verandering kan helpen de kloof tussen de wetenschap en de klinische praktijk te dichten en beide partijen binnen gehoorsafstand te brengen door het onderzoek af te stemmen op de klinische praktijk waar gewerkt wordt met frequent voorkomende problemen (Borckardt et al. 2008; Glasgow 2013).

In dit case-based time-series-onderzoek is de verwachting dat door stimulering van affectief contact in wekelijkse HKO-sessies de acceptatie door de moeder van haar dochter verbetert en dat de boze buien afnemen in frequentie (fig. 1). De volgende hypothesen zullen worden onderzocht: (1) het wekelijkse affectieve contact (*kind*) neemt toe; (2) de dagelijkse acceptatie door moeder van kind neemt toe; (3) de frequentie van de dagelijkse boze buien (*kind*) neemt af; en (4) de externaliserende problemen (*kind*) en de opvoedingsbelasting (*ouders*) zijn afgenomen na afsluiting van HKO. Tot slot (5) zal worden onderzocht hoe het veranderingsproces van acceptatie door de moeder in relatie tot het aantal boze buien van het kind precies verloopt.

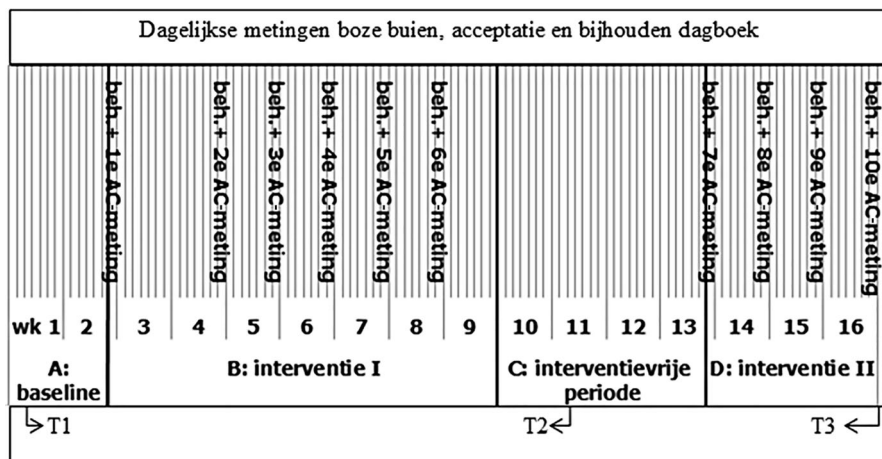
Methode

Deelnemers

Een ervaren kinderhaptotherapeut gaf aan mee te willen doen aan dit onderzoek. Zij vroeg aan de ouders van het eerste kind dat zich aanmeldde in haar praktijk of zij wilden deel nemen aan het onderzoek. Brit (naam is gefingeerd), een meisje van tien jaar, en haar beide ouders zijn verwezen naar de kinderhaptotherapeut door de praktijkondersteuner van de huisarts. Hulpvraag bij aanmelding was het probleemgedrag van Brit, met boze buien waarbij zij thuis schreeuwt en haar zusjes soms schopt en slaat.

Procedure

Ouders en Brit ontvingen een informatiebrochure en hebben vervolgens schriftelijk hun toestemming voor deelname gegeven. Moeder kwam de eerste vijf behandelingen en de negende behandeling mee; vader behandeling zes, zeven en acht. Het gehele gezin was aanwezig tijdens de tiende, afsluitende behandeling. De behandelingen vonden plaats in twee behandel fases: behandelperiode I, die 6 behandelingen omvatte, en behandelperiode II, die 4 behandelingen omvatte. Tussen beide periodes zat een behandelvrije periode. De behandelingen werden niet in rekening gebracht, als dank voor medewerking aan het onderzoek.



Figuur 2 Design van het single-case experimentele onderzoek naar de potentiële effectiviteit van HKO bij een meisje van tien jaar met boze buien. (*beh.* behandeling, *AC-meting* meting affectief contact n.a.v. filmbeelden gemaakt tijdens de behandeling, *WK* week, *T1*, *T2*, *T3* metingen vragenlijsten OBVL en CBCL)

Design

Het design van het onderzoek bestond uit een voor- (T1, dag 3), een tussen- (T2, dag 73) en een nameting (T3, dag 112), en uit een ABAB-design met dagelijkse metingen (Horner en Odom 2014; fig. 2). De dagelijkse metingen betroffen het 's avonds via een app aan de onderzoeker doorgeven van de score op de afhankelijke variabelen *het aantal boze buien* en *de mate van acceptatie* door moeder. Ook hield moeder een dagboekje bij. Hierin schreef zij bijzonderheden (zoals ziekte van Brit of van vader) tijdens de baselineperiode (A: 13 dagen direct voorafgaand aan de start van de interventie), interventieperiode I (B: 6 behandelingen, 42 dagen), de interventievrije periode (C: 28 dagen) en interventieperiode II (D: 4 behandelingen, 28 dagen). Tijdens de behandelingen werd gefilmd ten behoeve van de codering van affectief contact bij het kind. De voor-, tussen- en nametingen hadden plaats voor aanvang van HKO (T1), tijdens de interventievrije periode (T2) en na afloop van HKO (T3), waarbij ouders de CBCL (externaliserende problemen) en de OBVL (opvoedingsbelasting) invulden.

Beschrijving interventie

De behandeling met HKO kan bestaan uit vier componenten die steeds worden aangepast aan de leeftijd van het kind:

1. Modeling. De gehele bijeenkomst is een oefen- en voorbeeldsituatie waarin de haptotherapeut een vorm van omgang vanuit affectieve bevestiging laat zien en deze, waar nodig, bespreekt;
2. Het affectieve spel, gericht op affectief bevestigend contact en onderlinge communicatie. Dit spel kan licht en speels zijn, maar kan ook geïntensiveerd worden zodra dat mogelijk is. Hiermee worden oefeningen bedoeld die gericht zijn op het zoeken van een comfortabele houding in nabijheidscontact zoals zitten, liggen of staan bij of op elkaar;
3. Het affectieve therapeutisch aanraken van het kind door de haptotherapeut en, waar mogelijk, ook door de ouder, waarbij het kind zich comfortabel gaat voelen in zijn/haar lichaam;
4. Haptotherapeutische psycho-educatie van de ouder naar aanleiding van de behandelsituaties (fig. 1).

Binnen de HKO leert het kind de vanzelfsprekendheid van voelen en bewegen te hervinden, waardoor het zichzelf als soepel en vitaal in het eigen lijf kan gaan ervaren. Door zich gewaar te zijn van zijn/haar eigen midden en zwaartepunt leert het kind om letterlijk en figuurlijk mee te bewegen met hetgeen er gebeurt. Daarnaast leert het kind zich af te stemmen op de ouder met aandacht voor diens eigenheid en ruimte. De hiërarchische lijn binnen een gezin, waarbij het kind respect heeft voor de ouder en waarbij de ouder ook het kind met respect benadert, krijgt aandacht. De ouder bepaalt op een autoritatieve manier de koers, zorgt voor

de begrenzing, accepteert het kind zoals het is en respecteert diens autonomie. Vanuit haptonomisch oogpunt wordt acceptatie van het kind door de ouder gezien als grondvoorwaarde voor het affectieve bevestigende contact. De ouder wordt gegidst in het sensitief en responsief reageren op het kind en het letterlijk of figuurlijk meebewegen om zo het affectieve contact onderling te stimuleren. Indien nodig leert de ouder hoe hij/zij dit bovenstaande binnen de aanraking vorm kan geven, waardoor de behandeling thuis een vervolg kan krijgen.

Componenten HKO

Voor dit onderzoek is op basis van de filmbeelden de volgorde en duur van de componenten binnen de behandelingen bepaald door per behandeling het aantal minuten te meten waarin respectievelijk modeling, licht en geïntensiveerd affectief spel, affectief aanraken en haptotherapeutische psycho-educatie van de ouders aan bod kwamen.

Meetinstrumenten

Affectief contact bij kinderen

Met behulp van de nieuw ontwikkelde codeerlijst voor filmbeelden 'Affectief contact bij kinderen' (Pollmann 2015) werd affectief contact gescoord (bijlage, tab. 4). Affectief contact is hierin geoperationaliseerd als de mate waarin het kind zich lichamelijk en gedragsmatig soepel en evenwichtig presenteert in de ruimte. De codeerlijst bevat zeven items en is verdeeld over drie gebieden: 1) aanwezigheid/presentie (3 items); 2) let op de reactie van de ander en reageert daarop / synchroniseren (2 items); en 3) maakt affectief contact (2 items). De mate waarin een kind affectief contact met zichzelf en de omgeving laat zien, wordt gescoord op een vijfpunts likertschaal. Een voorbeeld van een item betreffende het aspect 'presentie' is: 'Het kind is soepel en vitaal aanwezig in eigen lijf': 1) heel zwak of afwezig, tot 5) sterk aanwezig. De maximale score per behandeling bedraagt 35 punten en de minimale score 7 punten. Een hoge score wijst op een hoge mate van affectief contact van het kind.

Voor het coderen van het affectieve contact zijn aan de hand van de codeerlijst van alle tien de behandelingen steeds drie willekeurig gekozen fragmenten van elk vijf minuten getoond aan en gescoord door vijf ervaren haptotherapeuten, waaronder de onderzoeker. Allen waren getraind in het gebruik van het meetinstrument. Zij zaten tijdens het scoren in dezelfde ruimte, maar hadden onderling geen overleg. De opnames werden niet op volgorde getoond, waardoor de observanten niet wisten naar welke van de tien behandelingen ze keken. De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid was 0,85. De uiteindelijke scores op de codeerlijst voor filmbeelden 'Affectief contact bij kinderen' zijn bepaald op basis van de gemiddelde scores per observatie van alle vijf de observatoren.

Dagelijkse metingen

Voor de meting van ‘boze buien’ gaf moeder dagelijks ’s avonds via een app het aantal boze buien van die dag door.

Voor de meting van ‘acceptatie’ gaf moeder dagelijks ’s avonds via een app de mate van acceptatie door aan de hand van het volgende item: ‘Het valt niet mee mijn kind te accepteren zoals zij is’, waarbij gescoord werd op een likertschaal variërend van 1 (‘helemaal mee oneens’) tot 6 (‘helemaal mee eens’). (NOSI-K; Brock et al. 1992). Omwille van de visuele weergave zijn de scores omgescoord, waardoor een hoge score een hoge mate van acceptatie reflecteert.

Voor-, tussen- en nametingen

Voor de meting van ‘externaliserende problemen’ werd de Child Behavior Checklist (CBCL; Vermulst et al. 1996) gebruikt met 34 van de in totaal 113 items. Deze items zijn verdeeld in twee subschalen, te weten *agressie* en *regelovertredend gedrag*, met elk 17 items. Elk item heeft drie antwoordmogelijkheden (0 = helemaal niet van toepassing tot 2 = duidelijk of vaak van toepassing). Een voorbeeld van een item is: ‘Schreeuwt veel.’ Hoe hoger de score, hoe meer externaliserend probleemgedrag.

De ervaren opvoedingsbelasting werd gemeten aan de hand van de Opvoedingsbelasting Vragenlijst (OBVL; Vermulst et al. 2013). De OBVL is een vragenlijst bestaande uit 34 uitspraken over hoe de ouder het kind ervaart en over hoe de ouder zichzelf voelt. Elke uitspraak heeft vier antwoordmogelijkheden (1 = geldt niet tot 4 = geldt helemaal). Een voorbeeld van een uitspraak is: ‘Ik voel mij gelukkig met mijn kind.’ Een hoge score staat gelijk aan een hoge mate van opvoedingsbelasting.

Analyses

Simulation Modeling Analysis (SMA; Borckardt 2006; Borckardt et al. 2008) en het Statistical Package voor Sociale Sciences (SPSS, versie 22.0) werden gebruikt om de onderzoeksvragen te kunnen beantwoorden.

Ter beantwoording van hypothese 1 (het wekelijkse affectieve contact (*kind*) neemt toe) is een visuele inspectie toegepast aan de hand van de codeerlijst voor filmbeelden ‘Affectief contact bij kinderen’ (Pollmann 2015; fig. 4). Ter beantwoording van hypothese 2 (de dagelijkse acceptatie door moeder van kind neemt toe) en 3 (de frequentie van de dagelijkse boze buien (*kind*) neemt af) is gebruikgemaakt van SMA om de leveffecten te berekenen. Leveffecten (of *level change*) betreffen de mate van verandering in het gemiddelde van het aantal boze buien en het gemiddelde van de mate van acceptatie van de baseline naar de interventiefasen (A–B, A–D), en van baselinefase naar de interventievrije periode (A–C). Bovendien is ook het leveffect onderzocht van de verandering van interventiefase I naar de interventievrije periode en naar interventiefase II (B–C, B–D) en van de interventievrije periode naar interventiefase II (C–D).

SMA is ontwikkeld om tijdreeksen met relatief korte baselines te onderzoeken. Omdat er bij dagelijkse metingen van nature sprake is van autocorrelatie, berekent SMA deze als eerste en berekent vervolgens een effectgrootte (bijv. baseline versus interventie-effecten), uitgedrukt in Pearsons r , waarbij wordt gecontroleerd voor eventuele autocorrelatie. Het is een bootstrap-benadering waarbij op basis van het aantal datapunten in de tijdreeks en de autocorrelaties in baseline en interventie de effectgrootte wordt berekend voor gesimuleerde tijdreeksen onder de nulhypothese dat $r=0$ (Borckardt 2006; Borckardt et al. 2008). Effectgroottes zijn berekend voor vier fases van de behandeling (1: baseline, 2: interventie I, 3: interventievrij en 4: interventie II), die vervolgens tegen elkaar zijn afgezet. Er is sprake van een klein effect bij een Cohens $r=0,10$, een middelmatig effect bij $r=0,30$, een groot effect bij $r=0,50$ en een zeer groot effect bij $r=0,70$ (Cohen 1988).

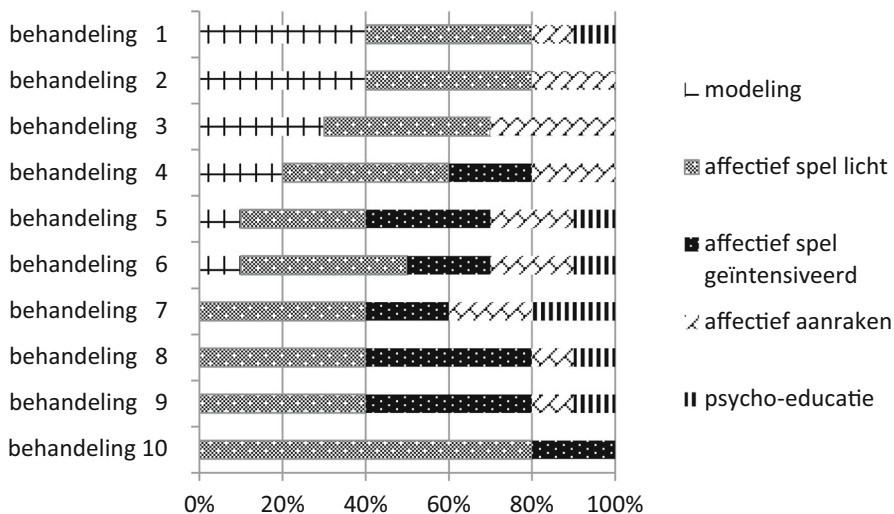
Ter beantwoording van hypothese 4 (de externaliserende problemen [*kind*] en de opvoedingsbelasting [*ouders*] zijn afgenomen na afsluiting van HKO) werd de reliable change index (RCI) berekend (Jacobson en Truax 1991; Yperen et al. 2017). Deze methode maakt het mogelijk om voor individuele cliënten te berekenen of een verschil in scores op eenzelfde meetinstrument tussen twee meetmomenten ook een betekenisvolle verandering is die toegeschreven kan worden aan de behandeling en dus niet te wijten is aan ruis van het meetinstrument. De RCI is berekend door eerst het verschil tussen de scores van de voor- en de nameting voor externaliserende problemen en opvoedingsbelasting te berekenen. De verschillscore die hieruit volgt, werd gedeeld door de standaardmeetfout van dit instrument. De RCI is berekend voor veranderingen in het externaliserende gedrag en de opvoedingsbelasting van T1 naar T2, van T2 naar T3 en van T1 naar T3. Omdat verbetering werd verwacht, is eenzijdig getoetst bij een alfa van 0,05, waarbij RCI's $>+1,64$ of $<-1,64$ op een significante verandering duiden.

Ter beantwoording van de vijfde vraag, hoe het veranderingsproces wat betreft de relatie tussen het aantal dagelijkse boze buien van Brit en de dagelijkse acceptatie door moeder eruitziet, zijn er crosscorrelaties (*cross-lagged correlations: CC's*) tussen beide tijdreeksen berekend. Zo kan inzicht verkregen worden in *hoe* het veranderingsproces verloopt: nemen de boze buien af alvorens de acceptatie door moeder verbetert of de neemt acceptatie door moeder toe alvorens de boze buien afnemen?

Resultaten

Klinisch vignet en verloop van de behandeling

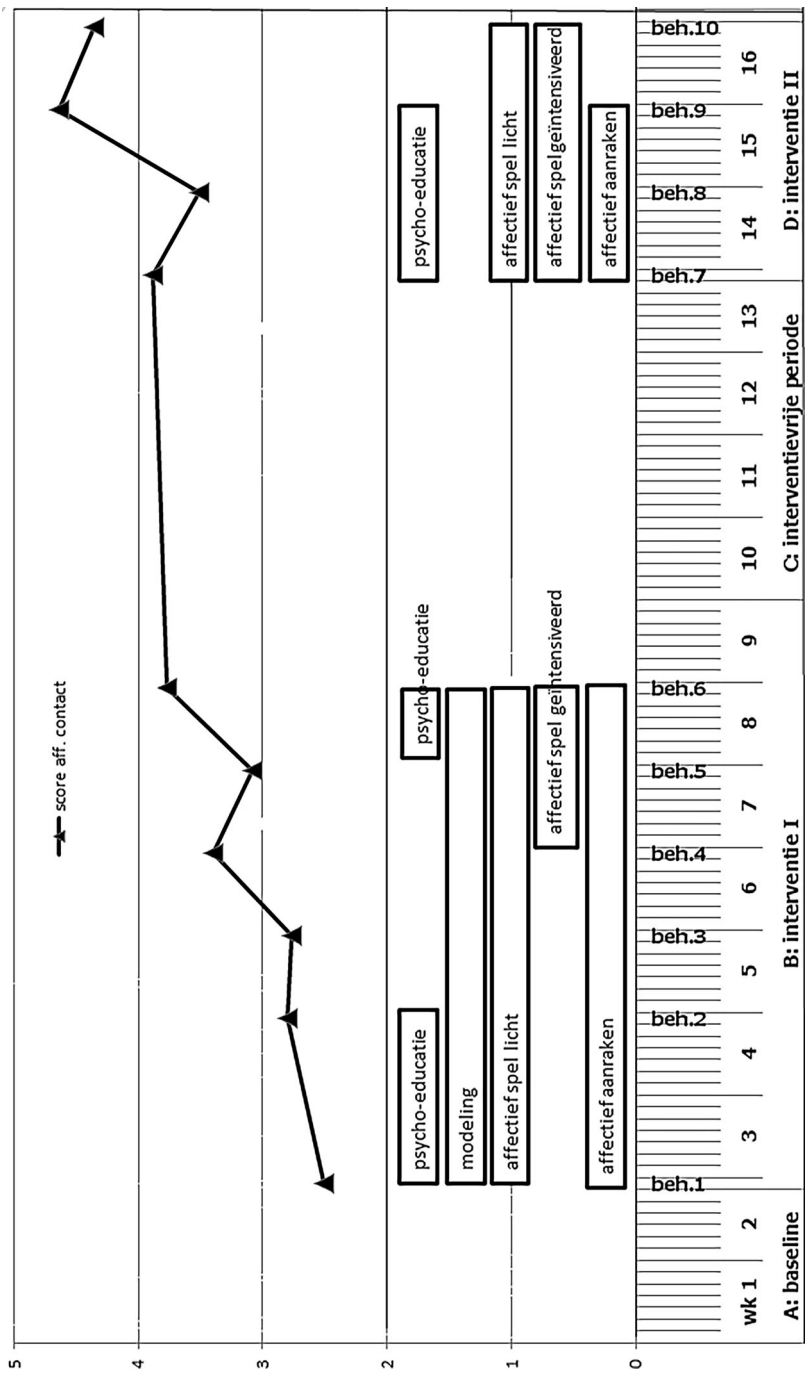
Brit, het oudste meisje uit een gezin met vier dochters, heeft een milde vorm van externaliserend probleemgedrag in situaties thuis waarin sprake lijkt te zijn van rivaliteit tussen de drie oudste zussen. Factoren die wellicht meespelen bij het ontstaan en persisteren van het probleemgedrag zijn overbelasting van moeder, problemen met het gehoor van Brit, recente psychose en bipolariteit van vader en financiële zorgen rondom het voortbestaan van een eigen zaak. Beide ouders zijn



Figuur 3 Gehanteerde werkvormen in de loop van tien behandelingen haptotherapie

gemotiveerd om mogelijke oplossingen te onderzoeken. Moeder heeft de pabo afgerond en beschikt over goed pedagogisch inzicht. Vader is bij aanvang goed ingesteld op medicatie. Zijn gezondheid is goed en stabiel. Sociale steun voor het gezin is ruimschoots aanwezig.

De tien behandelingen hadden een gelijke opbouw van eerst een gesprekje, daarna oefeningen, en als afsluiting affectief aanraken. De tijd die per behandelcomponent is gebruikt, is weergegeven in fig. 3. Bij de eerste twee behandelingen was het spel tussen de kindhaptotherapeut en Brit (een combinatie van affectief spel en modeling) de meest gebruikte werkform (40% + 40% van de tijd). Naarmate de behandelreeks vorderde, werd de plaats van de kindhaptotherapeut in het spel steeds vaker overgenomen door een van de ouders. In behandeling 4 vertelt moeder dat Brit erg haar best doet om ruzies anders op te lossen en dat Brit verdrietig wordt als dat niet lukt. In behandeling 5 wordt veel aandacht besteedt aan de onderlinge verhoudingen, rollen en verantwoordelijkheden binnen het gezin (haptonomische psycho-educatie) en krijgt moeder inzicht in de affectieve communicatie tussen haar en Brit. In het dagboek schrijft moeder daarop dat zij met deze informatie het contact met Brit positief kan beïnvloeden. Ze beschrijft hoe ze na een ruzie bewust kon kiezen voor het affectieve contact: *‘Pas na een halve dag kon ik B. in mijn armen nemen en zeggen dat ik ZO veel onvoorwaardelijk van haar hou, zelfs als ze boos is. Toen konden we elkaar weer voelen en accepteren.’* Vanaf behandeling 6 geven Brit en ouders aan dat er minder boze buien zijn. Na de interventievrije periode werd in behandeling 8 en 9 het affectieve spel geïntensiveerd. Hierbij werd het een vorm van genoeglijk samenzijn in de vorm van bij elkaar zitten of liggen. Tijdens behandeling 9 geeft Brit aan dat het écht goed gaat en dat ze die week geen boze buien heeft gehad, en moeder beaamt dit. Behandeling 10 had een afsluitend karakter, waarbij het gehele gezin aanwezig was. Deze



Figuur 4 Verloop van affectief contact en de gebruikte componenten tijdens tien behandelingen haptotherapie. Schaal: Affectief Contact score I (weinig affectief contact) – 5 (veel affectief contact)

behandeling stond in het teken van gezamenlijk spel gericht op ruimte maken voor elkaar en erkenning voor de vanzelfsprekende onderlinge verhoudingen.

Hypothese 1 (het wekelijkse affectieve contact [*kind*] neemt toe)

De mate van affectief contact is weergegeven in fig. 4. Bij visuele inspectie blijkt dat de scores voor affectief contact van de eerste twee behandelingen nagenoeg gelijk zijn aan elkaar. De scores nemen toe na behandeling 3 en stijgen sterk bij behandeling 6. Na de behandelvrije periode is de score gelijk aan die van behandeling 6. Behandeling 9 en 10 laten een verdere stijging zien.

Hypothese 2 (de dagelijkse acceptatie door moeder van kind neemt toe) en 3 (de frequentie van de dagelijkse boze buien (*kind*) neemt af)

In tab. 1 worden de mate van acceptatie en de gemiddelde aantallen boze buien, verdeeld over de vier periodes, weergegeven. Het analyseren van de tijdreeksen met SMA levert significante *level-change* interventie-effecten op: het verschil tussen de gemiddelden van baseline naar interventiefase II (A–D) en van interventiefase I naar interventiefase II (B–D) is zowel voor de mate van acceptatie door moeder als voor het aantal dagelijkse boze buien significant (tab. 2), waarbij negatieve effectgroottes duiden op afname van het aantal boze buien en positieve effectgroottes duiden op toename van acceptatie. Er is sprake van een middelmatige effectgrootte. De genoemde verbeteringen zijn zichtbaar gemaakt in fig. 5. Zodra de ruimte tussen de bovenste gestippelde en onderste dichte lijn groter wordt, is er sprake van een verbetering. Gemiddeld genomen laat zowel Brit als moeder aan het einde van de behandelreeks een verbetering zien ten opzichte van de baseline en de eerste behandelperiode.

Tabel 1 Gemiddelden en standaarddeviaties voor het aantal boze buien en de mate van acceptatie voor de baseline fase (A), interventiefase I (B), de interventievrije periode (C) en interventiefase II (D)

	A (<i>n</i> = 13)	B (<i>n</i> = 49)	C (<i>n</i> = 28)	D (<i>n</i> = 22)	Totaal (<i>n</i> = 112)
	<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>M</i> (<i>SD</i>)
boze buien ^a	1,46 (1,7)	1,37 (1,2)	0,89 (1,2)	0,21 (0,6)	1,04 (1,23)
acceptatie ^b	4,8 (1,5)	4,8 (0,9)	5,29 (0,7)	5,8 (0,4)	5,08 (0,94)

A baseline, B interventieperiode I, C interventievrije periode, D interventieperiode II, *n* aantal metingen in periode

^aAantal keren boze bui per dag gedurende de betreffende fase

^bAcceptatie: 1 = een lage mate van acceptatie – 6 = een hoge mate van acceptatie

Tabel 2 Effectgroottes (r) voor het aantal boze buien en de mate van acceptatie na introductie van haptotherapie voor kinderen

fase	aantal boze buien		acceptatie door moeder	
	r	p	r	p
A–B	–0,04	0,74	0,01	0,95
A–C	–0,29	0,05*	0,19	0,26
A–D	–0,49	0,01**	0,35	0,05*
B–C	–0,35	0,08	0,26	0,16
B–D	–0,46	0,00*	0,40	0,04*
C–D	–0,33	0,09	0,22	0,28

Negatieve effectgroottes duiden op een afname, positieve effectgroottes duiden op een toename. $r=0,10$ = een kleine effectgrootte, $r=0,30$ = een medium effectgrootte, $r=0,50$ = een grote effectgrootte, $r=0,70$ = een zeer grote effectgrootte (Cohen 1988)

A baseline, B interventieperiode I, C interventievrije periode, D interventieperiode II

* $p<0,05$; ** $p<0,01$

Tabel 3 Somscores, T-scores en reliable change indices (RCI) voor externaliserend gedrag, agressie en regelovertrekend gedrag ($CBCL$) en de mate van opvoedingsbelasting ($OBVL$)

	moeder			OBVL	vader			OBVL
	CBCL externaliserend gedrag				CBCL externaliserend gedrag			
	totaal	agressie	ROG		totaal	agressie	ROG	
T1	18 (67)	15 (68)	3 (65)	66 (68)	5 (51)	4 (50)	1 (54)	62 (65)
T2	15 (64)	14 (67)	1 (54)	60 (64)	3 (47)	2 (50)	1 (54)	62 (65)
T3	12 (60)	11 (62)	1 (54)	57 (61)	1 (41)	1 (50)	0 (50)	56 (61)
RCI	1,18	0,53	1,66*	2,59	0,78	1,06	0	0
T1–T2								
RCI	2,35**	2,12**	1,66*	3,88**	1,59	1,59	0,83	2,59**
T1–T3								
RCI	1,18	1,59	0	1,29	1,59	0,53	0,83	2,59**
T2–T3								

Scores tussen haakjes = T-scores

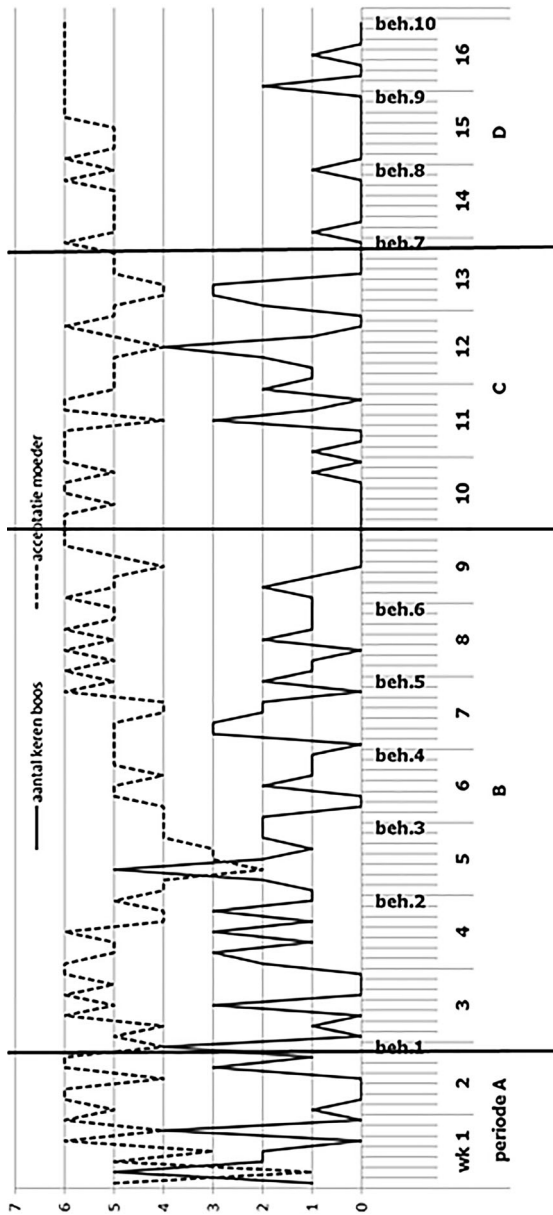
Vragenlijst $CBCL$ = Child Behavior Checklist, Externaliserend gedrag, en de syndroomsschalen Agressie Regel Overtredend Gedrag (ROG)

$OBVL$ Opvoedingsbelasting Vragenlijst, RCI reliable change index, $T1$ voormeting, $T2$ tussenmeting, $T3$ nameting

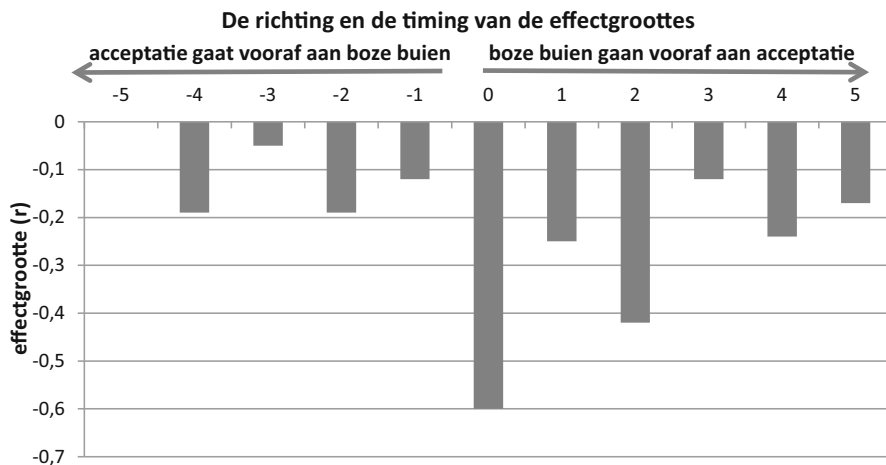
* $p<0,05$; ** $p<0,01$

Hypothese 4 (de externaliserende problemen (*kind*) en de opvoedingsbelasting (*ouders*) zijn afgenomen na afsluiting van HKO)

Zowel het probleemgedrag als de opvoedingsbelasting zijn na afsluiting van de HKO klinisch betekenisvol afgenomen. Moeder rapporteerde volgens de categorisering van Vermulst en Ende (2013) de mate van probleemgedrag bij aanvang als ernstig, bij de tussenmeting als aanzienlijk en bij de nameting als mild. Vader rapporteerde op geen van de drie metingen probleemgedrag. Ten aanzien van de



Figuur 5 Verloop van de dagelijkse boze buien en de mate van acceptatie door moeder in de loop van de haptotherapie. Likertschalen: Aantal keren boos: 0 $\geq$ oneindig, Acceptatie: 1 (slechte acceptatie) – 6 (maximale acceptatie)



Figuur 6 Het veranderingsproces van HKO voor het aantal boze buien en de mate van acceptatie in de loop van de tijd: crosscorrelaties

opvoedingsbelasting rapporteerde moeder bij aanvang ernstige en vader aanzienlijke problemen. Bij de tussenmeting rapporteerde moeder een afname, maar net als bij vader bleven de problemen aanzienlijk en daarmee nog steeds klinisch van aard. Bij de nameting gaven beide ouders een duidelijke afname aan naar milde problematiek (tab. 3).

Om te onderzoeken of eventuele veranderingen als statistisch significant kunnen worden beschouwd, zijn de RCI's berekend. De externaliserende problemen gerapporteerd door moeder lieten een significante verandering zien tussen T1 en T2 en tussen T1 en T3 voor wat betreft het regeloverschrijdend gedrag. Dit betekent dat moeder ervaarde dat over de gehele periode zowel agressie als regeloverschrijdend gedrag betekenisvol was afgenomen. Voor wat betreft de opvoedingsbelasting zijn de veranderingen van T2 en T3 ten opzichte van T1 van moeder significant, wat betekent dat zij op beide meetmomenten betekenisvolle verbetering ervaarde ten opzichte van de baseline. Voor vader werd een significante verbetering tussen T1 en T3 en tussen T2 en T3 gevonden: hij voelde na T2 de opvoedingsbelasting verminderen.

Verloop van het veranderingsproces van de mate van acceptatie door moeder in relatie tot het aantal de boze buien van het kind (5)

In fig. 5 is chroniciteit op dezelfde dagen tussen boze buien en acceptatie door moeder globaal terug te zien. De resultaten van de crosscorrelaties (fig. 6) laten zien dat op dezelfde dagen minder boze buien samenhangen met meer acceptatie en andersom (CC lag 0: $r = -0,60$, $p = 0,000$). Daarnaast gaan, vooruit in de tijd gezien, minder boze buien vooraf aan meer acceptatie door moeder, 1, 2, 4 en 5 dagen later (CC lag 1: $r = -0,25$, $p = 0,006$; CC lag 2: $r = -0,42$, $p = 0,000$; CC lag 4: $r = -0,25$,

$p=0,006$; CC lag 5: $r=-0,17$, $p=0,043$). Terug in de tijd hangt meer acceptatie 2 of 4 dagen vóór elke willekeurige dag, samen met minder boze buien op de dag zelf (CC lag -2: $r=-0,19$, $p=0,027$; CC lag -4: $r=-0,19$, $p=0,023$). Moeder en Brit lijken elkaar dus in de loop van de tijd wederzijds te beïnvloeden.

Discussie

Het doel van de huidige single-case-based time-series-studie was om de potentiële effectiviteit van haptotherapie voor kind en ouder (HKO) te onderzoeken voor zowel affectief contact van Brit, de frequentie van dagelijkse boze buien van Brit en acceptatie door moeder (dagelijkse metingen) als voor externaliserend probleemgedrag en opvoedingsbelasting (voor-, tussen- en nametingen). HKO lijkt bij dit meisje effect te sorteren: Brit heeft significant minder dagelijkse boze buien waarop moeder meer accepterend reageert, en bovendien hangt een toegenomen acceptatie door moeder weer samen met minder boze buien van Brit. Moeder en Brit beïnvloeden elkaar gedurende HKO dus wederzijds. Moeder gaf aan dat het externaliserende probleemgedrag na afronding van HKO duidelijk was afgenomen, en ook de opvoedingsbelasting nam betekenisvol af, waarbij moeder over de gehele periode verbetering bemerkte en vader in de loop van de tweede interventieperiode.

De significante afname van de dagelijkse boze buien aan het einde van HKO lijkt er op te wijzen dat Brit internaliseerde wat ze leerde in HKO. Het geleerde tijdens de eerste interventieperiode (B) blijft effect sorteren in de interventievrije periode (C). De frequentie van boze buien blijft, ondanks een korte toename ten opzichte van de laatste twee weken van de eerste interventiefase (B), tijdens de interventievrije periode dalen, om vervolgens verder af te nemen in de tweede interventieperiode (D). Zeker gezien de lage intensiteit (1 uur per week) van de begeleiding is deze verbetering positief te noemen. In het dagboek schrijft moeder vanaf behandeling 5 veranderingen aan te brengen in haar benadering van Brit. Dit is het moment waarop de haptonomische psycho-educatie weer onderdeel uitmaakt van de behandeling. Ze voelt zich competent en past suggesties uit de behandelingen meer en meer toe. Gezien het positieve effect van de haptonomische psycho-educatie voor moeder is het een aanbeveling om deze een vast onderdeel te maken van elke behandeling.

Vanuit haptonomisch oogpunt wordt acceptatie van het kind door de ouder gezien als grondvoorwaarde voor het affectieve bevestigende contact, waarbij de verwachting is dat toename van acceptatie voorafgaat aan verandering van het affectieve contact, wat weer zou leiden tot afname van probleemgedrag. Bij Brit blijkt een afname van de boze buien vooraf te gaan aan een toename van de acceptatie door moeder. Het empirische effect blijkt dus anders dan het theoretisch vooronderstelde effect (Borckardt et al. 2008), hetgeen mogelijk implicaties heeft voor de theoretische aannames van HKO. Het haptotherapeutische effect zou gelezen kunnen zijn in de toename van het affectieve contact van het kind met zichzelf. Dit is een assumptie passend bij lichaamsgerichte benaderingen binnen het scala aan mind-bodytherapieën. Mind-bodytherapieën hebben als doel de zelfregulatie

te bevorderen door op goede voet te komen te staan met het eigen lichaam. Affectief contact speelt daarbij binnen de behandeling een belangrijke rol, wat weer een basis legt voor het kunnen aangaan en onderhouden van relaties (Kolk 2015). Deze bevindingen duiden erop dat de assumpties over HKO nader onderzoek behoeven door middel van replicatie in een grotere studie.

Opmerkelijk is het feit dat de score op affectief contact na de interventievrije periode op gelijke hoogte blijft met de periode daarvoor. In deze interventievrije periode reageert Brit nog met boze buien op gebeurtenissen in het dagelijks leven, maar lijkt ze de mate waarin zij affectief contact kan maken vast te kunnen houden. Dit is wel in lijn met het theoretische verandermodel (fig. 1), waarbij een toename van affectief contact voorafgaat aan een vermindering van de boze buien: binnen HKO is de begeleiding mensgericht van aard, waarbij kind en ouders worden gestimuleerd in het aangaan van een goed affectief contact met zichzelf en met elkaar. Gedragsveranderingen worden verondersteld te volgen na een verbetering in affectief contact. Brit lijkt echter tijd nodig te hebben om te profiteren – dus minder vaak in een boze bui uit te barsten – van de geleerde vaardigheden om affectief contact met zichzelf en anderen te maken. Dit is in overeenstemming met onderzoeksresultaten op het gebied van positieve co-regulatie tussen ouder en kind dat een adaptief proces lijkt te zijn dat zich in de loop van de tijd ontwikkelt (Lunkenheimer et al. 2011).

Het is mogelijk dat het bevorderen van de acceptatie door de ouder(s) gedurende de HKO meer aandacht vraagt. De haptotherapeut zou de acceptatie door ouders verder kunnen stimuleren door handvatten te geven voor bijvoorbeeld emotieregulatie (Rexwinkel en Stortelder 2011) of via modeling (Aubrey en Ward 2013), zodat een toename van het contact tussen ouder en kind niet alleen afhangt van de afname van ongewenst gedrag van het kind, maar ook beïnvloed kan worden door de ouders. Deze wederzijdse beïnvloeding kan voor de haptotherapeut een belangrijke leidraad zijn voor de te volgen koers en verdient zeker verder onderzoek.

De ervaren opvoedingsbelasting blijkt bij beide ouders te zijn afgenomen, waarbij de verbetering door moeder vanaf de eerste interventieperiode wordt ervaren en door vader vanaf de tweede. Dit kan verband houden met de aanwezigheid van respectievelijk moeder of vader tijdens de behandelingen. Het ‘oefenen met eigen kind’ tijdens de sessies lijkt effect te hebben. Huiswerkoefeningen voor beide ouders om de aangeboden stof thuis te vervolgen, zouden dit effect kunnen vergroten, omdat beide ouders hierdoor vanaf het begin betrokken kunnen zijn (Wyatt-Kaminski et al. 2008). Ook het feit dat de opvoedingsbelasting aan het einde van de behandelperiode weliswaar is afgenomen, maar door beide ouders nog steeds – zij het mild – wordt ervaren, pleit voor een vorm van continuering van de begeleiding in de vorm van huiswerkoefeningen of follow-upbehandelingen.

De inhoud van de behandelingen is geleidelijk veranderd van modeling en licht affectief spel naar haptonomische psycho-educatie, affectief aanraken en geïntensifieerd affectief spel. Dit onderzoek geeft echter geen inzicht in welke behandelcomponent nu het meeste effect sorteert. Vervolgonderzoek zou zich kunnen richten op het ontrafelen van effecten van de afzonderlijke behandelcomponenten,

zodat kan worden onderzocht welke component van HKO het effectiefst is (Elkins en Moore 2011).

Ondanks de sterke kanten van het door ons gebruikte design (meerdere metingen, het gebruik van meerdere parameters en de gunstige verhouding tussen het aantal metingen in de interventie en de interventievrije periode [Zhang et al. 2011]) is er ook een aantal beperkingen vermeldenswaardig. De resultaten van dit single-case-based time-series-onderzoek zijn geanalyseerd met SMA. SMA is speciaal ontwikkeld voor het analyseren van tijdreeksen met een relatief korte baseline. Daarom is het een analysemethode die uitstekend past bij de resultaten die voortvloeien uit de klinische praktijk van alledag, waarbij het niet wenselijk is de cliënt lange baselineregistraties te laten bijhouden. SMA is echter ontwikkeld voor tijdreeksen tot ongeveer dertig observaties per fase (Borckardt et al. 2008), omdat het risico op een type I-fout toeneemt bij meer dan dertig observaties per fase. Toch blijkt SMA veelvuldig te worden toegepast bij langere tijdreeksen (bijvoorbeeld: Smith et al. 2015; Tarocchi et al. 2013). Aangezien interventieperiode I bestaat uit 42 observaties dienen de resultaten van ons onderzoek voorzichtig te worden geïnterpreteerd. Verder is niet geobjectiveerd aan welke kenmerken een boze bui moest voldoen om als een boze bui in het dagboekje te worden gescord: moeder vulde het dagboekje naar eigen perceptie in. Wat betreft de boze buien is binnen de HKO bij Brit niet verder uitgevraagd welke mogelijke antecedenten van boze buien een rol spelen. Gedragsproblemen kunnen een uiting zijn van een onderliggend psychotrauma (Kolk 2015). Mocht een psychotrauma een rol spelen, dan kan het leren maken van affectief contact alsnog een verklaring zijn voor de afname van de boze buien (Levine 2010; Kolk 2015). Aangeraden wordt dan ook om bij vervolgonderzoek naast een concreter uitgewerkte operationalisatie van het probleemgedrag, ook de duur van de boze buien mee te nemen in de metingen. Dit geeft mogelijk meer inzicht in veranderingen in de zelfregulatie.

Andere beperkingen richten zich op het ontbreken van follow-upmetingen, waardoor niet duidelijk is wat de langetermijneffecten van de behandelingen zijn geweest. Echter, omdat in de interventievrije periode de boze buien verder afnemen ten opzichte van interventieperiode daarvoor en de acceptatie verder toeneemt, veronderstellen we met enige voorzichtigheid dat dit er mogelijk op duidt dat de behaalde effecten in interventieperiode II ook beklijven na afsluiting van HKO. Vervolgonderzoek naar de effecten van HKO zou zich ook moeten richten op de effecten op lange termijn. Verder is er in dit onderzoek voor het eerst met het meetinstrument 'Affectief contact bij kinderen' gewerkt (Pollmann 2015). Dit meetinstrument zou nog nader gevalideerd moeten worden. Onduidelijk is ook of het gratis deelnemen aan HKO invloed heeft gehad op de resultaten. Tot slot is uit de videobeelden onvoldoende duidelijk geworden in hoeverre het huiswerk steeds gedaan is. Voor vervolgonderzoek wordt aangeraden dit mee te nemen, om zo inzicht te krijgen in de mate waarin het 'oefenen met eigen kind' een vervolg krijgt tussen de behandelingen door (Wyatt-Kaminski et al. 2008).

Alhoewel gerandomiseerde gecontroleerde designs de gouden standaard vormen voor het aantonen van de effectiviteit van een behandeling, zijn ze ook kostbaar, maskeren ze het veranderingsproces van de individuele cliënt en zijn de resulta-

ten dikwijls moeilijk vertaalbaar naar de dagelijkse klinische praktijk (Morrison et al. 2003). Daarom bevelen we aan om de effectiviteit van HKO te blijven onderzoeken middels single-case-based designs: de resultaten van gevalsstudies met metingen in de loop van de tijd krijgen meer evidentie bij replicatie (Cohen et al. 2014). Inmiddels is gebleken dat multilevel-analyse zeer goed toepasbaar is bij een kleine steekproefomvang ($n < 10$; Shadish et al. 2013). Niet alleen helpt deze bij het dichten van de kloof tussen wetenschap en praktijk, een dergelijke methodologie draagt uiteindelijk ook bij aan robuuster bewijs voor de effectiviteit van een behandeling.

De huidige studie heeft de potentiële effecten van HKO onderzocht middels een single-case experimenteel design bij een meisje van tien jaar met boze buien. Zowel het meisje als de ouders blijken profijt van HKO te hebben: in een behandeling van tien wekelijkse sessies van één uur nam het affectieve contact van het meisje toe en bleek er een significante afname van het aantal dagelijkse boze buien en een toename van acceptatie door moeder op te treden. Hierbij blijkt sprake te zijn van een wederzijdse positieve beïnvloeding tussen moeder en dochter, geïnitieerd door de afname van de boze buien. Bovendien bleken na afronding van HKO het externaliserende probleemgedrag van het meisje en de door de ouders ervaren opvoedingsbelasting significant te zijn verbeterd. Vervolgonderzoek naar de effectiviteit van HKO is wenselijk, waarbij de theoretische aannames van HKO, de langetermijneffecten en de effectiviteit van de verschillende componenten van behandeling nader kunnen worden onderzocht. Hier zouden de theoretische uitgangspunten van mind-bodytherapieën bij betrokken moeten worden.

Bijlage

Tabel 4 Scorelijst 'Affectief contact bij kinderen'

AFFECTIEF CONTACT, scorelijst KINDEREN 4.0

aantal minuten	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55
----------------	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

1) aanwezigheid, presentie

is soepel en vitaal aanwezig in eigen
lijf

zit of staat stevig, breed, rond zwaar-
tepunt

heeft open gelaatsuitdrukking

2) let op de reactie van de anderen
reageert daarop, synchroniseren

luistert vanuit gevoel naar reactie
ander

beweegt adequaat mee met ander

3) maakt affectief contact

er is sprake van wederkerigheid in
het contact

blijft bij zichzelf (echt) in het con-
tact (is autonoom en verbonden)

scoren: 1= heel zwak of afwezig, 2= tamelijk zwak aanwezig, 3= tussen sterk en zwak in, 4= tamelijk aanwezig, 5= sterk aanwezig

Literatuur

- Ainsworth, M.D.S. (1982). Attachment: retrospect and prospect. In C. M. Parkes & J. S. Hinde (red.), *The place of attachment in human behaviour* (pag. 3–30). New York: Basic Books.
- Aubrey, C., & Ward, K. (2013). Early years practitioners' views on early personal, social development. *Emotional and Behavioural Difficulties*, 18(4), 435–447. <https://doi.org/10.1080/13632752.2013.807541>.
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. New Jersey: Prentice Hall.
- Boot, B. (2014). *Haptonomie, een kwestie van gevoel*. Utrecht: Kosmos.
- Borckardt, J. J. (2006). *Simulation modeling analysis: time series analysis program for short time series data streams (version 8.3.3)*. Charleston: Medical University of South Carolina.
- Borckardt, J. J., Nash, M. R., Murphy, M. D., Moore, M., Shaw, D., & O'Neil, P. (2008). Clinical practice as natural laboratory for psychotherapy research. *American Psychologist*, 63(2), 77–95. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.63.2.77>.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: separation*. New York: Basic Books.
- Brock, A. J. L. L. de, Vermulst, A. A., Gerris, J. R. M., & Abidin, R. R. (1992). *NOSI, Nijmeegse Ouderlijke Stress Index. Experimentele versie. Handleiding*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral science*. New York: Lawrence Erlbaum.
- Cohen, L. L., Feinstein, A., Masuda, A., & Vowles, K. E. (2014). Single-case research design in pediatric psychology: considerations regarding data analysis. *Journal of Pediatric Psychology*, 39(2), 124–137. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jst065>.
- Elkins, S. R., & Moore, T. M. (2011). A time-series study of the treatment of panic disorder. *Clinical Case Studies*, 10(1), 3–22.

- Glasgow, R.E. (2013). What does it mean to be pragmatic? Pragmatic methods, measures, and models to facilitate research translation. *Health Education & Behavior*, 40(3), 257–265. <https://doi.org/10.1177/1090198113486805>.
- Horner, R.H., & Odom, S.L. (2014). Constructing single-case research designs: logic and options. In T. Kratochwill & J. Levin (red.), *Single-case intervention research: methodological and statistical advances* (pag. 309–323). Washington, DC: American Psychological Association.
- Jacobson, N.S., & Truax, P. (1991). Clinical significance: a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 12–19. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.59.1.12>.
- Kolk, B.A. van der (2015). *The body keeps the score: brain, mind, and body in the healing of trauma*. New York: Penguin Books.
- Leeuwen, A. van, Pluimers, C., & Bosscher, R. (2012). *The clinical effectiveness of haptotherapy in routine practices. (Masterthese)*. Amsterdam: Vrije Universiteit.
- Levine, P.A. (2010). *In an unspoken voice: how the body releases trauma and restores goodness*. Berkeley: North Atlantic Books.
- Lunkenheimer, E.S., Olson, S.L., Hollenstein, T., Sameroff, A.J., & Winter, C. (2011). Dyadic flexibility and positive affect in parent–child coregulation and the development of child behavior problems. *Development and Psychopathology*, 23(2), 577–591. <https://doi.org/10.1017/S095457941100006X>.
- Morrison, K.H., Bradley, R., & Westen, D. (2003). The external validity of controlled clinical trials of psychotherapy for depression and anxiety: a naturalistic study. *Psychology & Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 72, 109–132. <https://doi.org/10.1348/147608303765951168>.
- Patterson, G.R. (1982). *Coercive family process*. Eugene: Castalia Patterson.
- Plooi, E., & Zandvliet, J. (2010). ‘Voel je wel?': haptotherapie in de eerstelijnsgezondheidszorg. *Bijblijven*, 26, 8–14. <https://doi.org/10.1007/BF03088732>.
- Pollmann, M.T.F. (2015). *Handleiding codeerlijst Affectief contact bij kinderen*. Doorn: Academie voor Haptonomie.
- Rexwinkel, M., & Stortelder, F. (2011). Affectregulatie. In M. Rexwinkel, B. Derkx, C. Pannevis & M. Schmeets (red.), *Handboek infant mental health: inleiding in de ouder-kindbehandeling* (pag. 21–30). Assen: Koninklijke Van Gorcum.
- Shadish, W.R., Kyse, E.N., & Rindskopf, D.M. (2013). Analyzing data from single-case designs using multilevel models: new applications and some agenda items for future research. *Psychological Methods*, 18(3), 385. <https://doi.org/10.1037/a0032964>
- Smith, J.D. (2012). Single-case experimental designs: a systematic review of published research and current standards. *Psychological methods*, 17(4), 510. <https://doi.org/10.1037/a0029312>.
- Smith, J.D., Eichler, W.C., Norman, K.R., & Smith, S.R. (2015). The effectiveness of collaborative/therapeutic assessment for psychotherapy consultation: a pragmatic replicated single-case study. *Journal of Personality Assessment*, 97(3), 261–270. <https://doi.org/10.1080/00223891.2014.955917>.
- Tarocchi, A., Aschieri, F., Fantini, F., & Smith, J.D. (2013). Therapeutic assessment of complex trauma: a single-case time-series study. *Clinical Case Studies*, 12(3), 228–245. <https://doi.org/10.1177/1534650113479442>.
- Vermulst, F.C., & Ende, J. van der (2013). *Handleiding ASEBA Vragenlijsten voor leeftijden 6 tot en met 18 jaar*. Rotterdam: ASEBA Nederland.
- Vermulst, F.C., Ende, J. van der, & Koot, H.M. (1996). *Handleiding voor de CBCL/4-18*. Rotterdam: Erasmus Universiteit/Sophia Kinderziekenhuis, Afdeling Kinder- en Jeugdpsychiatrie.
- Vermulst, F.C., Kroes, G., De Meyer, R., Nguyen, L., & Veerman, J.W. (2013). *Opvoedingsbelasting-vragenlijst (OBVL) Handleiding*. Nijmegen: Praktikon, Radboud Universiteit.
- Wyatt-Kaminski, J., Valle, L.A., Filene, J.H., & Boyle, C.L. (2008). A meta-analytic review of components associated with parent training program effectiveness. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36, 567–589. <https://doi.org/10.1007/s10802-007-9201-9>.
- Yperen, T. van, Veerman, J.W., & Bijl, B. (2017). *Zicht op effectiviteit. Handboek voor resultaatgerichte ontwikkeling van interventies in de jeugdsector*. Rotterdam: Lemniscaat.
- Zhang, F., Wagner, A.K., & Ross-Degnan, D. (2011). Simulation-based power calculation for designing interrupted time series analyses of health policy interventions. *Journal of Clinical Epidemiology*, 64, 1252–1261. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2011.02.007>.

Kind Adolesc

Monica Pollmann is als gz-haptotherapeute en opleider werkzaam bij Haptotherapiepraktijk Wijk bij Duurstede en de Academie voor Haptonomie in Doorn.

Floor van Rooij is als onderzoeker en docent verbonden aan het Research Institute Child Development and Education van de Universiteit van Amsterdam.

Roos Rodenburg is orthopedagoog en universitair docent aan het Research Institute of Child Development and Education van de Universiteit van Amsterdam en is verbonden aan Stichting Epilepsie Instellingen Nederland (SEIN).