

Jezelf (her)vinden

Haptotherapie bij kanker



Agnes M. van Swaay

Scriptie voor de opleiding Haptotherapie
aan de Academie voor Haptonomie, Doorn
Oktober 2013

Foto omslag: Zeno Waszink
Beeldje: Hilarion Nijmegen, maker onbekend

Inhoud

Samenvatting	2
Voorwoord	3
Inleiding	5
1. Begeleiding bij kanker	7
1.1 Kanker	7
1.2 Therapie in het Taborhuis	7
2. Haptonomie, haptotherapie, haptonomische begeleiding en haptotherapie in het Taborhuis	9
2.1 Haptonomie	9
2.2 Haptotherapie	9
2.3 Haptonomische begeleiding en haptotherapie in het Taborhuis	10
3. Theoretisch intermezzo	12
3.1 Affectieve ontwikkeling: bestaans- en zijnswijzen	12
3.2 Bezielde lichamelijkheid	13
3.3 Kleine en grote gezondheid	13
4. Casus: Maria	15
4.1 Intake in het Taborhuis	15
4.2 Vervolg	16
4.3 Haptotherapie	17
4.3.1 Het begin: sessie 1 t/m 3	18
4.3.2 Het middendeel: sessie 4 t/m 9	19
4.3.3 De afronding: sessie 10 en 11	21
4.3.4 Afronding van het therapeutisch contact	22
4.4 Epiloog	23
5. Haptotherapie in het Taborhuis?	25
5.1 In hoeverre heeft haptotherapie in het Taborhuis meerwaarde ten opzichte van (enkel) gesprekstherapie?	25
5.2 Hoe verhoudt haptotherapie zich tot haptonomische begeleiding als aanvulling op de gesprekken, zoals die eerder in het Taborhuis geboden werd? Heeft het een de voorkeur boven het ander?	25
5.3 In hoeverre verschilt haptotherapie in het Taborhuis van haptotherapie in een gewone praktijk voor haptotherapie?	26
5.4 Conclusie en aanbevelingen	26
5.5 Discussie	26
Literatuur	28

Samenvatting

De centrale vraag in deze scriptie is welke rol is weggelegd voor haptotherapie bij kanker. Ik kom tot een antwoord op deze vraag - onderverdeeld in een drietal deelvragen - aan de hand van een casus. Van een van mijn cliënten in het Taborhuis (een instelling voor begeleiding van mensen met kanker) geef ik een beschrijving van het proces dat zij doorgemaakt heeft en hoe ik haar daarbij begeleid heb, in eerste instantie als GZ-psycholoog door middel van gesprekken, later met behulp van haptotherapie. Ik geef de rol aan van de haptotherapie in het geheel van de behandeling en beschrijf de verhouding therapeutische gesprekken – haptotherapie.

De casus wordt voorafgegaan door enkele inleidende hoofdstukken. Allereerst beschrijf ik kort wat kanker zoal teweegbrengt in iemands leven, welke ondersteuning mensen met kanker in verschillende fasen van de ziekte zoeken in het Taborhuis, en vertel ik iets over de werkwijze van het Taborhuis en de ontwikkelingen daarin. Daarna volgt een hoofdstuk over haptonomie, haptotherapie en haptonomische begeleiding zoals die in het Taborhuis werd geboden. Vervolgens sta ik stil bij enkele theoretische begrippen die ik verhelderend vind voor het werken met mensen met kanker.

Op grond van de uitgewerkte casus kom ik ten slotte tot een antwoord op de drie deelvragen, en van daaruit tot mijn conclusie dat haptotherapie voor veel mensen met kanker van grote waarde is en in IPSO-instellingen actief aangeboden zou moeten (kunnen) worden, zonder onoverkomelijke financiële drempels voor de cliënten.

Mijn aanbeveling aan zorgverzekeraars is dan ook om haptotherapie te zien als essentieel onderdeel van het hulpaanbod van IPSO-instellingen en als zodanig (weer) in de vergoeding op te nemen.

Voorwoord

Mijn kennismaking met haptonomie, tijdens mijn eerste zwangerschap in 1978 / -'79, was een heel bijzondere en intense ervaring, die mij deed verzuchten dat ik me hier wellicht ooit nog eens verder in zou willen verdiepen. Toen ik jaren later hoorde over *haptotherapie* was ik inmiddels afgestudeerd als psycholoog en werkte ik met volle inzet en veel voldoening in de terminale thuiszorg. Ik voelde me daar op mijn plek en bovendien had ik jarenlang geld noch tijd om de opleiding haptotherapie te volgen.

Sinds 2003 werk ik als GZ-psycholoog in het Taborhuis, een instelling voor begeleiding van mensen met kanker en één van de IPSO therapeutische centra¹. Daar kwam ik opnieuw in aanraking met de haptonomie, in de vorm van *haptonomische begeleiding* als aanvulling op de therapeutische gesprekken; ik vond het fascinerend te zien hoe helend, verhelderend en bevestigend deze aanraking voor veel cliënten was, hoe diep ze erdoor geraakt werden. Na enkele jaren besloot ik alsnog zelf de opleiding haptotherapie te gaan volgen, in eerste instantie vooral voor mijn eigen ontwikkeling. Ik voelde me in het Taborhuis als een vis in het water en had noch de behoefte om de haptotherapeuten in het Taborhuis in het vaarwater te zitten, noch de wens een eigen praktijk te beginnen. Wel was ik er van overtuigd dat deze opleiding, op wat voor manier dan ook, positief door zou werken in mijn functioneren als therapeut.

Het werken met proefcliënten tijdens de opleiding gaf me echter een nieuwe impuls en toen een van de docenten in het vierde jaar vroeg of we wel allemaal 'voor het echie gingen' kon ik daar volmondig "Ja" op zeggen, al had ik nog geen idee in welke vorm. Inmiddels ben ik toch, naast mijn dienstverband, een kleine eigen praktijk aan het opstarten², enigszins tot mijn eigen verbazing.

Tijdens het tweede jaar van mijn opleiding bracht ik samen met een collega (een van de haptotherapeuten van het Taborhuis) een werkbezoek aan een andere IPSO-instelling (De Vruchtenburg in Rotterdam). We woonden een cliëntbespreking bij, waar we hoorden dat sommige cliënten na de intake rechtstreeks verwezen werden voor *haptotherapie*. In de ogen van de haptotherapeut die wij vervolgens spraken had dit een duidelijke meerwaarde vergeleken met de *haptonomische begeleiding* in het Taborhuis. Wat ze erover vertelde zette ons aan het denken. Onze conclusie was dat haptotherapie een mooie aanvulling op, maar geen vervanging zou kunnen zijn van de haptonomische begeleiding zoals we die in het Taborhuis boden. Zoals mijn collega het verwoordde: "Onze haptonomische begeleiding is een bevestigende, helende aanraking die cliënten mogen *ontvangen*, haptotherapie daarentegen is echt *werken* voor ze." Onze gesprekken naar aanleiding van dit bezoek brachten me op het idee om te onderzoeken wat haptotherapie (extra) zou kunnen betekenen voor cliënten van het Taborhuis. Ik kreeg toestemming voor een pilot haptotherapie bij een tweetal cliënten. Een van hen, Maria, staat als casus centraal in deze scriptie.

¹ IPSO: Inloophuizen en Psycho-oncologische centra Samenwerking en Ondersteuning

² In Goede Handen, praktijk voor Haptotherapie, GZ-psychologie en Supervisie

Ik ben Maria dankbaar dat ze bereid was met mij het nieuwe, spannende pad van de haptotherapie op te gaan, en ook nog mee wilde werken aan drie sessies individuele werkbegeleiding bij een van de docenten.

De opleiding heeft me veel gebracht; ik kijk er met plezier op terug. Dank aan docenten, medestudenten en medewerkers van de Academie voor Haptonomie. De individuele en groepsworkbegeleidingen vond ik ongelooflijk spannend, maar ook superleerzaam! Van de supervisie heb ik erg genoten en veel geleerd. Ook het schrijven van deze scriptie vond ik boeiend en leerzaam. Wel vond ik het een hele klus, naast mijn werk in het Taborhuis en mijn groeiende praktijk. Het duurde me eigenlijk te lang, maar ik kon het niet sneller.

Tot slot wil ik mijn partner en kinderen bedanken voor hun steun, belangstelling, vertrouwen, meelesen en commentaar: kritisch, positief en opbouwend. Het was voor mij bijzonder om als moeder gelijk op te gaan met kinderen die werken aan hun masterscriptie en proefschrift.

Inleiding

Iemand die kanker krijgt, neemt zichzelf mee bij de verwerking ervan. Het is me vaak opgevallen dat oude overlevingsmechanismen en gedragspatronen van stal worden gehaald, en oude problematiek opnieuw geactiveerd wordt. Kanker raakt bovendien bijna onvermijdelijk aan de existentiële laag van het mens-zijn en kan daardoor ervaren worden als een appel om opnieuw te kijken naar de manier waarop het leven geleefd is, met daaraan gekoppeld de vraag: “Ga ik op dezelfde voet verder of maak ik nieuwe keuzes en geef ik mijn leven een wending?” Kanker kan in die zin een aanzet zijn tot persoonlijke ontwikkeling en groei. Soms zeggen mensen in dit verband dat, hoewel ze deze ziekte nooit gekozen zouden hebben, de kanker niet alleen tot verlies heeft geleid maar hen ook iets gebracht heeft. In ‘Kanker, een existentiële opgave’ verwoordt Pool het als volgt: “Het is een paradox dat juist in een existentiële verwerking van trauma en verlies mogelijkheden voor krachtige transformatieprocessen besloten liggen, waardoor naast de negatieve ervaringen, positieve gevoelens van groei en vernieuwde kracht kunnen ontstaan.” (Pool, 2009 p. 144).

Als GZ-psycholoog in het Taborhuis zie ik me telkens opnieuw gesteld voor de vraag waar voor mij de grens ligt in de behandeling: beperk ik mij tot (de gevolgen van) kanker, of ga ik verder en pak ik met de cliënt ook andere problemen aan? Ga ik in op oude problemen en gedragspatronen? Begeleid ik mensen in het proces van persoonlijke groei dat weliswaar door de kanker is ingezet maar daar na verloop van tijd los van komt te staan? En laat ik me hierbij leiden door de vraag van de cliënt, of smeed ik het ijzer nu het heet is en maak ik op eigen initiatief gebruik van de mogelijkheden en kansen die ik zelf zie?

Als haptotherapeut vraag ik me dit haast nog meer af: vaak zie ik volop mogelijkheden voor persoonlijke ontwikkeling en groei en soms ook voor heling van eerder geslagen innerlijke wonden en aanvulling van wat iemand in zijn leven tekort is gekomen aan affectieve (zijns)bevestiging, gebieden waar haptotherapie bij uitstek een bijdrage kan leveren (Pollmann-Wardenier 2002; Plooi 2005, p. 21 en 110-111). Maar in hoeverre past dit binnen het Taborhuis / IPSO? Of hoort dit eerder thuis in een algemene haptotherapiepraktijk?

Ook bij Maria kwam ik voor dergelijke vragen te staan. In deze scriptie beschrijf ik het verwerkingsproces dat zij doormaakte na de behandeling van kanker en mijn hulp daarbij als haptotherapeut. Ik probeer daarbij te komen tot een antwoord op de volgende vragen:

Welke rol is er in het Taborhuis (of zelfs: binnen de IPSO therapeutische centra) weggelegd voor haptotherapie?

- In hoeverre heeft haptotherapie in het Taborhuis meerwaarde ten opzichte van (enkel) gesprekstherapie?
- Hoe verhoudt haptotherapie zich tot haptonomische begeleiding, zoals die eerder in het Taborhuis geboden werd? Heeft het een de voorkeur boven het ander?
- In hoeverre verschilt haptotherapie in het Taborhuis van haptotherapie in een gewone praktijk voor haptotherapie?

De opbouw van de scriptie is als volgt:

In het eerste hoofdstuk beschrijf ik kort wat kanker zoal teweegbrengt in iemands leven, welke ondersteuning mensen met kanker in verschillende fasen van de ziekte zoeken in het

Taborhuis, en vertel ik iets over de werkwijze van het Taborhuis en de ontwikkelingen daarin (deels ingegeven door de verscherpte eisen van de zorgverzekeraars).

Hoofdstuk 2 gaat over haptonomie, haptotherapie en haptonomische begeleiding zoals die in het Taborhuis werd geboden.

In hoofdstuk 3 sta ik stil bij enkele theoretische begrippen die ik verhelderend vind voor het werken met mensen met kanker: bestaans- en zijnswijzen, bezielde lichamelijkeheid, kleine en grote gezondheid en de wijze waarin er in onze maatschappij wordt omgegaan met ziekte en gezondheid en het belang van affectieve bevestiging, juist in een kwetsbare situatie.

In hoofdstuk 4 volgt dan de casus van Maria: een beschrijving van het proces dat zij doorgemaakt heeft en hoe ik haar daarbij begeleid heb, in eerste instantie als GZ-psycholoog door middel van gesprekken, later met behulp van haptotherapie. Zowel mijn interventies als haptotherapeut, als reflectie op mijn handelen komen hierbij aan bod. Dit laatste veelal direct verwerkt in de tekst, soms apart in een kader. In het tweede deel van dit hoofdstuk geef ik de rol van de haptotherapie aan in het geheel van de behandeling en beschrijf ik de verhouding therapeutische gesprekken – haptotherapie.

Op grond hiervan kom ik in hoofdstuk 5 tot een antwoord op de hiervoor geformuleerde vragen, mijn conclusie en aanbevelingen. Tot slot volgt een beknopte discussie.

Begeleiding bij kanker

1.1 Kanker

Wat kanker in iemands leven teweegbrengt kan ik het best weergeven aan de hand van enkele passages die ik schreef voor een folder die het Taborhuis in 2010 uitbracht:

“Te horen krijgen dat je kanker hebt is bijna altijd zeer ingrijpend, voor jezelf en voor de mensen om je heen. In korte tijd komt er van alles op je af aan verder onderzoek en behandeling en vaak kom je voor moeilijke beslissingen te staan. Bovendien zijn veel mensen zich onmiddellijk bewust van het levensbedreigende karakter van deze ziekte, ook al is er tegenwoordig veel mogelijk en zijn over het geheel genomen de overlevingskansen enorm toegenomen.

Je kunt je overspoeld voelen door onzekerheid en angst, maar ook door andere – soms ongekend heftige – gevoelens: boosheid, verdriet, machteloosheid, eenzaamheid... Het kan een hele kunst zijn om je dan staande te houden.

Na de eerste schrik komen wilskracht en vechtlust vaak voorop te staan om de behandelingen aan te kunnen. De echte verwerking moet dan meestal nog komen. Eenmaal in een wat rustiger vaarwater kan meer en meer tot je doordringen wat je allemaal is overkomen. Het doormaken van kanker maakt vaak dat je anders in het leven komt te staan.”

1.2 Therapie in het Taborhuis

Het Taborhuis helpt mensen bij het omgaan met deze veranderingen en het vinden van een nieuwe balans.

In het Taborhuis komen mensen in diverse stadia van de ziekte (meestal kanker, soms een andere ernstige / levensbedreigende aandoening):

- meteen na de diagnose, dan is er vaak sprake van grote paniek;
- tijdens de behandeling, voor ondersteuning om alles aan te kunnen;
- na de behandeling, ook als de vooruitzichten goed zijn. In deze periode kan de echte verwerking vaak pas beginnen;
- en als genezing niet meer mogelijk is en het levenseinde in zicht komt;
- daarnaast is er ondersteuning mogelijk van partners, kinderen en nabestaanden.

In de begintijd hebben de initiatiefnemers van het Taborhuis, William Yang en Ton Staps, een therapievorm ontwikkeld, Psycho-Energetische Therapie (afgekort: PET), met een model dat ik zelf nog steeds graag als basis gebruik in mijn werk (Staps en Yang, 1991). Van een vijftal onderling samenhangende dimensies (aandacht, communicatie, emoties, lichaam en zingeving / zinervaring) wordt nagegaan in hoeverre er sprake is van (dis)balans. Voor de behandeling is het van belang niet alleen de problemen in kaart te brengen, maar ook oog te hebben voor, en uit te gaan van iemands kracht, van het gezonde deel van de persoon. Afhankelijk hiervan kan elk van de dimensies als aangrijpingspunt gekozen worden; door de onderlinge samenhang komt er dan vanzelf ook beweging in de andere dimensies.

Lange tijd is er in het Taborhuis gewerkt met dit model, in de vorm van individuele en/of groeps gesprekken die, afhankelijk van de situatie, werden aangevuld met meditatie- en ontspanningsoefeningen en/of haptonomische begeleiding. De ervaring leert dat deze drie vormen elkaar vaak versterken. Veel cliënten zeggen dan ook dat juist deze drieslag voor hen helpend en helend is geweest. Kernwoorden van deze werkwijze zijn: *ruimte* (voor alles wat er is, voor het hele verhaal, voor alle emoties), *balans* (her)vinden en *innerlijke kracht* (niet te verwarren met wilskracht).

De laatste jaren is dit model als zodanig wat meer op de achtergrond geraakt door de komst van nieuwe collega's met eigen invalshoeken en werkwijzen en doordat er vanuit overheid en zorgverzekeraars steeds meer nadruk wordt gelegd op het 2^e lijns GGZ-karakter van de instelling, en daarmee op (de behandeling van) stoornissen en evidence-based behandelingen. Helaas wordt de psycho-energetische therapie hier niet toe gerekend.

In 'Psychologische patiëntenzorg in de oncologie, handboek voor de professional' (de Haes, Gualthérie van Weezel en Sanderman, 2009) wordt van diverse therapievormen beschreven hoe deze ingezet kunnen worden bij mensen met kanker. Mijn eigen werkwijze zou ik willen scharen onder 'cliëntgerichte experiëntiële psychotherapie'. De beschrijving hiervan heeft voor mij duidelijke raakvlakken met de haptotherapie. Zo schreef Gendlin over succesvolle cliënten: "Zij richten hun aandacht op wat zij in het huidige moment ervaren en 'tasten af' hoe een probleem in zijn geheel aanvoelt, zowel emotioneel als lijfelijk." (Vedder en Maas, 2009, p. 240). Dit innerlijk gewaarworden, focussen genoemd, blijkt een sleutelrol te spelen in therapeutische verandering:

"Cliëntgerichte psychotherapie is gericht op de gehele persoon, hier en nu, en niet uitsluitend op de klachten. Als het primaire ervaringsgerichte principe geldt dat de therapeut zich in zijn interventies richt op de **actuele** beleving van de cliënt. In het bijzonder betreft dit belevingsaspecten die net onder de oppervlakte van het bewustzijn liggen. De cliënt gevoelig maken voor gevoelens en betekenissen die in een voorwoordelijk stadium in hem aanwezig zijn, blijkt helen en verrijkend, omdat contact gemaakt kan worden met datgene wat wel beleefd en meegemaakt is, maar dat nooit beluisterd of verwoord is." (Vedder en Maas, 2009, p. 241)

Haptonomie, haptotherapie, haptonomische begeleiding en haptotherapie in het Taborhuis

2.1 Haptonomie

Haptonomie is de fenomenologische beschrijving - en de theoretische onderbouwing ervan - van het bestaan en het functioneren van de mens als voelend, affectief wezen. De haptonomie bestudeert en beschrijft het lichamelijk voelen en het innerlijke gevoelsleven en het verband ertussen (o.a. Plooi 2005, p. 11).

Het gaat bij haptonomie om voelbare verbondenheid: we kunnen voelen of we in contact zijn met onszelf, met een ander, met onze gevoelens, met de wereld om ons heen – in het klein en in het groot. We kunnen ons er voor openen of afsluiten. In feite is dit een voortdurend proces in onszelf: als we er op letten, merken we dat er in onszelf steeds een vanzelfsprekende beweging naar iets of iemand toe is, of juist ervan weg. We kunnen dit voelen in ons lichaam en in ons gemoed; de haptonomie benadrukt dat lichaam en geest bij elkaar horen, in wezen één zijn. De haptonomie gaat uit van de persoon als eenheid van lichamelijkheid, gevoelsleven en redelijkheid, drie aspecten die elkaar doordringen (Gerritse 2005, p. 33).

Persoonlijk ben ik erg blij met deze visie. Lichaam, gevoel en verstand zijn niet te scheiden, hooguit te onderscheiden. Zonder het ene aspect boven het andere te plaatsen, zonder hiërarchie, maar als aspecten die met elkaar samenhangen, op elkaar inwerken, elkaar doordringen. Eindelijk komt hier bij elkaar wat ik al zo lang ervaar, maar zoals ik dat bijvoorbeeld tijdens mijn psychologiestudie niet geleerd heb. Met name de discussie of het gevoel of het verstand het belangrijkste was heeft me altijd gestoord. De haptonomie sluit aan bij mijn besef dat het niet of-of is. De term 'elkaar doordringen' vind ik in dit verband erg treffend.

De haptonomie bestudeert en beschrijft hoe we ons kunnen ontwikkelen tot een volledig mens, steeds in contact met zichzelf en de wereld om zich heen. In de woorden van Veldman: tot een authentiek, voelend, verantwoordelijk wezen, levend in een affectieve verbondenheid met zowel zichzelf als de ander en de wereld om hem heen (Plooi 2005, p. 19).

2.2 Haptotherapie

Haptotherapie is een therapievorm die gebaseerd is op en gebruik maakt van de inzichten uit de haptonomie. Het is een persoonsgerichte therapie waarbij de cliënt geholpen wordt om (weer) in contact te komen met zijn gevoelens en deze te dragen vanuit het gevoelde lichaam. Niet voor niets gebruiken we het woord 'voelen' zowel voor lichamelijke gewaarwordingen als voor emoties: we *voelen* het als iemand ons aanraakt of als we ergens tegenaan lopen, we *voelen* warmte en kou, maar we *voelen* ook vreugde, verdriet, angst of

boosheid. Soms laat het lichaam al iets zien waarvan we ons nog niet bewust zijn, bijvoorbeeld door een bepaalde verstrakking van het lichaam of een verandering in de mimiek.

Affectiviteit en affectieve aanraking zijn kernbegrippen in de haptotherapie. Mensen zijn affectieve wezens en hebben behoefte aan affectief contact. Waar het bij effectiviteit gaat om het bereiken van een doel, gaat het bij affectiviteit juist om de ander als persoon. Affectiviteit heeft te maken met de kwaliteit van het contact. De haptotherapeut kan de cliënt met behulp van affectieve aanraking laten voelen wie hij is en dat hij goed is zoals hij is, een 'goed-op-zich' is (o.a. Veldman, 2007 p. 318).

De haptotherapeut brengt de cliënt via het lichamelijk voelen bij zijn innerlijke gevoel en pijn. De affectieve bevestiging door de therapeut helpt de cliënt om het contact met zichzelf aan te gaan. Door de verbinding met en de aanraking van de therapeut komt hij tot een dieper ervaren van zichzelf. Zo komt hij in contact met zijn eigen gevoelsleven en daarmee ook met afgesloten, geblokkeerde gevoelens.

2.3 Haptonomische begeleiding en haptotherapie in het Taborhuis

Haptonomische begeleiding in het Taborhuis, als aanvulling op de gesprekken met een psycholoog³, wordt in de informatie voor de cliënten beschreven als "een rustige zachte massage op haptonomische basis die je helpt om spanning los te laten, om je weer prettiger te voelen in je lijf en om beter in contact te komen met je gevoel en met wat er in je leeft." Hierbij wordt meestal gebruik gemaakt van massageolie.

Cliënten die als het ware 'stijf staan van de stress' verwijs ik vaak al na een van de eerste gesprekken (soms zelfs meteen na de intake) naar een van de haptotherapeuten voor haptonomische begeleiding. Door de haptonomische aanraking komen ze weer wat tot rust en dit werkt positief door in de gesprekken met mij. Het omgekeerde komt ook voor: soms hebben mensen het nodig om eerst in een gesprek stoom af te blazen, om daarna de haptonomische behandeling te kunnen ontvangen en de spanning los te kunnen laten. Een andere groep cliënten voor wie ik haptonomische begeleiding erg waardevol vind, zijn mensen wiens lichaam erg geschonden is door operaties (een borstamputatie, een stoma, maar ook uitgebreid inwendig letsel zoals bijvoorbeeld bij gynaecologische kanker). Vaak spreekt uit hun houding een afkeer van dit deel van hun lichaam, soms zelfs van hun hele lichaam. De haptonomische aanraking kan hun weer laten voelen dat ze in dat zo veranderde lijf nog steeds kunnen 'wonen'. Een van mijn cliënten beschreef het als volgt:

"S. (de haptotherapeut) geeft me door haar bijna helende handen iedere keer weer het gevoel dat dat verminkte aangetaste middendeel van mijn buik bij mijn hele lichaam en zijn hoort, een prachtige dragende ervaring telkens weer. Door die kracht loop ik na een sessie weer rechtop in mijn lichaam en kan ik zelfs het grote littekendeel koesteren en aanvaarden. Het verzacht de pijn van het litteken van binnen en buiten maar ook mijn zielenpijn. Daardoor kan ik ook weer verder met leven, het iets

³ Vanwege de leesbaarheid gebruik ik hier de tegenwoordige tijd, hoewel de zorgverzekeraars deze vorm van begeleiding sinds januari 2013 niet meer tot verzekerde zorg rekenen. De haptotherapeuten in het Taborhuis bieden nu 1^e lijns haptotherapie aan, waar de haptonomische begeleiding in iets aangepaste vorm deel van uitmaakt.

gemakkelijker dragen, ik leef het leven zo graag.” (uit een langere tekst van de cliënt die ze me stuurde met toestemming om deze te gebruiken en/of te publiceren).

Ik vind het vaak ontroerend en indrukwekkend om te zien hoe de affectief bevestigende aanraking van de haptotherapeut de cliënt helpt om weer vertrouwd te raken met het soms zo geschonden lichaam en de weg opent om ook de emoties weer aan te durven gaan, en te durven voelen wat de ziekte innerlijk teweegbrengt. Deze affectieve aanraking staat in schril contrast tot de functionele aanraking die patiënten (moeten) ondergaan tijdens medische behandelingen (Van Banning 2007, p. 129).

De haptotherapie in het Taborhuis gaat een stap verder dan de haptonomische begeleiding en kan zo tot een meer wezenlijke verandering leiden: de persoon zelf, met zijn eigen patronen, komt meer in beeld en het verband tussen wat er nu gebeurt, hoe de persoon nu met de ziekte omgaat en zijn eerder in het leven opgebouwde patronen wordt duidelijker. Ook kan het verband tussen de bestaans- of zijnswijze, de hechting en de manier van omgaan met de situatie meer worden meegenomen.

In de informatie die cliënten nu krijgen staat onder meer:

“De aanraking maakt je ook meer bewust van wat in je leeft, wat je emotioneert, waar je behoefte aan hebt, wat je verlangt en wat je inspireert. Door dat te erkennen en ermee aan de slag te gaan ontstaat meer rust in wie je bent, ontwikkel je meer zelfvertrouwen en ben je beter in staat jouw eigen keuzes te maken. Je ervaart wat je nog wel kunt in plaats van wat je niet meer kunt. En al is het leven niet altijd gemakkelijk en soms nog maar heel kort, als jij ervaart dat je mag zijn die je bent, jij de regie hebt en jij je verbonden kunt voelen met mensen en levensgebeurtenissen om je heen dan maakt dat het leven zinvol. De haptotherapie ondersteunt je in dit proces”. In de haptotherapie wordt normaal gesproken geen gebruik gemaakt van massageolie⁴.

⁴ De haptotherapeuten in het Taborhuis hebben beiden een ITH-achtergrond. Zij werken niet met het haptonomisch drieluik, maar vanuit een eigen ontwikkelingschema (OWS). Het aanreiken van de basis en het aanraken van de benen (zoals in deel 2 van het drieluik) passen hier eigenlijk niet in maar vanwege de jarenlange positieve ervaring met de hiervoor beschreven haptonomische begeleiding doen ze dit als ze dit zinvol achten wel bij cliënten van het Taborhuis.

Theoretisch intermezzo

In de loop van de opleiding heb ik me vrij uitgebreid verdiept in de literatuur over haptonomie, haptotherapie en een aantal aanverwante gebieden. Vooral de open boek tentamens zetten me er toe aan om me de theorie op een dieper niveau eigen te maken en te verbinden met de praktijk. Door de combinatie hiervan met opleidingsdagen, oefengroep, oefencliënten en de cliënten in het Taborhuis heb ik de kennis en inzichten uit de literatuur steeds meer kunnen integreren in mijn manier van werken, vooral als haptotherapeut, maar ook als GZ-psycholoog. De haptonomie gaat zozeer over het hele mens-zijn dat het eigenlijk in alles doorwerkt. Ik heb ervoor gekozen in dit hoofdstuk enkele thema's kort te beschrijven waar dit speciaal voor geldt en die een duidelijke relatie hebben met mijn werk in het Taborhuis.

3.1 Affectieve ontwikkeling: bestaans- en zijnswijzen

Veldman maakt onderscheid tussen *bestaans-* en *zijnswijzen*. De ontwikkeling van de mens tot volledig mens-zijn verloopt vanuit een begrensde bestaanswijze (*extentus insensus* en *extentus rationalis*) naar ontgrensde zijnswijzen (*extentus affectus* en *extentus concentus*). In de persoonsontwikkeling betekent dit dat de behoefte aan strakke begrenzing en zelfbescherming steeds meer afneemt en plaats maakt voor affectief contact en werkelijke ontmoeting. Affectieve bevestiging is voorwaarde om deze ontwikkeling te kunnen doormaken (Veldman 2007, p. 307-326).

Deze theorie van Veldman is steeds meer voor mij gaan leven. Ik ben me ervan bewust geworden dat mijn eigen affectieve ontwikkeling van invloed is op wat ik mijn cliënten kan bieden: ik kan niet verder reiken dan mijn eigen polsstok lang is. Vanuit de extentus rationalis kan ik als therapeut onvoldoende affectief aanwezig zijn. Door zelf door te groeien naar een van de zijnswijzen (extentus affectus of extentus concentus) worden mijn eigen toenemende affectieve vermogens duidelijker zichtbaar en voelbaar. Hierdoor kan ik mijn cliënten ook steeds vanzelfsprekender affectief bevestigen en gidsen naar een ruimere manier van zijn: van een begrensde bestaanswijze naar een meer en meer ontgrensde zijnswijze.

Naar mijn idee is de ontwikkeling die Veldman beschrijft niet zozeer een geleidelijk groeiproces als wel een weg met vallen en opstaan, waarop allerlei gebeurtenissen in het leven van invloed kunnen zijn. Dat zie ik terug bij mijn cliënten: de confrontatie met een ziekte als kanker, waar het soms letterlijk om leven en dood gaat, doet mensen in eerste instantie vaak terugschieten in de *extentus insensus*: alles is dan gericht op levensbehoud. Voelen lijkt even niet aan de orde. De door Van Banning (2007, p. 129) zo duidelijk beschreven objectiverende aanraking tijdens onderzoeken en behandelingen versterkt dit nog. Daarnaast zie ik de groei van bestaans- naar zijnswijze soms juist versneld gebeuren bij mensen die door hun levensbedreigende ziekte haast gedwongen worden om stil te staan bij de kern van hun bestaan, en van hun eigen wezen, wie ze ten diepste zijn. Uit hun mond hoor ik uitspraken die gaan over de verrijking van hun leven door het besef dat het om 'zijn' gaat, en dat dit niet alleen afhangt van prestaties en materiële zaken.

Vaak heb ik de indruk dat de cliënt eigenlijk niet *durft* te voelen: nogal eens vertellen mensen me bang te zijn dat dit hun kracht zal ondermijnen. Als haptotherapeut kan ik hen laten ervaren dat het omgekeerde waar is: goed in contact zijn met je gevoel vergroot juist je veerkracht. Van Banning schrijft hierover: “Het gevecht om het voelen weg te houden zorgt voor zichtbare en voelbare spanning in het lichaam van de cliënt, de haptotherapeut raakt aan op de plekken waar die spanning in het lichaam fysiek voelbaar is. Dan kan de cliënt zijn werkelijke gevoelens aangaan en herkennen in het dagelijks leven. Door in contact met je gevoel te blijven merk je ook eerder op wat je draagvermogen te boven gaat.” (Van Banning, 2007, p. 131)

3.2 Bezielde lichamelijkeheid

In het dagelijks leven spreken mensen vaak over het lichaam als was het een ding. En helemaal als er sprake is van ziekte; dan lijkt het soms te gaan over een ding ‘dat het niet goed doet’. Cliënten in het Taborhuis vertellen vaak dat ze zich door hun lichaam verraden of in de steek gelaten voelen, alsof het iets buiten hen is. In de haptonomie gaat het echter juist niet over het lichaam als ding, maar over het levende lichaam als drager, als uitingsvorm van de persoon: de mens ‘woont’ in zijn lichaam. De lichamelijkeheid geeft in zekere zin de identiteit van het individu weer. In zijn lichamelijkeheid laat de persoon namelijk zichzelf zien als eenheid van lichaam en geest: hij toont zijn manier van lichamelijk in-de-wereld-zijn, de persoonlijke manier waarop hij zijn lichamelijke bestaan gebruikt en in zijn aanwezig-zijn naar buiten brengt. Veldman gebruikt hiervoor de term ‘vitale presentie’. “De representerende *lichamelijkeheid* vertegenwoordigt voor de mens het *aanwezige* – gevoelvolle – levende lichaam, vol expressieve vitaliteit, het lichaam dat **hij is**.” (Veldman, 2007 p. 147)

Bezielde lichamelijkeheid heeft te maken met het feit dat de mens meer is dan alleen een lichaam. Wat maakt hem tot een levend mens? Tot een ik? Wat bezielt hem? De mens die tot volledige ontwikkeling is gekomen, tot een ontgrensde zijnswijze, laat dit in zijn verschijning zien: het lichaam is gevuld met de ziel en is niet alleen functioneel, maar wordt ook gevoeld, waarbij ook dit voelen meer is dan alleen zintuiglijk ervaren (Plooi 2005, p. 21).

Het woord ‘ziel’ blijft voor mij (en niet alleen voor mij) moeilijk te omschrijven. Het raakt aan het mysterie van het leven en van het mens-zijn. Hoewel ik als mens niet zonder mijn/een lichaam kan, is mijn kern, mijn wezen niet materieel en ben ik dus meer dan mijn lichaam. Voor mij is de ziel die grote levenskracht, die (ook) in mij huist en waar ik tegelijk deel van uitmaak. Als mens ervaar ik die in mijn lichaam. De ziel heeft voor mij ook te maken met wat mij in beweging brengt en gaande houdt. Zonder bezieling kan ik niet vooruit, val ik stil.

3.3 Kleine en grote gezondheid

Verduin (2003) spreekt, aan de hand van de gedachtegang van de filosoof Nietzsche ten aanzien van gezondheid, over kleine en grote gezondheid. Het begrip ‘kleine gezondheid’ duidt op een heel beperkte opvatting van gezondheid, namelijk enkel als afwezigheid van ziekte. Het gaat voorbij aan de vergankelijkheid en eindigheid van het bestaan en aan het

gegeven dat lijden nu eenmaal deel is van het leven; daarmee ontkent het een deel van het leven zelf. Kleine gezondheid voedt de illusie van onkwetsbaarheid en maakt het voor mensen moeilijker te accepteren dat ziekte ons pad kan kruisen en ons leven verandert. 'Grote gezondheid' daarentegen is verbonden met het leven in al zijn grootsheid en roept een bepaald soort ontzag op: de mens is deel én manifestatie van het leven. Bij het begrip grote gezondheid past het om het leven werkelijk aan te gaan en te beamen, wat het ook brengt. Dit leidt tot een begrip en ervaren van het leven in al zijn volheid, een zich opgenomen voelen en weten in de voortdurend veranderende stroom van het leven (Verduin 2003, hfdst. 1).

In mijn werk zie ik vaak dat bij mensen met kanker het idee van gezondheid verandert in de zin dat ze groeien van kleine naar grote gezondheid. Ze worden zich ervan bewust dat ze tot dan toe hebben geleefd met de illusie van onkwetsbaarheid, met het idee dat lichamelijke gezondheid het leven de moeite waard maakt, de basis is van hun leven. Het doormaken en doorstaan van een levensbedreigende ziekte als kanker brengt hun vaak in contact met hun eigen innerlijke kracht (daar is de therapie in het Taborhuis zeker ook op gericht), hun levenskracht, de grote, gezonde, scheppende kracht van het leven zelf (Verduin 2003, p. 31). Ze ontdekken dat dit iets anders is dan de wilskracht waarop ze in eerste instantie hebben overleefd en die meer past bij de kleine gezondheid. Ze realiseren zich dat ook het lijden bij het leven hoort, bij hun leven hoort en het leven zelfs zeer (meer) de moeite waard kan maken.

In dit verband heeft Verduin het ook over de 'dunne persoon', die begrensd, beperkt is in zijn mens-zijn omdat hij geen verbinding heeft met het leven dat zijn kleine ik overstijgt. De dunne persoon beseft nog niet - of onvoldoende - dat de mens zelf groter is dan zijn individu zijn. De 'dikke persoon' daarentegen is de mens die zich bewust is van zijn bezielde lichamelijke, die er weet van heeft dat hij meer is dan zijn lichaam. De persoon die in zijn lichaam tot uiting brengt wie hij is. Bij wie te zien en te merken is dat zijn lichaam niet alleen functioneert, maar door hem gevoeld en 'bewoond' wordt, gevuld is met de ziel. Die weet en laat zien dat mens zijn is: in de wereld staan, bewustzijn, betekenis geven en ervaren.

Terugkijkend realiseer ik me dat ik de keer dat ik in mijn leven zelf te maken kreeg met ernstige ziekte, zelf ook in eerste instantie als 'dunne persoon' en vanuit het kleine gezondheidsbegrip reageerde. De omslag naar dikke persoon en grote gezondheid ontstond haast vanzelf, door het appel dat ik in mijzelf voelde om werkelijk te leven en geen genoegen te nemen met een slap aftreksel ervan. Zo werd deze crisis – inderdaad, zoals mij al wel vaker was voorgehouden – een belangrijke leerervaring.

Casus: Maria

4.1 Intake in het Taborhuis

In augustus 2011 komt Maria naar het Taborhuis voor begeleiding. Vier jaar daarvoor is er bij haar ovariumcarcinoom (eierstokkanker) vastgesteld. De medische behandeling bestond uit een zware operatie ("alles weggehaald tot 10 cm. boven de navel"), gevolgd door chemotherapie. Voor zover bekend waren er geen uitzaaiingen, wel verklevingen met andere organen. Een maand later is ze al weer aan het werk gegaan - achteraf gezien veel te vroeg - uit angst anders haar baan kwijt te raken, met alle financiële gevolgen van dien.

Ten tijde van het intakegesprek is Maria emotioneel echt van slag en chaotisch in haar presentatie en wijze van vertellen; ik moet alle zeilen bijzetten om haar te kunnen volgen. Ze komt naar het Taborhuis op een moment dat het op alle fronten vast te lijkt lopen. De laatste maanden was het "continu janken"; ze kreeg zelfs suïcidale gedachten, terwijl ze zichzelf ziet als een van nature positief ingesteld iemand. Ze is in de ziektewet en is bang dat ze niet meer aan het werk komt.

Ook lichamelijk heeft ze nog veel klachten: ernstige (chronische) vermoeidheid die haar erg beperkt in haar dagelijks leven, veel hoofdpijn, forse gewichtstoename (> 20 kg.). Ze kent haar eigen lichaam niet meer. Ze heeft ook al heel lang niet meer de tijd genomen om te sporten, hoewel ze beseft dat beweging belangrijk voor haar is; vroeger was sport een uitlaatklep voor haar.

In eerste instantie heeft Maria gelaten gereageerd op de diagnose. Ze heeft ondergaan wat er moest gebeuren en is weer doorgegaan, waarbij ze de psychische kant totaal verwaarloosd heeft. Dit sloot aan bij de boodschap die ze van huis uit meegekregen heeft: 'door de zure appel heen bijten en niet zeuren'.

De situatie thuis is complex: haar man heeft een eigen bedrijf met een onzeker inkomen, haar oudste zoon (21) heeft lichamelijke en psychische problemen (o.a. verslavingsproblematiek); hij woont niet meer thuis maar de zorg is groot. Met de thuiswonende jongste zoon (19) gaat het goed.

Maria beseft dat ze zich al heel lang alleen maar gericht heeft op werken en zich nu afvraagt 'of dit het nou is'. Ze is zich ervan bewust dat ze al een groot deel van haar leven gehad heeft en er misschien nog maar weinig tijd is. Ze ziet dat haar gezinsleden vooral doen wat ze leuk vinden en zij zelf vooral wat ze vindt dat moet. Dit wil ze anders. Ze ziet haar ziekte als een teken dat het roer echt om moet.

Haar hulpvraag tijdens deze intake is: rust, begrip, en vooral hulp bij: hoe nu verder "met mezelf, mijn lichaam, mijn leven"? Zelf geeft ze aan een combinatie van cognitieve en fysieke

insteek nodig te hebben. Om deze reden heeft ze zich ook aangemeld bij Herstel & Balans⁵. Hoewel ik meestal de begeleiding vanuit het Taborhuis op een laag pitje zet tijdens Herstel & Balans, kan ik me vinden in het voorstel van de H&B-psycholoog om bij Maria te kiezen voor een combinatie van deelname aan de groep en individuele ondersteuning vanuit het Taborhuis.

Haptomimiek: ik zie een grote, wat nerveus lachende vrouw met afwisselend grote, uitbreidende bewegingen van – vooral – haar armen en een volle stem, en een ineengedoken vogeltje met weinig stemvolume.

Maria roept in eerste instantie verschillende gevoelens bij me op. Ze gooit alles er in één keer uit, overweldigend, chaotisch, kop noch staart. Zelf voel ik enige irritatie of ongeduld omdat het de eerste gesprekken haast niet lukt om het over haarzelf te hebben. Ze verliest zich in hele verhalen over de situatie thuis. Telkens opnieuw moet ik haar bij haarzelf bepalen, haar terugbrengen bij haarzelf. Het duurt even voordat dit me lukt. Op die momenten kan ik haar ontmoeten, ontstaat er echt contact en wederkerigheid, en gaat ze steeds rustiger en to the point vertellen. Later realiseer ik me dat wat hier gebeurt eigenlijk al een prachtig voorbeeld is van hoe ze deel 1 doet: alleen maar (ver) naar buiten. Ze raakt zichzelf volledig kwijt, verliest zich in (verhalen over) anderen.

Desondanks ontstaat er al tijdens het intakegesprek een goede basis voor een therapeutische relatie. Ik luister aandachtig en actief, en leid – met de nodige moeite - het gesprek zodanig dat Maria haar hele verhaal kwijt kan, op een manier die meteen al enige orde schept in de chaos. Dat is zowel voor haar als voor mijzelf belangrijk. Dit doe ik door kaders aan te geven (aan de hand van het op het PET-model gebaseerde intakeformulier), samen te vatten, door te vragen, gevoelsreflecties te geven enz.

4.2 Vervolg

Zeker in het begin, tijdens de eerste gesprekken in het Taborhuis, valt het me op dat Maria voortdurend in het rationele en het 'willen' schiet: ze *wil* niet blijven hangen in de narigheid, ze *wil* positief blijven enz. Ik nodig haar uit om in deze veilige setting eerst maar eens haar gevoelens te onderzoeken en er iets van toe te (durven) laten. Ze vertelt dan dat ze een diep verdriet in zich voelt, en verliest zich vervolgens als het ware in allerlei rationele verklaringen en redeneringen. Om haar uit haar hoofd te halen stel ik als 'experiment' een oefening voor met als beginpunt: waar in haar lichaam voelt ze dit diepe verdriet? Haar hand gaat meteen naar haar buik: de leegte daar. Die is grenzeloos, dringt in haar hele lichaam door. Als ik daar op doorga komt vooral 'zwaarte' naar voren. Die voelt ze op haar schouders, haar hoofd en in haar borstkas. Niet van buitenaf, maar van binnenuit. Ik vraag haar er bij te blijven, niet van weg te gaan, ook al is het een naar gevoel, en het verder te verkennen. Ze ervaart het als hard, glad, star en vastzittend, zwart. Ze komt tot het besef dat het diepe verdriet vooral te maken heeft met het besef dat ze niet zichzelf kan zijn. *Ze wil zichzelf graag terugvinden...*

⁵ Herstel & Balans is een 3 maanden durend groepsrevalidatieprogramma na kanker, bestaande uit een psycho-educatieve module (groeps gesprekken) onder leiding van een hiervoor toegeruste begeleider, en een bewegingsmodule onder leiding van een gespecialiseerde fysiotherapeut. Zie ook www.herstelenbalans.nl

Maria vindt Herstel & Balans super! Ze heeft een geweldige groep waar ze haar verhaal kwijt kan. Ook het fysieke deel vindt ze heerlijk: ze hervindt er de uitlaatklep die sport altijd voor haar geweest is. Thuis kan ze zich nog niet zetten tot activiteit. Enerzijds mist ze de structuur die haar werk haar vanzelf gaf. Anderzijds lijkt het ook te maken te hebben met de impact van haar kanker: ze wil / durft / kan een belangrijk deel van haar lichaam niet voelen: haar bekkengebied, de basis van haar lichaam. Ze is weggevlucht voor de leegte die er is ontstaan en is het contact ermee kwijtgeraakt - en daarmee zichzelf. Ik vind het een uitgesproken indicatie voor haptotherapie. Dit bespreek ik met haar en ik stel haar voor mee te doen met de pilot. Ze gaat er graag op in. Ze is ook bereid mee te werken aan mijn traject individuele werkbegeleiding (drie sessies in het bijzijn van een docent, in diens praktijk).

Hoewel Maria deze sessies weliswaar extra spannend maar ook zeer de moeite waard vond, heb ik me achteraf nog wel afgevraagd in hoeverre haar bereidheid om er aan mee te werken een voorbeeld was van haar neiging om (in dit geval mij) te pleasen. Hoe dan ook durf ik terugkijkend wel te stellen dat het een win-win-situatie is geweest.

4.3 Haptotherapie

Haptotherapeutische intake

Uit de haptotherapeutische intake komt nog aanvullende informatie naar voren: het eerste deel van haar jeugd heeft Maria in Nederland gewoond, in een klein stadje in de provincie Utrecht. Toen ze 12 was emigreerde het gezin naar Nieuw Zeeland. Bij deze ingrijpende beslissing en grote veranderingen werd totaal geen rekening gehouden met de kinderen (Maria en haar anderhalf jaar jongere broer). Ze kreeg het zelfs pas enkele weken van tevoren te horen!

Vanaf toen heeft Maria het naar haar idee 'alleen moeten doen'. Ze heeft zich erg ongelukkig gevoeld en heeft de oplossing gezocht in zich aanpassen. Ze kon goed leren en bleek goed te zijn in basketbal; hierin vond ze tot op zekere hoogte de waardering waaraan ze zo'n behoefte had. Sinds die tijd lijkt ze zichzelf voortdurend te moeten bewijzen. Ze heeft nooit het gevoel gehad dat ze mocht zijn wie ze was, dat ze goed was zoals ze was.

Hier komt mooi naar voren wat Veldman beschrijft als de bestaanswijze 'extentus insensus', met name gericht op zelfbehoud. Het denken staat op de voorgrond en overheerst het voelen. Iemand in de extentus insensus is op zijn hoede, terughoudend, afstandelijk. Hierachter zit kwetsbaarheid, innerlijke onzekerheid en gebrek aan zelfvertrouwen. Lichamelijk is dit te zien aan een alerte gespannenheid en het ontbreken van haptonomische basispresentie (Veldman, 2007, p. 309). Deze beschrijving past precies bij Maria in de intakefase.

Samenvatting van problematiek en hulpvraag

Maria heeft het gevoel dat ze zichzelf is kwijtgeraakt. Ze is alleen maar gericht op anderen, voortdurend compromissen sluitend. Ze ervaart een scheiding tussen haar hoofd en haar lichaam (en hart) - ze wijst het spontaan aan met haar handen - die ze graag wil opheffen. Ze wil zichzelf, en haar eigen kracht, graag terugvinden en leren zich niet klakkeloos aan te passen (pleasen); leren niet steeds zichzelf te verliezen in het contact met anderen.

Daarnaast wil ze graag de emoties verwerken die ze heeft opgeslagen in haar lijf, zowel vroeger als na de kanker.

Behandelplan

Op grond van deze problematiek en hulpvraag kom ik tot het volgende behandelplan:

- Maria meer in contact brengen met haar lichaam en met haar gevoel, in eerste instantie op de bank (deel 1 en 2 drieluik). Haar daarbij laten voelen hoe het is als hoofd en lichaam, denken en voelen, een geheel zijn in plaats van twee gescheiden delen.
- Door haar bevestigend aan te raken Maria laten voelen dat ze goed is zoals ze is, zonder dat ze daarvoor hoeft te pleasen.
- Maria het verschil laten voelen hoe het is als ze goed bij zichzelf blijft en wanneer ze dat niet doet, bijvoorbeeld door middel van een naderingsoefening. Zo kan ze ook haar grenzen beter gaan herkennen en serieus nemen.
- Daarnaast vind ik het heel belangrijk dat Maria met name ook het gebied van de operatie (buik, bekken) weer gaat voelen en leert kennen zoals het nu is.

Verloop van de haptotherapie

In totaal heb ik elf sessies haptotherapie gedaan met Maria, waarvan drie - in het kader van individuele werkbegeleiding – in de praktijk en in het bijzijn van een docent (sessie 4, 7 en 10).

4.3.1 Het begin: sessie 1 t/m 3

De eerste drie sessies staan in het teken van kennismaken met haptotherapie en uitdiepen van de haptotherapeutische hulpvraag.

In een eerder gesprek heb ik Maria al in het kort uitleg gegeven over haptonomie en haptotherapie; ze is benieuwd hoe ze het zal ervaren en komt verwachtingsvol op de bank. Door middel van (de flanktoets en) het eerste deel van het drieluik laat ik Maria ervaren dat ze het (haptisch) vermogen heeft haar tast uit te breiden en weer terug te nemen en wat dit bij haar, en in haar lichaam teweegbrengt. Tegelijk geeft de manier waarop ze dit doet mij belangrijke informatie, zowel in de toets als in het uitbreiden en terugnemen van de tast. De betekenis en de reikwijdte van wat ik voel worden mij voor een deel pas later in de therapie duidelijk als ik me realiseer dat Maria in deze sessie eigenlijk precies laat zien wat ze in haar hulpvraag verwoordt heeft: ze richt zich onmiddellijk volledig naar buiten en verliest zichzelf in het contact met mij; ze voelt zichzelf niet meer. Ze merkt dit zelf ook en heeft meteen door dat zij degene is die dit doet (en niet iets dat zomaar gebeurt).

Ik neem ook waar wat het met mij doet: ik voel me enigszins overweldigd en ben even van mijn stuk. Dan doe ik intuïtief wat ik later pas bewust ben gaan doen: ik bepaal haar bij haarzelf en vraag haar bij zichzelf te blijven en van daaruit de verbinding te maken, dóór te voelen naar mij. Dan ontstaat er werkelijk verbinding, echt contact.

Terugkijkend realiseer ik me dat deze reactie van Maria vergelijkbaar is met haar binnenkomst in het Taborhuis: ook toen werd ik als het ware overspoeld door de omvang en vooral ook het tempo van haar verhaal. Daarbij praatte ze in eerste instantie nauwelijks over

zichzelf maar voortdurend over anderen. Zowel in het gesprek als in de aanraking heb ik haar telkens teruggebracht bij zichzelf.

In eerste instantie heb ik bij de uitleg van deel 1 van het drieluik tijdens de opleiding vooral begrepen en onthouden dat het ging om het uitreiken, het uitbreiden van de tast. Inmiddels is het mij duidelijk geworden hoe belangrijk het is om dat uitreiken vanuit zichzelf te doen: eerst goed zichzelf voelen en dan van daaruit naar buiten voelen en de ander ontmoeten. Dit is van invloed op mijn manier van werken: ik let er nu beter op hoe de cliënt uitreikt en neem zo nodig de tijd om hem eerst zichzelf te laten voelen ("Voel maar, dit ben jij"). Pas daarna nodig ik hem uit zijn tast naar mij uit te breiden en blijf ik er op gespitst of hij contact houdt met zichzelf.

Met vallen en opstaan heb ik bovendien geleerd dat hetzelfde geldt voor mij! Ik kwam tot de ontdekking dat ik zelf ook de neiging heb om naar buiten te voelen en daarbij mezelf te vergeten. Dit is een patroon van mezelf waar ik gemakkelijk in terecht kom. In eerste instantie verviel ik tot afwisselend naar binnen en naar buiten voelen. Gaandeweg heb ik geleerd om beide te integreren. Zo kan ik afstemmen op de cliënt en in de therapie gericht gebruik maken van wat ik zelf waarneem en ervaar in het contact.

Bij Maria is dit van groot belang, want doordat ze het contact met zichzelf 'vergeet' kan ze zichzelf compleet verliezen in het contact met anderen. Nadat ze in de aanraking het verschil een paar keer heel duidelijk gevoeld heeft, kan ik haar ook in het gesprek gemakkelijker telkens terugbrengen bij zichzelf. Ze krijgt er schik in en wordt zich er steeds meer van bewust, waarna ze zichzelf kan corrigeren door als het ware weer even de beweging naar binnen te maken.

4.3.2 Het middendeel: sessie 4 t/m 9

In de volgende sessies komen enkele basispatronen van Maria aan het licht en breng ik haar weer in contact met haar basisgebied, het geschonden deel van haar lichaam waar ze geen gevoel meer zegt te hebben.

Pleasen

Op de bank, in buikligging, valt op dat Maria een zachte buitenkant laat zien, waaronder een diepere laag zit die behoorlijk hard is. Als we proberen het verband met het dagelijks leven te leggen lijkt de zachte buitenkant, hoe ze zich in eerste instantie toont, de lichamelijke presentatie te zijn van haar sociale kant: haar bijna automatische neiging om zich naar de ander te richten, te willen pleasen, de ander tegemoet te komen, vaak ten koste van zichzelf. Ze wordt zich hier de laatste tijd meer van bewust en merkt dat ze er van binnen een steeds sterker verzet tegen opbouwt: de onderliggende hardere laag. Deze is in het dagelijks leven terug te vinden als een bepaald soort koppigheid, een koppige volharding. Ze gaat daarbij uit het contact waardoor ze vaak niet bereikt wat ze wil en zich dan teleurgesteld voelt in de ander. Voorbeelden hiervan herkent ze zelf in gebeurtenissen op haar werk, maar zeker ook thuis, in de relatie met haar partner en haar oudste zoon.

Op de bank is dit ook duidelijk terug te zien als ik haar belast door extra druk te zetten en haar pijngrens op te zoeken: ik voel dat ze er van weg gaat maar ze zegt niets en verbijt zich om het te kunnen verduren. Ik nodig haar uit om – in tegenstelling tot wat ze gewend is –

naar de pijn toe te gaan, er bij te blijven en te voelen wat er dan gebeurt. Ze is verrast door de verzachting die ze dan in zichzelf voelt, en hoe veel gemakkelijker ze het op deze manier aankan. Ze blijft mooi in contact en kan, opnieuw tot haar eigen verbazing, veel duidelijker haar grens aangeven. We bespreken hoe ze dit ook in haar dagelijks leven anders kan doen en daar gaat ze thuis mee oefenen.

Veel 'op alleen' of zich uitleveren

Tijdens de haptotherapeutische intake werd al duidelijk dat Maria in de periode van de emigratie het gevoel heeft gekregen het alleen te moeten doen in het leven. Zo is ze in eerste instantie ook met haar ziekte omgegaan. Dit werd nog versterkt doordat haar man wegliep tijdens het eerste gesprek met de gynaecoloog omdat hij het niet aankon. Uiteraard heeft Maria zich toen in de steek gelaten gevoeld maar vervolgens heeft ze er alleen maar heel gelaten op gereageerd. Ook deze reactie sluit aan bij haar ervaring als kind: het had geen zin er moeilijk over te doen want ze kon er toch niets aan veranderen. Ze moest het zelf zien te rooien en dus is ze nog meer 'op alleen' gegaan.

Haar behoefte om te vertellen over wat ze heeft meegemaakt is echter groot en als ze in de gelegenheid komt om te spuien laat ze die kans niet voorbijgaan. Tijdens de intake in het Taborhuis was ze niet te stuiten. Gaandeweg ben ik tot de conclusie gekomen dat de overweldigende manier waarop ze zich daarbij ontladte in zekere zin de tegenhanger is van alles in haar eentje (moeten) doen. Deze manier doet haar echter geen goed: ze levert zich compleet uit en voelt zich daarna opnieuw erg alleen en gedeprimeerd.

Op verschillende manieren heb ik hier met Maria aan gewerkt. Bijvoorbeeld door haar in het gesprek heel directief stop te zetten en het gevoel van dat moment te laten verwoorden. Op de bank door haar het verschil te laten voelen tussen onmiddellijk vol naar mij uitreiken of eerst zichzelf goed te voelen en dan van daaruit het contact met mij aan te gaan. In een naderingsoefening door haar heel nauwkeurig ('op de vierkante millimeter') te laten zoeken welke afstand tussen ons voor haar passend is. In eerste instantie heeft ze daarbij weer de neiging zich aan te passen aan wat ik prettig vind (of beter: aan wat zij denkt dat ik prettig vind), maar door er mee te spelen wordt het haar duidelijk hoe het voor haar zelf is.

Sturing vanuit het hoofd: het denken staat steeds voorop

Tijdens het werken op de bank voel ik dat Maria mijn handen wel volgt maar toch klopt er naar mijn idee iets niet, ik weet alleen niet wat. Ik vraag de docent individuele werkbegeleiding hierbij mee te kijken. Hij ziet al snel dat Maria het erg vanuit het hoofd doet en helpt ons om beiden het verschil te gaan voelen tussen volgen vanuit het denken en volgen met het gevoel. Sindsdien neem ik ook op andere momenten sneller waar wanneer Maria 'vergeet te voelen' en vooral vanuit het denken reageert. En als ik daar iets van zeg begrijpt Maria wat ik bedoel.

'Go with the flow', aanreiken van de basis

De manier die Maria heeft gevonden om zich zo goed mogelijk staande te houden noemt ze 'go with the flow'. In eerste instantie spreekt deze term mij wel aan; het doet me denken aan een beeld dat ik in mijn begeleiding van mensen met kanker wel eens meer gebruik: de cliënt is als het ware in een kolkende rivier (de ziekte) terechtgekomen. Het is dan de kunst om mee te bewegen met de stroom (go with the flow), door goed aan te voelen wanneer het nodig is om zich mee te laten voeren en wanneer er bijgestuurd moet worden om niet op de klippen te lopen.

In een oefening kom echter ik tot de ontdekking dat ze in werkelijkheid iets heel anders doet. Na het aanreiken van de basis stel ik voor met de ruggen tegen elkaar te gaan staan. Tijdens de opleiding heb ik gemerkt dat er in contact met elkaar vanuit de basis als vanzelf een gezamenlijke beweging kan ontstaan. In plaats daarvan voel ik dat Maria mij enigszins wegduwt vanuit haar schouders. Haar basis is ze weer helemaal kwijt. Samen zoekend komen we er achter dat ze zich onmiddellijk helemaal heeft schrap gezet (het hiervoor al genoemde patroon) waardoor er geen beweging mogelijk is. Als ze zich hiervan bewust wordt en het anders wil proberen gaat ze bijna letterlijk door de knieën en laat ze zich als het ware willoos meesleuren. Dit blijkt ze 'go with the flow' te noemen. We gaan opnieuw aan de slag met het gaan voelen van haar basis en uiteindelijk ontstaat er verbinding vanuit (een voelen van) de basis en beweegt ze mee. Wat ze hierbij ervaren heeft kan ze daarna inzetten als een soort antenne door zichzelf geregeld de vraag te stellen: "Zet ik me schrap, laat ik me meesleuren, of beweeg ik mee; is er een gezamenlijke beweging?"

Contact maken met het aangedane deel van haar lichaam: het bekkengebied, de basis.

Enkele sessies op een rij besteed ik een deel van de tijd aan het weer leren voelen van het buik- en bekkengebied. Al in een van de eerste gesprekken hebben we stilgestaan bij het gevoel van leegte dat er ontstaan is. Zelf vindt ze het logisch dat ze de verbinding met dit – zo belangrijke – deel van haar lichaam is kwijtgeraakt: er zijn daar zenuwen doorgesneden dus kan ze het niet meer voelen. Toch merken we beiden een ontwikkeling. De eerste keer dat ik mijn hand op haar onderbuik leg schiet ze weg, wat mijn idee versterkt dat het een soort van verboden gebied is geworden. Ik blijf rustig naar haar doorvoelen en uiteindelijk merk ik dat er voorzichtig iets lijkt te gebeuren. Ik durf mijn eigen waarneming nog niet helemaal te vertrouwen maar krijg van Maria de bevestiging dat zij tot haar verbazing toch mijn hand kan voelen - en durft toe te laten. De keer daarna beschrijft ze op een voor mij ontroerende manier hoe de aanraking van haar buik haar heeft teruggebracht bij haar basis en bij zichzelf. Voor het eerst is ze dit deel van haar lichaam weer gaan voelen en het doet haar zichtbaar goed. Ze ervaart weer haar eigen stevigheid en als ze er over vertelt zie ik haar de beweging van zich oprichten maken.

Op verschillende manieren heb ik geprobeerd Maria's voelen van de basis te versterken en bestendigen. In eerste instantie door haar op verschillende manieren – liggend, zittend, staand - de basis aan te reiken. Daarnaast heeft ze, op voorstel van de docent individuele werkbegeleiding, enkele weken thuis een paar keer per dag geoefend met een speciaal (Sisfit)kussen, een met lucht gevuld flexibel kussen dat uitnodigt tot het voelen van de basis (een gemakkelijker variant van het zitten op een ballon tijdens de opleiding). Dit helpt haar goed omdat ze het gevoel ook na het opstaan uit de stoel nog een hele tijd vast kan houden. Tot slot heb ik, enigszins zoekend, geëxperimenteerd met de verbinding tussen buik en borstgebied, en tussen buik en benen/voeten. Bij dat laatste vertelt Maria spontaan dat ze daarna bij het staan contact houdt met haar buik (in plaats van die maar niet meer te - willen - voelen).

4.3.3 De afronding: sessie 10 en 11

In de laatste sessie bij de docent individuele werkbegeleiding staan we stil bij de vraag 'hoe nu verder?'. Vanuit het Taborhuis gezien zijn we een eind op weg, terwijl de docent aangeeft dat het vanuit de haptotherapie bij wijze van spreken nu pas begint.

“Wat we tot nu toe gedaan hebben is wat je eigenlijk altijd wel tegenkomt bij kanker,” vindt hij, “nu is het de kans om door te gaan op de oude patronen die door de kanker als het ware bloot zijn komen te liggen. Door een levensbedreigende ziekte valt iemand gewoonlijk terug op de oude overlevingsmechanismen, die als het ware opnieuw geactiveerd worden. Het zou de moeite waard zijn om te onderzoeken welke dat zijn en er mee aan de slag te gaan.”

Ik ervaar hierin het spanningsveld zoals ik dat in de inleiding al beschreven heb: is dit de vraag van de cliënt, of is het vooral iets wat de docent als haptotherapeut ziet aan mogelijke groei? En in hoeverre hoort dit dan in het Taborhuis of eerder in een (algemene) haptotherapiepraktijk? Zelf neig ik naar het laatste en dit wordt in de daaropvolgende sessie door Maria bevestigd: naar haar idee is het zo wel klaar. Ze is duidelijk nog bezig met een ontwikkeling, maar die staat minstens voor een deel los van de kanker, hoewel daar waarschijnlijk wel de aanzet ertoe ligt. We staan stil bij de vraag hoe ze vast kan houden wat ze geleerd heeft. Vanuit de haptotherapie bekeken: hoe ze er voor zorgt dat ze goed blijft voelen hoe het voor haar is en daar naar kan luisteren. Ze schiet nog snel door, zo lijkt het, naar één van de twee uitersten: ofwel zichzelf compleet voorbijlopen, veel te veel hooi op de vork nemen, ofwel zichzelf helemaal op stop zetten en niets meer aangaan of doen. Fulltime werken past niet meer, maar helemaal niet werken ook niet. Uiteindelijk spreken we af dat we toewerken naar een afronding in het Taborhuis, waarbij we dit aandachtspunt meenemen.

Maria heeft gedurende het behandelingstraject een duidelijke groei doorgemaakt van de extentus insensus aan het begin, naar de extentus rationalis: ze presenteert zich duidelijker als een autonoom persoon, waarbij ze wel nog vrij nadrukkelijk gericht is op efficiëntie en effectiviteit. Haar communicatie is verbeterd, er is meer wederkerigheid in de omgang met anderen. Uit haar gedrag spreekt meer zelfvertrouwen en zekerheid. Ik besef dit eerlijk gezegd pas achteraf; ik heb het gedurende de behandeling niet als doel gezien om haar nog verder door te helpen groeien naar een ontgrensde zijswijze. Mogelijk is dit wel wat de docent individuele werkbegeleiding voor ogen had.

4.3.4 Afronding van het therapeutisch contact

De afronding verloopt naar mijn idee niet zo goed. Maria moet een paar keer een afspraak afzeggen wegens ziekte (griep) en vertelt me daarna telefonisch dat ze nog een nieuwe weg is ingeslagen. Omdat ze veel last houdt van ernstige chronische vermoeidheid, en mede daardoor opnieuw depressieve klachten lijkt te ontwikkelen, heeft de huisarts haar verwezen naar een psycholoog die gespecialiseerd is in cognitieve gedragstherapie voor vermoeidheid na kanker⁶. Op het moment dat ik Maria bel om toestemming te vragen voor het beschrijven van haar casus in deze scriptie is ze hier net mee begonnen.

⁶ Dit is een door het NKC / Nederlands Kenniscentrum Chronische Vermoeidheid van het UMC St. Radboud Nijmegen ontwikkelde gerichte behandeling voor vermoeidheid na kanker. Uit onderzoek van het NKC blijkt dat ernstige vermoeidheid een jaar of langer na de succesvolle behandeling van kanker nog een groot probleem is bij zo'n 20 tot 40% van de patiënten, en dat vermoeidheid lang na de behandeling voor kanker grote invloed heeft op de kwaliteit van leven van patiënten. Elders zijn andere vormen van behandeling wegens

4.4 Epiloog

Aan de hand van de casus van Maria wil ik toewerken naar een antwoord op de in de inleiding gestelde vraag – met deelvragen – naar de mogelijke rol van haptotherapie in het Taborhuis / IPSO. Hiervoor loop ik eerst de thema's na zoals ik die beschreven heb, met name in paragraaf 4.3.1. en 4.3.2, waarbij ik probeer aan te geven wat hierbij de rol van haptotherapie was en de verhouding therapeutische gesprekken – haptotherapie beschrijf. Op grond hiervan kom ik in hoofdstuk 5 tot een antwoord op de vragen, mijn conclusie en aanbeveling(en).

Zichzelf verliezen in het contact met anderen: hier voegde de haptotherapie (deel 1 drieluik) duidelijk iets toe: door het verschil te *voelen* en te beseffen dat zij degene is die dit doet, is Maria zich ervan bewust geworden wat er in haar contact met anderen gebeurt, wat zij er in doet en wat het met haar doet. In de gesprekken kon ik hier alleen indirect sturing aan geven, maar door deze bewustwording kreeg zij er zelf vat op. Het belang hiervan reikt verder dan haar hulpvraag in het Taborhuis; het leidde tot verbetering van haar communicatie met anderen, zowel waar het (de gevolgen van) haar ziekte betrof, als in het dagelijks leven.

Pleasen: Maria was zich hier al van bewust aan het worden. Met alleen gesprekken zou ik haar hier ook zeker verder mee hebben kunnen helpen. De haptotherapeutische benadering versterkte dit echter wel door het ook heel direct voelbaar te maken.

Veel 'op alleen' of zichzelf uitleveren: ook hier kon ik met haptotherapie versterken wat ik in de gesprekken toch al deed. Door de verschillende invalshoeken en de herhaling denk ik dat Maria sneller in de gaten heeft gekregen wanneer ze naar een van de uitersten schoot. Het verband tussen haar gedrag en haar ervaring als kind kwam in de haptotherapie als vanzelf in beeld: ze kon heel goed bij zichzelf waarnemen dat dit een heel oud, bekend gevoel was en wist meteen waar het vandaan kwam. Tegelijk kon ik haar ook duidelijk maken dat ze nu niet meer het kind is in de situatie van toen en andere handelingsmogelijkheden tot haar beschikking heeft.

Sturing vanuit het hoofd: het denken staat steeds voorop: hier zijn we in de therapie niet uitgebreid op ingegaan. In de sessie bij de docent individuele werkbegeleiding was dit vooral een eyeopener voor mij. In mijn gesprekken in het Taborhuis probeer ik altijd de cliënt contact te laten maken met het gevoel. Dat ging mij in de loop der jaren al steeds gemakkelijker af. De opleiding heeft dit effect nog versterkt: ik merk sneller op wanneer ik geneigd ben om als het ware mee te gaan in het denken, in plaats van zelf goed bij mijn gevoel te blijven en daar gebruik van te maken. Strikt genomen is hier geen haptotherapie voor nodig, maar wel een haptonomische werkwijze van mij als therapeut.

'Go with the flow', aanreiken van de basis: hiervoor was de haptotherapeutische oefening van wezenlijk belang. Ik denk niet dat ik er anders achter gekomen was hoe Maria dit deed,

vermoeidheid ontwikkeld, zoals 'Minder moe bij kanker', de op mindfulness gebaseerde online therapie van het HDI / Helen Dowling Instituut in Bilthoven, een collega-instelling waar het Taborhuis al intensief mee samenwerkt en in de nabije toekomst mee zal samengaan.

of beter: dat ze iets anders deed dan de term suggereert. Ik zou waarschijnlijk uitgegaan zijn van mijn eigen beeld bij deze uitdrukking. Voor Maria was de oefening echt een eyeopener, die haar heel direct handvatten bood om mee aan de slag te gaan - wat ze ook onmiddellijk deed.

Contact maken met het aangedane deel van haar lichaam: het bekkengebied, de basis:

hiervoor was de directe haptonomische, affectieve aanraking onmisbaar. Ik had het er met Maria in de eerste gesprekken al wel over gehad, maar dat leverde hooguit het rationele inzicht op dat dit deel van haar lichaam er voor haar minder bij hoorde. Zoals gezegd had ze hier haar eigen verklaring voor, die ik in het gesprek niet kon doorbreken. De ervaring door de aanraking was intens en verrassend. Niet alleen kon ze dit deel van haar lichaam tot haar eigen verbazing toch weer gaan voelen, het heeft haar ook teruggebracht bij zichzelf, zoals ze het zo duidelijk verwoordde; *ze heeft hierdoor zichzelf hervonden!* In het geheel van de therapie vind ik dit van wezenlijk belang; in zekere zin wordt hier de kern van de problematiek – en de therapie – geraakt. De meeste hiervoor beschreven problemen komen immers voort uit het onvoldoende in verbinding zijn met zichzelf en haar gevoel.

Haptotherapie in het Taborhuis?

Op grond van de analyse in de epiloog van hoofdstuk 4 kom ik via de deelvragen tot mijn antwoord op de vraag zoals ik die in de inleiding heb geformuleerd: welke rol is er in het Taborhuis (of zelfs: binnen de IPSO therapeutische centra) weggelegd voor haptotherapie?

5.1 In hoeverre heeft haptotherapie in het Taborhuis meerwaarde ten opzichte van (enkel) gesprekstherapie?

De gesprekken in het Taborhuis geven o.a. ruimte voor emotionele ontlading en verwerking, inzicht in de eigen copingstijl en handvatten om anders met de situatie om te gaan. Praten alleen heeft echter het nadeel dat het gemakkelijk gebaseerd blijft op het denken. Haptotherapie gaat verder en kan leiden tot doorvoelen van het inzicht; ik heb wel eens verzucht dat haptotherapie soms in één sessie iets duidelijk kan maken wat me in drie – of meer - gesprekken niet lukt. Door de integratie van voelen en denken, door het ervaren te hebben, bestaat er, denk ik, bovendien een grotere kans op gedragsverandering. Ik ben ervan overtuigd dat (het resultaat van) de therapie veel beter beklijft als de cliënt niet alleen begrijpt, maar ook echt gevoeld heeft waar het om gaat en wat het voor hem betekent.

Mijn conclusie is dat haptotherapie een duidelijke meerwaarde heeft, vooral bij cliënten die moeilijk bij hun gevoel te brengen zijn en/of sterk geneigd zijn de situatie alleen rationeel en met hun wilskracht te benaderen.

5.2 Hoe verhoudt haptotherapie zich tot haptonomische begeleiding als aanvulling op de gesprekken, zoals die eerder in het Taborhuis geboden werd? Heeft het een de voorkeur boven het ander?

De combinatie van gesprekken en daarnaast haptonomische begeleiding heeft als groot voordeel dat het vervreemde deel van het lichaam heel nadrukkelijk aandacht krijgt, op een liefdevolle en in zekere zin vanzelfsprekende manier. De aanraking wordt vrijwel altijd als weldadig ervaren. De cliënt hoeft niets, mag zich er aan overgeven, mag ontvangen. De moeilijke dingen mogen even buiten beeld blijven, die komen in de gesprekken met de psycholoog wel weer aan bod.

Mijns inziens is pas hierna haptotherapie op zijn plaats, met als voordeel dat ook die moeilijke dingen voelbaar kunnen worden en minder vanuit alleen het denken benaderd. Het mooie van haptotherapie vind ik dat vaak al lang bestaande, oude patronen snel en heel direct aan het licht kunnen komen - en bewerkt kunnen worden - zonder dat er persé diep in het verleden gegraven hoeft te worden. In psychologische gesprekken vind ik dat beduidend moeilijker, al merk ik dat ook hier mijn haptonomische bagage in positieve zin doorwerkt.

Conclusie: beide vormen hebben hun eigen voor- en nadelen, hun eigen waarde. Gezien de huidige regelgeving, waarbij haptonomische begeleiding wordt uitgesloten van vergoeding, en haptotherapie via de aanvullende verzekering veelal wel (deels) vergoed wordt, zal de

weegschaal in de praktijk doorslaan naar haptotherapie. Uit het voorgaande zal duidelijk zijn dat daarin dan heel nadrukkelijk gewerkt dient te worden aan het weer contact maken met het aangedane deel van het lichaam. In mijn ogen heeft het de voorkeur hiermee te starten en pas gericht haptotherapeutisch te werk te gaan als de cliënt er aan toe is.

5.3 In hoeverre verschilt haptotherapie in het Taborhuis van haptotherapie in een gewone praktijk voor haptotherapie?

Haptotherapie voor mensen met of na kanker vraagt heel gerichte extra aandacht voor het weer gaan bewonen van het hele lichaam, voor een vorm van verzoening en leren omgaan met het lichaam zoals het nu is, inclusief de mogelijk blijvende schade, en voor – wellicht – het zich leren verhouden tot het einde van het leven met alles wat dit aan gevoelens teweegbrengt. In een gewone haptotherapiepraktijk zal dit waarschijnlijk niet zo vanzelfsprekend en intensief kunnen gebeuren als in (een instelling als) het Taborhuis. Omgekeerd is er in het Taborhuis minder ruimte voor eerder ontstane of langer bestaande problemen. Het is telkens een zoeken naar en afwegen van wat nog past, in hoeverre er nog een verband is met de ziekte. Ik besef dat het krijgen van een ziekte als kanker nadrukkelijk een aanzet kan vormen tot persoonlijke groei, maar daarmee is niet gezegd dat dit helemaal binnen het Taborhuis uitgewerkt dient te worden. Verwijzing naar een algemene haptotherapiepraktijk bevestigt dat het hier om een in principe gezonde ontwikkeling gaat. De casus van Maria illustreert dit punt naar mijn idee heel mooi: hoewel de docent individuele werkbegeleiding terecht opmerkte dat er nog een wereld te winnen was, voelde Maria zelf aan dat dit niet meer in het Taborhuis thuishoorde.

Mijn conclusie is dat er zeker accentverschillen zijn maar dat voor beide situaties de beschrijving uit paragraaf 2.2. past; de essentie is hetzelfde.

5.4 Conclusie en aanbevelingen

Haptotherapie is voor veel mensen met kanker van grote waarde en zou in IPSO-instellingen actief aangeboden moeten (kunnen) worden, zonder onoverkomelijke financiële drempels voor de cliënten. Deskundige - bij voorkeur in de oncologie gespecialiseerde - haptotherapeuten binnen een multidisciplinair team zijn uitstekend toegerust om de indicatie hiervoor te stellen en de procesgang te bewaken. De instelling dient hiervoor een beleid in te stellen waarin zo duidelijk mogelijk wordt aangegeven welke grenzen binnen de setting gehanteerd worden.

Mijn aanbeveling aan zorgverzekeraars is dan ook om haptotherapie te zien als essentieel onderdeel van het hulpaanbod van IPSO-instellingen en als zodanig (weer) in de vergoeding op te nemen.

5.5 Discussie

Het schrijven van deze scriptie heeft me telkens opnieuw goed laten kijken naar en aan het denken gezet over wat ik nou eigenlijk precies aan het doen was, wat ik er mee dacht te

bereiken, en hoe dit in de praktijk uitwerkte. Ik heb geprobeerd mijn manier van werken en mijn observaties zo duidelijk mogelijk te beschrijven en te verantwoorden. De literatuur reikte me hiervoor een kader en taal aan. Juist omdat het zo moeilijk in woorden te vangen is, vind ik dit belangrijk.

Gaandeweg is mij echter opgevallen dat er nog weinig of geen wetenschappelijk onderzoek gepubliceerd is op het gebied van haptonomie en haptotherapie. Daarmee blijft de reikwijdte beperkt, al was het maar vanwege het gegeven dat bijvoorbeeld zorgverzekeraars de werkzaamheid van de therapie die ze vergoeden bewezen willen zien in gedegen, evidence based onderzoek. Dit lijkt mij een dringende volgende stap voor ons vakgebied. Binnen IPSO-verband lijkt het mij zinvol om het belang van haptotherapie voor mensen met kanker te onderbouwen met behulp van wetenschappelijk onderzoek.

Literatuur

Gerritse T.A.C.M. *Over kleine dingen. Een inleiding in de haptonomie*. Elsevier gezondheidszorg, Maarssen 2005.

Gerritse T.A.C.M., Pollmann-Wardenier, W., Boot, B. *Tederheid, bevestiging en samenleven*. Drukkerij Kerkebosch, Zeist 2006.

Haes H. de, Gualthérie van Weezel, L., Sanderman R. *Psychologische patiëntenzorg in de oncologie. Handboek voor de professional*. Koninklijke Van Gorcum, Assen 2009.

Plooi E. *Haptotherapie. Praktijk en theorie*. Harcourt Assessment BV., Amsterdam 2005.

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

Pool, G. Kanker, een existentiële opgave. In: *Psychologische patiëntenzorg in de oncologie. Handboek voor de professional*. Koninklijke Van Gorcum, Assen 2009.

Staps T. & Yang W. *Psycho-energetische therapie. Psychosociale begeleiding van kankerpatiënten*. Uitgeverij Intro, Nijkerk 1991.

Vedder, B. & Maas, R. Cliëntgerichte experiëntiële psychotherapie. In: *Psychologische patiëntenzorg in de oncologie. Handboek voor de professional*. Koninklijke Van Gorcum, Assen 2009.

Veldman, F. *Levenslust en Levenskunst. Zin, inhoud en betekenisverlening aan het persoonlijke leven binnen de menselijke samenleving*. Van der Veer Media, Blaricum 2007.

Verduin, P. *De vraag naar het lichaam. Filosofie van lichamelijkeheid in de gezondheidszorg*. Elsevier gezondheidszorg, Maarssen 1998