

Onderzoek naar de therapeutische interventiewaarde van Haptotherapie



**Patricia van den Broek
Rob van der Wielen
Dr. J. de Vries
Prof. dr. G. van Heck
Vakgroep Psychologie
Katholieke Universiteit Brabant
Tilburg augustus 1998**

Voor Opa Borghouts

INHOUDSOPGAVE

DEEL 1: Haptotherapie en Kwaliteit van Leven

**DEEL 2: Onderzoek naar de therapeutische interventiewaarde van
Haptotherapie**

DEEL 3: Postertekst

DEEL 1

Haptotherapie en Kwaliteit van Leven

Patricia van den Broek
Rob van der Wielen
Dr.J. de Vries
Prof. dr. G. L. van Heck

Patricia van den Broek en Rob van der Wielen zijn doctoraalstudenten Psychologie aan de Katholieke Universiteit Brabant te Tilburg. Dr. J. de Vries en Prof. Dr. G.L. van Heck zijn beiden verbonden aan de Katholieke Universiteit Brabant. Correspondentie-adres: Dr. J. de Vries, Katholieke Universiteit Brabant, Vakgroep Psychologie, Postbus 90153, 5000 LE Tilburg.

Haptotherapie en Kwaliteit van Leven

Patricia P.A.M. van den Broek, Rob, K.J.M. van der Wielen, Dr. J. de Vries, & Prof. Dr. G.L van Heck

Summary

Quality of Life (QoL) is becoming a very popular concept in health care. It is a multidimensional and subjective concept. QoL instruments can be used to assess the effectiveness of therapies. Haptotherapy is a relatively new therapy which has rarely been investigated yet. Van 't Hof e.a. (1997) suggested to assess the effectiveness of haptotherapy with a QoL instrument. The present literature review provides background information about haptotherapy and QoL. Alternative health status measurement instruments are also discussed.

Inleiding

Haptotherapie is een vrij nieuwe therapie die in de jaren 60 in Nederland is ontstaan. De therapie is erop gericht de cliënt in contact te brengen met zijn lichamelijkeheid en werkelijke gevoelens. Dit gebeurt door middel van aanraking. Deze nadruk op de tast en het gevoel is één van de belangrijkste onderscheidende elementen van haptotherapie in vergelijking met andere therapiesoorten. De reacties op deze therapie lijken zeer positief (Van 't Hof e.a., 1997). Desondanks is deze therapie nog nauwelijks onderzocht op effectiviteit. Van 't Hof e.a. (1997) bevelen een Kwaliteit van Leven (KvL) instrument aan om haptotherapie te evalueren. In dit literatuuroverzicht zal achtergrondinformatie worden geschetst over KvL en haptotherapie. Tevens zullen mogelijke meetinstrumenten worden belicht.

Kwaliteit van Leven

Binnen de gezondheidszorg is de afgelopen decennia een groeiende interesse ontstaan voor Kwaliteit van Leven (KvL), met name met betrekking tot chronisch zieken (De Neeling, 1991). Waar vroeger met name aandacht bestond voor kwantiteit van leven is nu door twee historische ontwikkelingen een omslag te constateren naar KvL (Boevink & Wolf, 1998). Allereerst is er een toename van chronische ziekten ten opzichte van infectieziekten. Veel infectieziekten, die vroeger vaak fataal waren, kunnen nu zowel beter voorkómen als genezen worden. De resulterende hogere levensverwachting is gepaard gegaan met een toename van ouderdomsziekten zoals hart- en vaatziekten en kanker.

Daarnaast veroorzaakten de vele nieuwe technieken en methoden binnen de gezondheidszorg een stroom van ethische discussies. Hierbij rees de vraag of kwantiteit van leven opweegt tegen KvL (De Neeling, 1991; Musschenga, 1987). Een voorbeeld hiervan is het in leven houden van comapatiënten zonder uitzicht op verbetering. De menswaardigheid van zo'n "kasplantbestaan" kwam steeds meer ter discussie. Ook onder patiënten ontstond een groeiende ontevredenheid over verschillende nieuwe medicijnen en therapieën, zowel in de somatische als de psychiatrische zorg. Door de negatieve bijwerkingen van veel medicijnen en therapieën (bijvoorbeeld chemotherapie) rees de vraag of het middel niet erger was dan de kwaal. Het is daarom niet verwonderlijk dat juist binnen de oncologie de aandacht voor KvL zijn oorsprong heeft. Nog steeds is KvL een belangrijk onderwerp binnen de oncologie. In het begin zijn de meeste gezondheidsgerelateerde KvL-studies dan ook gedaan bij kankerpatiënten. Op dit moment breidt KvL onderzoek zich snel uit naar andere ziekten en stoornissen.

Daarnaast kwam er steeds meer kritiek op de mechanistische benadering die tot ongeveer de jaren

60 het medisch handelen heeft gedomineerd. Deze benadering is gestoeld op natuurwetenschappelijke kennis. Een klacht wordt in deze denkwijze gezien als een symptoom van het disfunctioneren van het lichaam. Daarmee worden lichamelijke problemen enkel op het organische niveau onderzocht en behandeld. De kritiek kwam voort uit verschillende ontdekkingen. Bijvoorbeeld, verschillende ziekten en stoornissen konden niet worden verklaard met de natuurwetenschappelijke kennis zoals psychosomatische ziekten. Bovendien bleek het verloop en herstel van ziekten niet enkel voorspeld te kunnen worden aan de hand van de lichamelijke gesteldheid. Er kwam steeds meer aandacht voor psychosociale aspecten die het ontstaan, verloop en herstel van ziekten konden verklaren. Zo bleek bijvoorbeeld uit een onderzoek van Greer e.a., (1979) dat de copingsstrategie en persoonlijkheidskenmerken de overlevingskansen van kanker konden beïnvloeden. Personen met een zogenaamde “fighting spirit” hadden een beter herstel en een grotere overlevingskans dan personen met een vermijdende strategie. Daarnaast bleek stress een belangrijke factor bij het ontstaan van ziekten zoals hartinfarcten (Matthews, 1988). Ook kwam er steeds meer bewijs dat psychosociale factoren een rol kunnen spelen bij het ontstaan en / of verloop van bijvoorbeeld kanker (Grossarth-Maticek e.a., 1984; Ramirez e.a., 1989), maagzweren (Weiner, 1991, huidproblemen (Koblenzer, 1988) en diabetes (Beardsley & Goldstein, 1993). Deze ontdekkingen verlangden een andere benadering van de patiënt, namelijk één die “de patiënt als persoon binnen de context van zijn bestaan” ziet in plaats van “de patiënt als lichamelijk disfunctionerend systeem”. Deze andere benadering onderkent daarmee psychosociale aspecten van gezondheid naast het fysieke aspect. De Wereld Gezondheids Organisatie (1958) omvat deze drie aspecten in haar definitie van gezondheid: *“Een toestand van volledig fysiek, psychologisch en sociaal welzijn en niet enkel de afwezigheid van ziekte of gebreken.”*

Haptotherapie

De haptotherapie sluit zich aan bij de kritiek op de mechanistische denkwijze. Deze therapievorm is ontstaan vanuit de fysiotherapie door een onvrede met de mechanistische benadering. De haptotherapie gaat uit van een holistische benadering en wil de cliënt begrijpen binnen de context van zijn gehele bestaan. Er bleken namelijk indicaties te zijn dat bijvoorbeeld de motorische problemen en / of pijnklachten van cliënten niet enkel fysisch verklaard konden worden. Een voorbeeld hiervan is het spontaan gaan huilen van cliënten tijdens de behandeling, wat een indicatie kan zijn van een dieperliggende emotionele oorzaak. Dijkhuis (1986) stelt dat er een wezenlijke samenhang bestaat tussen fysieke beweging en emotionele beweging. Emotionele blokkades vertalen zich in spierpantsering of fixaties van de bewegende delen van het skelet. Spierspanningen verwijzen dan ook naar onverwerkte emoties. De haptotherapie richt zich bij stoornissen en problemen wél op zowel lichaam als geest en is dan ook geschikt voor hulpvragen van somatische en psychische aard. Ze gaat uit van de subjectieve beleving van de cliënt en maakt dan ook geen gebruik van objectiverende diagnostische instrumenten. Ze behandelt de klacht zoals deze door de cliënt zelf is geuit. Indicatiegebieden van de haptotherapie zijn: een gestagneerde ontwikkeling, tijdelijk overbelast zijn, acceptatieproblemen, lichamelijke klachten met een mogelijke psychosomatische oorzaak, pijn en pijnverwerking, problemen die verband kunnen houden met de overgang van de ene levensfase naar de andere, relatieproblemen, zwangerschapsbegeleiding, rouwverwerking, stervensbegeleiding en begeleiding van topsporters.

Haptotherapie maakt de weg vrij voor een betere integratie tussen lichaam en geest. Ze is gericht op lichaam en psyche met aanraking als bindmiddel en gebaseerd op de haptonomie wat letterlijk “leer

van het gevoel” betekent (Gerritse, 1996). De tast neemt een centrale plaats in binnen de haptotherapie. Volgens Montagu (1971) is de tast één van de belangrijkste en grootste organen. Door deze aanraking komen de cliënten in contact met hun lichaam en met hun werkelijke gevoelens (Van der Beek, 1995). Gedurende de therapie wordt ruimte geschapen voor emoties en dan met name de emoties die vervormd, verdrongen of onvoldoende herkend zijn. In de therapie wordt voor de cliënt voelbaar gemaakt waar en op welk moment hij / zij blokkeert of zichzelf terughoudt. Hierdoor treedt een bewustwordingsproces op waardoor cliënten hun eigen grenzen leren kennen. Ze gaan bijvoorbeeld beseffen wanneer over hun grenzen wordt heengegaan, wanneer ze teveel op hun nek nemen, of wanneer ze hun omgeving eerder deelgenoot moeten maken van hun gevoelens. De Vereniging van Haptotherapeuten (1996) omschrijft het doel van haptotherapie als: Het vergroten van het vermogen van mensen om in contact te treden met andere mensen en te communiceren vanuit hun beleving. De mogelijkheden van de mens worden ontwikkeld door de verhoogde aandacht voor gevoelens en gemoedsbewegingen binnen contacten. De lichamelijkheid (tast) speelt daarbij een belangrijke rol. Door deze ontwikkelingen groeit het zelfvertrouwen en het gevoel van veiligheid en vrijheid. Daarnaast kan de cliënt, indien mogelijk, een zelfstandige persoonlijke leefruimte, eigen vitaliteit en autonomie ontwikkelen (Veldman, 1985). In het hulpverleningscontact worden zodanige voorwaarden (condities) geschapen dat de hulpvrager /-ster, in samenspraak met de haptotherapeut, in staat is eigen vermogens en kwaliteiten te ontdekken en te ontwikkelen die een bijdrage kunnen leveren aan de verhoging van de leefkwaliteit om langs deze weg te kunnen komen tot zelfverwezenlijking. Door de veiligheid van het therapeutische contact en de acceptatie van de cliënt wordt het gevoel van basisvertrouwen versterkt waardoor de cliënt zijn mogelijkheden en grenzen onder ogen kan komen in relatie tot zijn leef-, woon- en werkomgeving. Van 't Hof e.a. (1997)

hebben onderzoek gedaan naar de kenmerken van de cliënten van haptotherapeuten en naar de waarde van haptotherapie voor de cliënt. Hieruit bleek dat haptotherapie positief beoordeeld werd door cliënten. Zo gaf 60 % van hen aan dat hun kwaliteit van leven “tamelijk veel” tot “heel veel” was toegenomen. KvL werd gemeten aan de hand van slechts één item. Dit druist echter in tegen de holistische benadering van haptotherapie en tegen het multidimensionale karakter van het begrip KvL. Daarnaast bleek haptotherapie meer toe te voegen dan enkel vermindering van klachten. Ruim drie kwart van de cliënten gaf aan dat de therapie hen meer in contact had gebracht met henzelf. Onderzoek naar haptotherapie is zeer schaars. In hun aanbevelingen geven Van 't Hof e.a. (1997) aan dat onderzoek naar de effectiviteit van deze therapievorm een logisch vervolg zou zijn op hun onderzoek. Uitgaande van de holistische benadering van haptotherapie dient een vragenlijst naar de effectiviteit van haptotherapie gezondheid / welzijn niet enkel te definiëren en te meten op het lichamelijke of het psychologische vlak maar zich te richten op beide entiteiten. Daarnaast moet de context waarin de cliënt leeft, zoals het sociale klimaat van de cliënt, betrokken worden bij de meting.

Meetinstrumenten

Twee soorten instrumenten komen in aanmerking voor het meten van de effectiviteit van haptotherapie, namelijk KvL-instrumenten en gezondheidstoestandinstrumenten. Beiden kunnen weer worden onderverdeeld in drie typen, te weten: domein-specifieke, ziekte-specifieke en generieke vragenlijsten.

De domein-specifieke instrumenten concentreren zich op slechts één domein. Ze worden vaak gecombineerd met andere domein-specifieke vragenlijsten zoals de Beck Depression Inventory

(BDI; Beck et al., 1961) en de Activities of Daily Living (ADL; Katz & Akpom, 1976). Een nadeel van het combineren van dergelijke instrumenten is een hoge belasting van de respondenten. Daarnaast is het moeilijk te vergelijken met andere studies die weer andere combinaties van lijsten hebben gebruikt.

De onderliggende assumptie bij ziekte-specifieke instrumenten is dat verschillende ziekten verschillende problemen, stressoren en gebreken creëren. Dergelijke vragenlijsten richten zich dan ook op slechts één doelgroep (bijvoorbeeld reumapatiënten) en geven een gedetailleerde en specifieke analyse van alle aspecten die relevant zijn voor de studiegroep. Dit maakt vergelijking met andere populaties echter niet mogelijk.

De generieke vragenlijsten zijn breed toepasbaar op verschillende ziektepopulaties variërend in ernst en zijn soms ook toepasbaar voor een gezonde populatie (De Vries, 1996). Een belangrijk voordeel is dat verschillende populaties op deze manier vergeleken kunnen worden en dat, indien het instrument het toelaat, vergelijkingen kunnen worden getrokken tussen de patiënten en een vergelijkbare gezonde controlegroep. Hierdoor is het mogelijk om alleen de specifieke consequenties van het ziekzijn te meten en andere variabelen uit te sluiten.

Omdat haptotherapie geschikt is voor uiteenlopende hulpvragen, zijn generieke vragenlijsten het meest toepasbaar. Hieronder volgt eerst een korte bespreking van vier veelgebruikte generieke gezondheidstoestandsinstrumenten.

De *McMaster Health Index Questionnaire* (MHIQ; Chambers e.a. 1982) is gebaseerd op de definitie van gezondheid van de WHO en omvat dan ook de domeinen Fysiek, Emotioneel en Sociaal functioneren. De vragenlijst bestaat uit 59 vragen en omvat items over fysieke activiteit, mobiliteit, dagelijkse levensactiviteiten, communicatie, globaal fysiek, emotioneel en sociaal welzijn, materieel

welzijn / performance, algemeen welzijn, zelfwaardering, werk / sociale relaties, familie steun / participatie, steun van vrienden / participatie, gevoelens over persoonlijke relaties, gedachten over de toekomst en kritieke levensgebeurtenissen. Het instrument produceert drie domeinscores (functionele gezondheidsindex, de emotionele gezondheidsindex en de sociale gezondheidsindex) maar geen totaalscore. Gegevens over de validiteit en betrouwbaarheid van de MHIQ zijn tegenstrijdig. Deze discrepantie kan worden verklaard doordat het domein fysiek functioneren een goede betrouwbaarheid en validiteit lijkt te bezitten terwijl de twee andere domeinen een gebrek aan betrouwbaarheid en validiteit vertonen (König-Zahn, 1993).

Verschillende instrumenten zijn ontwikkeld vanuit de Rand Corporation Health Batteries zoals de Medical Outcome Studies Short Form -20 (MOS-20 / SF-20), de MOS-36 / SF-36 (SF-36; Ware, 1993) en de MOS-38 (SF-38). Hieronder volgt alleen de bespreking van de 36-item Medical Outcome Studies Short Form / RAND-36 omdat dit instrument veruit het populairste is. De SF-36 meet acht aspecten van gezondheid, te weten: (1) beperkingen in fysieke activiteiten vanwege gezondheidsproblemen, (2) beperkingen in gewoonlijke rol activiteiten als gevolg van fysieke of emotionele problemen, (3) beperkingen in gewoonlijke rol activiteiten als gevolg van fysieke gezondheidsproblemen, (4) lichaamspijn, (5) algemene geestelijke toestand (psychologische distress en welzijn), (6) beperkingen in gewoonlijke rolactiviteiten vanwege emotionele problemen, (7) vitaliteit (energie en vermoeidheid) en (8) algemene gezondheidspercepties (De Vries, 1996). De SF-36 kan door de respondent zelf ingevuld worden of door een getrainde interviewer. Deze schaal produceert een totaalscore en scores voor emotioneel, sociaal en fysieke toestand. De validiteit en betrouwbaarheid zijn goed (Bowling, 1995).

De Sickness Impact Profile (SIP: Bergner e.a., 1981) heeft tot doel het meten van de invloed

van ziekte in relatie tot gedrag. Het instrument telt 136 vragen die refereren aan ziekte-gerelateerde disfuncties in twaalf gebieden. Drie van hen (Verplaatsing, Lopen, en Lichaamsverzorging en Beweging) omvatten het Fysieke domein. Sociale Interactie, Alertheid / Intellectueel Functioneren, Emotioneel gedrag en Communicatie behoren tot het Psychosociale domein. De andere categorieën zijn: Slaap en Rust, Eten, Werk, Huishouden en andere bezigheden in en om het huis, en Recreatie en Vrije tijd (König-Zahn e.a., 1993). De respondent beantwoordt de vragen zelf door voor elke uitspraak die op hem / haar van toepassing is, een kruisje te zetten. Het instrument kent een totaalscore, twee domeinscores en twaalf componentscores. De validiteit en betrouwbaarheid zijn uitgebreid getest en zijn beiden goed (Bowling, 1992; König-Zahn e.a., 1993).

De Nottingham Health Profile (NHP: Hunt, McKenna, & McEwen, 1981) bestaat uit twee delen. Het eerste deel bevat 38 uitspraken die gezondheidsproblemen reflecteren (bijvoorbeeld “Ik slaap ‘s nachts slecht”) en de volgende zes gebieden beslaan: Energie, Fysieke mobiliteit, Pijn, Slaap, Sociale isolatie en Emotionele reactie. De vragen worden door de respondent zelf beantwoord met “ja” of “nee” en gescoord als zes profielscores. Het tweede deel omvat uitspraken over dagelijkse bezigheden die door gezondheidsproblemen verstoord kunnen worden, namelijk: Werk / Beroep, Huishoudelijk werk, Sociale contacten, Gezinsleven, Seksualiteit, Hobby’s en Vakanties. De respondent dient met “ja” of “nee” aan te geven of deze bezigheden verstoord zijn als gevolg van gezondheidsproblemen. Dit deel levert één score op door het aantal bevestigende antwoorden op te tellen. De NHP is ontwikkeld na uitgebreide interviews met een groot aantal leken over de effecten van ziekte op hun leven. Dit vergroot de acceptatie van het instrument door respondenten. De betrouwbaarheid is niet uitgebreid getest maar lijkt goed te zijn (König-Zahn e.a., 1993). De validiteitsgegevens zijn echter minder bevredigend. Waarschijnlijk door de dichotome

antwoordschalen is de gevoeligheid van het instrument laag. Het instrument lijkt dan ook met name geschikt voor ernstig zieke mensen of oudere patiënten (König-Zahn e.a., 1993).

Bovenstaande gezondheidstoestandinstrumenten reiken verder dan de traditionele indicatoren van gezondheid en ziekte (morbiditeit- en mortaliteitscijfers. Gezondheidstoestand verwijst naar een objectieve evaluatie van (gedrags)consequenties van ziekte en de invloed ervan op het leven van de patiënt. Dit mag niet verward worden met KvL, wat een subjectief concept is (Diener, 1984; WHOQOL group, 1994). Subjectiviteit omvat twee aspecten, namelijk (1) subjectiviteit is gebaseerd op self-reports in plaats van gebaseerd op de mening / beoordeling van de arts. (2) de vragen verwijzen naar normen die voor de patiënt relevant zijn (“hoe tevreden bent u met uw vermogen om zich te verplaatsen?” in plaats van “kunt u 2 km wandelen?”) en refereren aan gevoelens en subjectieve beoordelingen in plaats van naar objectieve omstandigheden en fysieke vermogens. De reden hiervoor is dat alleen de patiënt in staat is om te bepalen of de positieve effecten van (vaak dure) therapieën en medicijnen opwegen tegen de investeringen die hij / zij ervoor moet opbrengen (Aaronson & Da Silva, 1986; Musschenga, 1987). Daarnaast dient gezondheidsbeleid gericht te zijn op de behoeften van patiënten zoals deze door hen geuit zijn.

De Haes en Van Knippenberg (1985) definieerden KvL als “tevredenheid met het leven als geheel” en stelden vervolgens dat alleen het individu kan beoordelen in welke mate hij / zij tevreden of ontevreden is met zijn / haar leven. KvL-instrumenten moeten dus een subjectieve meting omvatten uitgaande van het gezichtspunt van de patiënt (Musschenga, 1987; Van Nieuwenhuizen, 1998). Ook de Wereld Gezondheids Organisatie Quality of Life group (1995) onderschrijft het subjectieve karakter van KvL in hun definitie:

“Individuals’ perception of their position in life in the context of the culture and value systems in which they live and in relation to their goals, expectations, standards, and concerns. It is a broad-ranging concept, incorporating in a complex way an individuals’ physical health, psychological health, level of independence, social relationships, environment and spirituality / personal beliefs / religion” (WHOQOL group, 1995).

KvL instrumenten meten dus subjectieve percepties en evaluaties van de gezondheid en / of van het functioneren die enkel beoordeeld kunnen worden door de patiënt zelf. Deze meetinstrumenten kunnen beschouwd worden als “uitkomstmetingen” die de copingstrategieën van de patiënt met fysieke of mentale ziekten of stoornissen omvatten. Met dergelijke instrumenten kan een analyse worden gemaakt van de meest urgente problemen en behoeften van de patiënten vanuit hun eigen positie. De analyse zou als belangrijkste uitgangspunt moeten dienen om beleid met betrekking tot gezondheid mede te bepalen. Tevens worden KvL instrumenten steeds populairder als evaluatiemeting voor therapieën en interventies en om het verloop van ziekten te begrijpen, met name in de somatische zorg. In de psychiatrie is KvL, door zijn nadruk op subjectief welzijn en tevredenheid, minder gescheiden van psychiatrische concepten van mentale stoornissen (Katschnig, 1997). Dit is de reden waarom KvL in de psychiatrie nog niet de populariteit heeft gekregen die het in de medische wereld ontvangt. De behoefte aan een humanistischere benadering in de psychiatrie was niet gelegen in een grotere nadruk op subjectief welzijn. Dit is immers altijd al het doel van behandeling geweest. Desondanks begint in de psychiatrie het begrip langzaam door te dringen (Baker & Intagliata, 1982; Boevink & Wolf, 1998; Lehman, 1996). De belangstelling gaat dan met name uit naar ernstige chronische psychiatrische stoornissen zoals schizofrenie (o.a. Gibbons &

Butler, 1987; Skantze e.a., 1992) en naar veelvoorkomende stoornissen zoals depressie en angststoornissen (o.a. Sherbourne e.a., 1996).

Ondanks het duidelijke onderscheid tussen gezondheidstoestand en KvL bestaat er veel verwarring over deze begrippen (Clark, 1995; Fletcher, 1995). Gill en Feinstein (1994) stelden dat KvL, gezondheidsgerelateerd KvL, gezondheidstoestand, functionele meting en zelfs behoeftenmeting, termen zijn die vaak als synoniemen gelden en verwijzen naar dezelfde dimensies of zelfs naar dezelfde vragenlijst. Er bestaan echter wezenlijke verschillen tussen deze begrippen. Functionele toestand wordt gedefinieerd als: “de mate waarin een individu in staat is om sociale rollen te vervullen zonder te worden gehinderd door fysieke of mentale beperkingen” (Bowling, 1992).

Dit begrip omvat een objectieve meting en beslaat een beperkter terrein dan gezondheidstoestand omdat het zich alleen richt op functioneren. Het onderscheid tussen vragenlijsten die gezondheidstoestand meten en KvL-instrumenten is bovendien overtuigend aangetoond in verschillende studies. Uit deze studies kwam naar voren dat objectieve metingen onvoldoende in staat waren om KvL te voorspellen (De Haan et al., 1993; King, 1996; Niemi, 1988; Seale & Davies, 1987). Daarnaast concludeerden Testa en Simonson (1996) uit hun onderzoek dat twee mensen een verschillende perceptie van hun KvL kunnen hebben, ondanks het feit dat ze in dezelfde mate aan dezelfde ziekte leden. Deels is de verwarring over KvL en gezondheidstoestand te verklaren door het gebrek aan studies die KvL duidelijk definiëren (Musschenga, 1987). Met name in de medische wereld bestaat de tendens om alle niet-biomedische uitkomstmetingen al snel te scharen onder de term KvL-meting. Hierdoor lijkt het aantal KvL instrumenten talrijker dan in werkelijkheid het geval is. De KvL instrumenten zijn echter schaars.

Conclusie

Voor het meten van de effectiviteit van haptotherapie is het belangrijk dat de vragenlijst aansluit bij de uitgangspunten van deze therapievorm. Door de centrale positie van de tast / aanraking in de behandeling en de focus op de emotionele beleving van de cliënt, is juist bij haptotherapie een subjectieve meting noodzakelijk. De therapie gaat sterk uit van de klacht / het probleem van de cliënt zoals deze door hem / haar geuit is. Daarnaast vereist de uiteenlopende problematiek van de cliënten dat de vragenlijst toepasbaar is voor verschillende hulpvragen. Een generiek KvL-instrument is daarom het meest aan te bevelen omdat KvL-instrumenten zowel subjectief meten als holistisch zijn.

LITERATUUR

Baker, F., & Intagliata, J. (1982). Quality of life in the evaluation of community support systems. *Evaluation and Program Planning*, 5, p. 69-79.

Beardsley, G. & Goldstein, M.G. (1993). Psychological factors affecting physical condition. Endocrine disease. Literature review. *Psychosomatics*, 34, p. 12-19.

Beck, A.T., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). Inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, p. 561-570.

Bergner, M., Bobbit, R., Carter, W., & Gilson, B. (1981). The sickness impact profile: Development and final revision of a health status measure. *Medical Care*, 19, p. 787-805.

Boevink, W., & Wolf, J. (1998). Om de kwaliteit van het bestaan: Betekenis en toepassing van het begrip "kwaliteit van leven" in de psychiatrie. *De Psycholoog*, 7 / 8, p. 308-313.

Bowling, A. (1992). *Measuring Health: A review of quality of life measurement scales*. Buckingham: Open University Press.

Bowling, A. (1995). *Measuring Disease: A review of disease-specific quality of life measurement scales*. Buckingham: Open University Press.

Chambers, L.W. (1982). *The McMaster Health Index Questionnaire (MHIQ). Methodological documentation and report of second generation of investigators*. McMaster university, Hamilton, Ontario.

Clark, P.G., (1995). Quality of life, values and teamwork in Geriatric Care: Do we communicate what we mean? *The Gerontologist*, **35**(3), p. 402-411.

De Haan, R., Aaronson, N., Limburg, M., Langton Hewer, R., & Van Grevel, H. (1993). Measuring Quality of Life in Stroke. *Stroke*, **24**, p. 320-327.

De Haes, J.C.J.M., & van Knippenberg, F.C.E. (1985). The quality of life of cancer patients: A review of the literature. *Social Science and Medicine*, **20**, p. 809-817.

De Neeling, N.J.N.D. (1991). *Quality of life: het onderzoek naar welzijnseffecten van medische behandelingen*. Utrecht: Bunge.

De Vries, J. (1996). *Beyond Health Status: Construction and Validation of the Dutch WHO Quality of Life Assessment Instrument*. Tilburg: Katholieke Universiteit Brabant.

Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, **95**, p. 542-575.

Diener, E. (1994). Assessing subjective well-being: progress and opportunities. *Social Indicators research*, **31**, p. 103-158.

Dijkhuis, J. (1986). Psychologische aspecten bij het ondergaan van tractie. In: W. Pollman-Wardenier, *Verkenningen in de haptonomie*. Bruna: Utrecht.

Fletcher, A., (1995) Quality of life measurements in the evaluation of treatment: Proposed guidelines, *British Journal of Clinical Pharmacology* **39**, p. 217-222.

Gerritse, D. (1996). De Termen Haptonomie en Haptotherapie. Eigen uitgave.

Gibbons, J.S., & Butler, J.P. (1987). Quality of Life for "New" Long-stay Psychiatric In-patients: The Effects of Moving to a Hostel. *British Journal of Psychiatry*, **151**, p. 347-354.

Gill, T., & Feinstein, A., (1994), A critical appraisal of the quality of the quality-of-life measurements, *Journal of the American Medical Association*, **272**(8), p. 619-626.

Greer, S., Morris, T., & Pettingale, K.W. (1979). Psychological response to breast cancer: effects on outcome. *Lancet*, **2**, p. 785-787.

Grossarth-Maticek, R., Schmidt, P., Veter, H. e.a. (1984). Psychotherapy research in oncology. In: S.A. Mathews: *Health Care and Human Behavior*. London: Academic.

Hunt, S.M., McKenna, S.P., McEwen, J., Williams, E.M., Papp, E. (1981). The Nottingham Health Profile: subjective health status and medical consultation. *Social Science and Medicine*, **15A**, p. 221-229.

Katschnig, H., Freeman, H., & Sartorius, N. (1997). *Quality of Life in Mental Disorders*. West Sussex: John Wiley & Sons Ltd.

Katz, S., & Akpom, C.A. (1976). Index of ADL. *Medical Care*, **14**, p. 116-118.

King, R.B. (1996). Quality of Life After Stroke. *Stroke*, **27**, p. 467-472.

Koblenzer, C.S. (1988). Stress and the skin: significance of emotional factors in dermatology. *Stress Medicine*, **4**, p. 21-26.

König-Zahn, C., Furer, J.W., & Tax, B. (1993). *Het meten van de gezondheidstoestand deel 1, algemene gezondheid: Beschrijving en evaluatie van vragenlijsten*. Assen: Van Gorcum & Comp.

Lehman, A.F. (1996). Measures of Quality of Life among persons with severe and persistent mental disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, **31**, p. 78-88.

Matthews, K.A. (1988). Coronary heart disease and type A behaviors: update on and alternative to the Booth-Kewley and Friedman (1987) quantitative review. *Psychological Bulletin*, **104**, p. 373-380.

Montagu, A. (1971). *Touching: The human significance of the skin*. New York: Columbia University Press.

Musschenga, A.W.(1987). *Kwaliteit van leven, criterium voor medisch handelen*. Baarn: Ambo.

Niemi, M.L., Laaksonen, R. Kotila, M., & Waltimo, O. (1988). Quality of Life 4 years after Stroke. *Stroke*, **19**, p. 1101-1107.

Ramirez, A.J., Craig, T.K., Wason, J.P. e.a. (1989). Stress and relapse of breast cancer. *British Medical Journal*, **298**, p. 291-293.

Seale, C. & Davies, P. (1987). Outcome measurement in stroke rehabilitation research. *International Disabilities Studies*, **9**, p. 155-160.

Sherbourne, C.D., Wells, K.B., Meredith, L.S., Jackson, C.A., & Camp, P. (1996). Comorbid Anxiety Disorder and the Functioning and Well-being of Chronically Ill Patients of General medical Providers. *Archives of General Psychiatry*, **53**, p. 889-895.

Skantze, K., Malm, U., Dencker, S.J., May, P.R.A., & Corrigan, P. (1992). Comparisons of Quality of Life with Standard of Living in Schizophrenic Out-Patients. *British Journal of Psychiatry*, **161**, p. 797-801.

Testa, M.A., & Simonson, D.C. (1996) Assessment of quality-of- life outcomes. *New England Journal of Medicine*, **334**, p. 835-840.

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

Van Nieuwenhuizen, CH. (1998). *Quality of life of persons with severe mental illness: an instrument*. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam.

Van 't Hof, A.B.Th., Van Voorst, P., & Van Zoelen-Nederlof, M.E. (1997). *Denken over voelen: Een onderzoek naar de kenmerken van de cliënten van de Vereniging Van Haptotherapeuten en de betekenis van haptotherapie voor deze cliënten*. Utrecht: Universiteit Utrecht.

Veldman, F. (1985). *Haptonomie: Wetenschap en Affectiviteit*. Utrecht: Erven J. Bijleveld.

Weiner, H. (1991). From simplicity and complexity (1950-1990). The case of peptic ulceration-I. *Psychosomatic Medicine*, **53**, p. 467-490.

WHO (1958). *The first ten years of the World Health Organization*. Geneva: WHO.

WHOQOL group (1994). The development of the World Health Organization Quality of Life assessment instrument (the WHOQOL): Rationale and current status. [Special issue: Quality of Life Assessment: Cross-cultural issues-2]. *International Journal of Mental Health*, **23**, p. 24-56.

WHOQOL group (1995). The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social Science and Medicine*, **41**, p. 1403-1409.

DEEL 2

Onderzoek naar de therapeutische interventiewaarde van Haptotherapie

Patricia P.A.M. van den Broek, Rob, K.J.M van der Wielen, Jolanda de Vries en Guus L. Van Heck

Summary

In the present study, the effectiveness of haptotherapy, which is characterized by the central role of touch, was investigated. Respondents (n = 43) completed the (WHOQOL-100) and the PILL. The WHOQOL-100 was filled in three times (i) before they started therapy (assessment 1), (ii) after eight therapy- sessions (assessment 2), and (iii) 6 months after assessment 2 (assessment 3). The PILL was only filled in at assessment 1. The group as a whole, improved significantly on all Quality of Life (QoL) domains (Physical health, Psychological health, Level of independence, Social relationships, Environment, and Spirituality / religion / personal beliefs) even when other interventions and medicines were controlled for. In contrast, the dropouts showed no or only small effects. Both men and women scored lower on the domains Physical health, Psychological health, Level of independence and Social relationships when compared with a healthy control group. However, sexe had a big influence on the scores on the WHOQOL-100 and the extent of improvement. Women improved on all domains except Environment, while men only improved on Physical health, Psychological health, and Social relationships. In conclusion the results strongly suggest a positive effect of haptotherapy, especially for women.

Inleiding

Haptotherapie dankt zijn bestaan zowel aan de fysiotherapie als aan een onvrede met de mechanistische benadering van gezondheid. Het is gestoeld op de haptonomie wat letterlijk “leer van het gevoel” betekent. In tegenstelling tot de mechanistische visie gaat haptonomie uit van de cliënt als persoon in de context van zijn / haar gehele bestaan. Een klacht wordt hierdoor niet enkel gedefinieerd als het disfunctioneren van een lichamelijk systeem maar wordt gezien in de context van de verbondenheid met de wereld.

Haptotherapie kan omschreven worden als “een therapie / begeleidingsvorm die erop gericht is de cliënt weer in contact te brengen met zijn gevoel en daarmee met zichzelf. Dit gebeurt door middel

van bewustwording en beleving van de belangrijke wisselwerking die plaatsvindt tussen lichaam en geest enerzijds en tussen therapeut en cliënt anderzijds. Deze wisselwerking kan representatief zijn voor alledaagse handelingen en interacties waarin de mens participeert.” (Vereniging van Haptotherapeuten, 1996). Het is een vorm van lichaamsgerichte non-directieve psychosociale hulpverlening (Van ‘t Hof e.a., 1997). Het belangrijkste onderscheidende element, in vergelijking met psychotherapieën, is de centrale positie van de tast.

De doelstellingen van de haptotherapie zijn ontleend aan de eigenschappen die men toekent aan de tastzin. De mens wordt, door middel van aanraking, in contact gebracht met de beleving van zijn / haar lichamelijkeheid en met zijn / haar werkelijke gevoelens. Door de ontwikkeling van deze gevoeligheid kan men tactvoller omgaan met zichzelf en met anderen.

Haptotherapie is geschikt voor uiteenlopende problemen. Belangrijke indicatiegebieden zijn: een gestagneerde ontwikkeling, tijdelijk overbelast zijn, acceptatieproblemen, lichamelijke klachten met een mogelijke psychosomatische oorzaak, pijn en pijnverwerking, problemen die verband houden met de overgang van de ene levensfase naar de andere, relatieproblemen, zwangerschapsbegeleiding, rouwverwerking, stervensbegeleiding en begeleiding van topsporters.

Deze uiteenlopende problematiek komt ook naar voren in het onderzoek van Van ‘t Hof e.a. (1997).

Zij onderscheidden in hun onderzoek naar de kenmerken van de cliënten van haptotherapeuten (n = 549), vijftien verschillende hulpvraagcategorieën te weten: lichamelijke problemen, gevoelens, spanning, onzekerheid, depressie, incest / trauma, angst / eetproblemen, relaties, lijf, seks / aanrandingsproblemen, moe / slaapproblemen, sociale problemen, grenzen / agressie, werk en overigen.

Naast het bestuderen van de kenmerken van de cliënten hebben Van ‘t Hof e.a. (1997) de betekenis

van haptotherapie voor cliënten onderzocht. Zij deden dit middels een zelf geconstrueerde vragenlijst. Een ruime meerderheid (59.8 %) van de cliënten gaf aan dat hun Kwaliteit van Leven (KvL) “tamelijk veel” tot “heel veel” was toegenomen terwijl slechts 6 % vond dat de therapie “geheel niet” tot “nauwelijks” had bijgedragen tot een betere KvL. De KvL werd echter gemeten aan de hand van één vraag. Dit is in strijd met het multidimensionale karakter van KvL en de holistische benadering van de haptotherapie. Bovendien is de betrouwbaarheid en validiteit niet bekend van dit zelf geconstrueerde instrument.

In hun aanbevelingen stellen Van 't Hof e.a. (1997) dat het zinvol zou zijn een onderzoek te doen naar de effectiviteit van haptotherapie door middel van longitudinaal onderzoek. Met name Kwaliteit van Leven (KvL) zou een belangrijke maat kunnen zijn. De onderzoeken over de effectiviteit van psychotherapieën hebben weinig opgeleverd. (Garfield, 1983). KvL is echter weinig gebruikt als maat. Door de uiteenlopende problematiek en indicatiegebieden is het noodzakelijk dat een vragenlijst naar de effectiviteit van haptotherapie geschikt is voor meerdere soorten hulpvragen. Met name omdat de haptotherapie geschikt is voor zowel lichamelijke, psychische als sociale problemen. Hierdoor is het belangrijk dat de vragenlijst een holistische benadering van gezondheid hanteert. De Wereld Gezondheids Organisatie (1958) definieert gezondheid als: “een toestand van compleet fysiek, mentaal en sociaal welzijn en niet enkel de afwezigheid van ziekten en gebreken.” Er zijn verschillende mogelijkheden om de gezondheid te meten volgens deze brede definitie. De belangrijkste soorten vragenlijsten zijn gezondheidstoestandinstrumenten en KvL-instrumenten. Beiden kunnen weer onderverdeeld worden in drie typen, te weten: domein-specifiek, generiek en ziekte-specifiek. Populatiespecifieke vragenlijsten zijn in dit kader niet bruikbaar omdat ze niet geschikt zijn voor meerdere soorten hulpvragen. Deze instrumenten richten zich op een specifieke

doelgroep zoals reumapatiënten waardoor een vergelijking met andere (ziekte)populaties niet mogelijk is. De domein-specifieke instrumenten concentreren zich op slechts één domein bijvoorbeeld negatief affect. De generieke vragenlijsten zijn breed toepasbaar voor verschillende ziektes variërend in ernst en zijn soms ook toepasbaar voor een gezonde populatie (De Vries, 1996). Een belangrijk voordeel is dat verschillende populaties op deze manier vergeleken kunnen worden en dat, indien het instrument het toelaat, vergelijkingen kunnen worden getrokken tussen de patiënten en een vergelijkbare gezonde controlegroep. Door de uiteenlopende problematiek bij haptotherapiecliënten is een generieke vragenlijst het meest geschikt. Daarnaast is het belangrijk dat de beleving en de positie van de cliënt in ogenschouw wordt genomen. De subjectieve beleving en de nadruk op de emotionele beleving vereisen dat de vragenlijst bij uitstek een sterk subjectief element bevat. KvL is een subjectief begrip en wordt door de World Health Organization Quality of Life group (WHOQOL group) gedefinieerd als:

"individuals' perception of their position in life in the context of the culture and value systems in which they live and in relation to their goals, expectations, standards, and concerns." (WHOQOL group, 1995).

Gezondheidstoestandsinstrumenten daarentegen meten juist objectieve evaluaties van de (gedrags)consequenties van ziekte op het leven van de patiënt en passen daardoor niet bij het uitgangspunt en de wijze van werken van de haptotherapie.

In dit onderzoek is dan ook gekozen voor een generiek KvL-instrument om te onderzoeken of de KvL van haptotherapiecliënten verbetert als gevolg van deze therapie. Omdat op dit gebied volgens de onderzoekers niets bekend is, is gekozen voor de volgende vraagstellingen:

- *Heeft haptotherapie een positief effect op de KvL van cliënten?
- *Spelen sociaal-demografische variabelen een rol bij het therapie-effect?
- *Speelt verwachting en reden om voor haptotherapie te kiezen een rol bij het therapie-effect?
- *Welke hulpvragen rapporteren cliënten en is dit gerelateerd aan KvL?
- * Welke psychosomatische klachten rapporteren cliënten en heeft dit een relatie met KvL?
- *Is er een relatie tussen de hulpvraag en het aantal psychosomatische klachten?

METHODE

Respondenten

Er zijn drie metingen verricht. De eerste meting vond plaats vóór aanvang van de therapie. Alle cliënten van 18 jaar of ouder kwamen in aanmerking. De steekproef bestond bij Meting 1 uit 82 personen waarvan 63.4% vrouwen en 36.6% mannen. Hiervan was 43.9% gehuwd, 19.5% samenwonend en 36.6% niet gehuwd of samenwonend. De gemiddelde leeftijd was 38.9 jaar ($SD = 11.5$). Daarnaast had slechts 2.7% alleen lager onderwijs genoten (LBO, LHNO, LTS); 50.7% middelbaar onderwijs (MBO, middelbare school) en 46.7% hoger onderwijs (HBO, universiteit). Meting 2 vond plaats na acht behandelingen. Deze steekproef bestond uit 61 personen waarvan 59 % vrouwen en 41 % mannen. Hiervan was 42.6% gehuwd, 18% samenwonend en 39.3% niet gehuwd of samenwonend. De gemiddelde leeftijd was 39.6 jaar ($SD = 12.5$). Als hoogst genoten opleiding werd door 3 % lager onderwijs genoemd, 46.4% noemde middelbaar onderwijs en 50% noemde hoger onderwijs.

Een half jaar na Meting 2 vond de laatste meting plaats. Bij deze meting (Meting 3) bestond de steekproef uit 43 personen (56% vrouwen en 43% mannen) met een gemiddelde leeftijd van 39.8 jaar ($SD = 11.6$). Hiervan was 43.9% gehuwd, 19.5% procent woonde samen en 36.6% was noch gehuwd noch samenwonend. De meerderheid had hoger onderwijs gevolgd (52.6%). Middelbaar onderwijs was door 42.1% gevolgd en 5.3% had lager onderwijs gevolgd.

Tevens zijn twee controlegroepen geformeerd van gezonde cliënten. Beiden zijn geselecteerd uit een groep van 180 gezonde personen en gematcht op leeftijd en geslacht. De eerste groep ($n = 82$) was een controlegroep voor de totale groep op Meting 1. De tweede groep ($n = 43$) was een controlegroep voor de totale groep op Meting 3.

Meetinstrumenten

Voor het meten van de effectiviteit van haptotherapie is gekozen voor een holistisch Kwaliteit van Leven (KvL)-instrument; de *World Health Organization Quality of Life assessment_instrument* (WHOQOL-100; De Vries & Van Heck, 1995). Dit instrument is cross-cultureel ontwikkeld in 15 centra over de hele wereld waaronder Tilburg (KUB).

De WHOQOL-100 bestaat uit zes domeinen, te weten: Lichamelijke gezondheid, Psychologische gezondheid, Mate van onafhankelijkheid, Sociale relaties, Omgeving en Spiritualiteit / religie / persoonlijke overtuigingen. Deze domeinen kunnen worden onderverdeeld in 24 facetten die elk weer uit 4 vragen bestaan. Daarnaast is er één algemeen evaluatief facet over KvL en gezondheid. In totaal bestaat de WHOQOL-100 daarmee uit 100 vragen. Alle vragen verwijzen naar de afgelopen twee weken.

De WHOQOL-100 is een zeer breed instrument. Het is ontwikkeld door de internationale samenwerking van KvL-experts, gezondheidsdeskundigen en “leken” (verschillende patiëntenpopulaties en gezonde populaties). De patiënten- en gezonde populaties hebben het instrument gedurende verschillende fasen van de ontwikkeling bekeken om te bepalen of het instrument uitgebreid genoeg was, werkelijk relevant voor hun KvL en begrijpelijk. Hierdoor is de “face validity” hoog en de acceptatie van het instrument door patiënten groot. Door deze uitgebreide reviews tijdens de ontwikkeling, is het aannemelijk dat de WHOQOL-100 een geschikt instrument is voor het meten van de interventiewaarde van haptotherapie ondanks de diversiteit van de hulpvragen. Bij een vergelijking van de hulpvragen van haptotherapiecliënten (Van ‘t Hof e.a., 1997; p.24) met de WHOQOL-facetten (bijlage 1), lijkt dit instrument de hulpvragen zeer goed te dekken. Bovendien is de Nederlandstalige versie uitgebreid getest op validiteit van betrouwbaarheid.

Hiervoor zijn verschillende populaties onderzocht, te weten: patiënten die lijden aan het Chronisch Vermoeidheids Syndroom, een gezonde populatie, ouderen, psoriasispatiënten, sarcoïdosepatiënten en personen die lijden aan reumatische arthritis. De validiteit en betrouwbaarheid zijn beiden goed (De Vries, 1996).

Bij de eerste meting is een voorblad toegevoegd waarin naar de volgende gegevens is gevraagd: leeftijd, geslacht, burgerlijke staat, opleidingsniveau, het wel of niet volgen van therapie elders, het gebruik van medicijnen voor dezelfde hulpvraag, verwachting van de therapie en motivering keuze haptotherapie. Zowel de therapeut als de cliënt hebben daarnaast de hulpvraag verwoord. Tenslotte is bij de eerste meting een klachtenvragenlijst toegevoegd; de Pennebaker Inventory of Limbic Languidness (PILL; Gijsbers van Wijk, 1995) Deze lijst bestaat uit 66 (psychosomatische) klachten. De vraag was, aan te geven in welke mate de cliënt de afgelopen twee weken de intensiteit van de klachten heeft beleefd. Hiermee beoogt het instrument een toestand ("state") te meten in plaats van een eigenschap ("trait"). Daardoor kan een beeld worden verkregen van lichamelijke klachten en dan met name van psychosomatische klachten. De psychometrische kwaliteiten zijn de onderzoekers onbekend.

Bij de tweede meting is alleen gevraagd of men nog elders therapie is gaan volgen. Bij de derde meting zijn geen extra vragen meer toegevoegd.

Procedure

Voor het onderzoek zijn 14 haptotherapie-praktijken geselecteerd, op basis van opleidingsniveau. De eis was dat de betreffende therapeut zowel de alfa als de bèta opleiding tot haptotherapeut moest hebben afgerond. De therapeuten zijn vervolgens bezocht of gebeld indien ze zeer ver weg woonden. Tijdens dit bezoek zijn de pakketten met instrumenten uitgereikt en zijn mondeling instructies gegeven. Deze instructies werden nadien ook schriftelijk aangeboden. Elke therapeut kreeg een envelop met drie stapels vragenlijsten, te weten; Meting 1, Meting 2, Meting 3.

Meting 1 bestond uit een voorblad, de WHOQOL-100 en de PILL. Meting 2 bestond uit een voorblad en de WHOQOL-100 en Meting 3 bestond enkel uit de WHOQOL-100. Daarnaast bevatte de envelop retourenveloppen voor de cliënten, een zogenaamd koppelingsformulier, een stapeltje papieren waarop de therapeut voor elke cliënt de hulpvraag kon verwoorden, een schriftelijke instructie voor zichzelf en instructieformulieren voor de cliënten.

De instructie voor de therapeut luidde dat hij/ zij elke nieuw aangemelde cliënt vroeg of hij / zij deel wilde nemen aan een onderzoek. De therapeut nummerde een vragenlijst van Meting 1 en noteerde voor zichzelf op het koppelingsformulier de naam van de cliënt, de datum van de eerste behandeling en het nummer van de vragenlijst die deze cliënt mee zou krijgen. Vervolgens gaf hij / zij de cliënt de genummerde vragenlijst van Meting 1 mee met een retourenvelop van de universiteit vóór aanvang van de eerste behandeling. Na acht behandelingen diende de therapeut een vragenlijst van Meting 2 uit te reiken die van hetzelfde nummer voorzien diende te zijn zoals het op het koppelingsformulier aangegeven stond en ook weer een retourenvelop. Indien een cliënt na 4 maanden nog niet aan de achtste behandeling toe was, werd gevraagd of hij / zij dan na 4 maanden Meting 2 wilde invullen. Dit in verband met de tijd. Tevens werd aan de therapeut gevraagd of hij

/ zij aan kon geven of de cliënt gestopt was, klaar met de behandeling of nog bezig met de therapie. Hierdoor werd duidelijk of het een tussenmeting of een nameting was of dat de cliënt eventueel tot een controlegroep (gestopte groep) behoorde. De derde meting diende te geschieden 6 maanden na de tweede meting. Ook bij deze meting moest het nummer van de cliënt genoteerd worden en kreeg de cliënt een retourenvelop mee. Het koppelingsformulier diende er dus voor om de drie afzonderlijke metingen van een cliënt te kunnen koppelen zonder de privacy van de cliënt te schaden. De cliënten kregen als instructie de vragenlijst alleen in te vullen voor aanvang van de eerste of eerstvolgende therapiesessie. Indien ze geen therapie meer volgden werden ze verzocht de vragenlijst zo spoedig mogelijk in te vullen. De gegevens zijn door de onderzoekers geanalyseerd met behulp van SPSS.

RESULTATEN

In het onderzoek werd geen significant verschil gevonden tussen de groep respondenten in de drie metingen wat betreft leeftijd, sekse, opleiding en burgerlijke staat.

KvL scores Meting 1

Onderstaande tabel (Tabel 1) geeft een overzicht van de scores van de haptotherapiecliënten op Meting 1 en van de gezonde populatie. De scores konden variëren van 4 tot 20.

Tabel 1: Domeinscores haptotherapiecliënten en gezonde personen

Domein	M cliënten	M gezonden
Lichamelijke gezondheid	11.8	15.7
Psychologische gezondheid	12.7	15.1
Mate van onafhankelijkheid	14.4	17.9
Sociale relaties	13.3	15.7
Omgeving	15.1	15.9
Spiritualiteit / religie / persoonlijke overtuigingen	11.7	12.1

Er bleken significante verschillen te zijn op alle domeinen ($p < .001$) (Omgeving; $p < .05$) behalve Spiritualiteit / religie / persoonlijke overtuigingen. Omdat de steekproefgrootte sterk afgenomen was op Meting 3, werd gecontroleerd of de domeinscores op Meting 1 van de overgebleven groep nog representatief waren voor de totale groep. Er bleken geen significante verschillen te zijn.

Verandering KvL

Met behulp van een MANOVA (General Lineair Model) zijn de verschillen tussen de drie metingen van de totale groep respondenten geanalyseerd (zie Tabel 2).

Tabel 2: Significante verschillen Meting 1, Meting 2 en Meting 3

Domein	F-waarde	Significantie
Lichamelijke gezondheid	15.1	.000
Psychologische gezondheid	21.6	.000
Mate van onafhankelijkheid	3.8	.029
Sociale relaties	7.2	.001
Omgeving	3.2	.049
Spiritualiteit / religie / persoonlijke overtuigingen	4.0	.025

Op alle domeinen bleken significante verbeteringen op te treden. De facetten van de domeinen Lichamelijke gezondheid en Psychologische gezondheid waren allen significant verbeterd ($p < .05$). De facetten van het domein Mate van onafhankelijkheid waren geen van allen significant veranderd. Van het domein Sociale relaties waren Persoonlijke relaties en Sociale steun significant verbeterd ($p < .01$) maar Seksuele activiteit niet. Het domein Omgeving vertoonde enkel op het facet Gezondheids- en sociale diensten: beschikbaarheid en kwaliteit en het facet Deelname en mogelijkheden tot recreatie / vrijetijdsbesteding een significante verbetering ($p < .01$).

Bovengenoemde significanties waren met name te danken aan het verschil tussen Meting 1 en Meting 2 zoals bleek uit de paired samples t-test die was gedaan tussen de meetmomenten, zowel op domeinniveau als op facetniveau. Tussen deze twee meetmomenten verschilden de scores op de domeinen significant op alle domeinen behalve het domein Omgeving ($p < .05$). De scores tussen Meting 2 en Meting 3 daarentegen bleken op geen enkel domein meer significant te verschillen (zie Tabel 3-5).

Tabel 3: Vergelijking Meting 2 - Meting 1

Domein	t-waarde	sign.
Lichamelijke gezondheid	5.1	.000
Psychologische gezondheid	4.1	.000
Mate van Onafhankelijkheid	2.6	.011
Sociale Relaties	3.2	.002
Omgeving	7.6	.451
Spiritualiteit / religie / persoonlijk overtuigingen	3.4	.001

Tabel 4: Vergelijking Meting 3 - Meting 1

Domein	t-waarde	sign.
Lichamelijke gezondheid	5.1	.000
Psychologische gezondheid	6.5	.000
Mate van Onafhankelijkheid	2.6	.013
Sociale Relaties	4.0	.000
Omgeving	2.4	.022
Spiritualiteit / religie / persoonlijke overtuigingen	7.1	.026

Tabel 5: Vergelijking Meting 3- Meting 2

Domein	t-waarde	sign.
Lichamelijke gezondheid	1.2	.237
Psychologische gezondheid	1.4	.182
Mate van Onafhankelijkheid	2.8	.786
Sociale Relaties	1.8	.79
Omgeving	9.7	.451
Spiritualiteit / religie / persoonlijk overtuigingen	7.1	.485

Op facetniveau wijken de facetten Lichaamsbeeld en uiterlijk, Seksuele activiteit en Positieve gevoelens af. De twee eerstgenoemde facetten zijn alleen significant verbeterd bij een vergelijking van Meting 1 met Meting 3 ($p < .05$). Het facet Positieve gevoelens vertoont naast een significante verbetering tussen Meting 1 en Meting 2 ook een significante verbetering tussen Meting 2 en Meting 3 ($p < .05$).

Ook nadat er gecontroleerd was voor andere interventies (medicijngebruik en/of andere therapieën) bleken er nog steeds significante verbeteringen ($p < .05$) op te treden tussen Meting 1 en Meting 3 op de domeinen Lichamelijke gezondheid ($t = -3.6$, $p < .05$), Psychologische gezondheid ($t = -4.9$, $p < .001$) en Sociale relaties ($t = -4.3$, $p < .001$). De groep die ook elders in behandeling was en tevens medicijnen gebruikte ($N = 5$) vertoonde geen verbetering in kwaliteit van leven. De Cohens d wijst echter uit dat het effect groot was voor de domeinen Lichamelijke gezondheid (2.3), Psychologische gezondheid (2.0), Mate van onafhankelijkheid (1.6) en Omgeving (1.1). Het effect was redelijk groot voor het domein Spiritualiteit / religie / persoonlijke overtuigingen (.81).

Het domein Sociale relaties vertoonde een matig effect (0.42). Bij Meting 1 hadden zij een lagere score ($p < .05$) op het domein Psychologische gezondheid ($F = 7.9$) en Mate van onafhankelijkheid ($F = 4.2$) dan de groep die geen therapie elders volgde of medicijnen gebruikte.

Op Meting 1 waren er geen significante verschillen met betrekking tot KvL domeinen tussen de groep die stopte gedurende de therapie (drop-outs) en de groep die de therapie voltooide. De groep die stopte ($n = 8$) vertoonde echter geen significante verbetering in kwaliteit van leven tussen Meting 1 en Meting 3. Op de domeinen Psychologische gezondheid, Omgeving en Spiritualiteit / Religie / Persoonlijk overtuigingen treedt een matig effect op (resp. .53, .53, .52). Het domein Sociale relaties vertoont echter wel een groot effect (1.75). Tussen Meting 1 en Meting 3 wijst de Cohen's d uit dat er eveneens alleen een redelijk groot effect optreedt voor het domein Sociale relaties (.79). De overige groep vertoonde daarentegen tussen Meting 1 en Meting 3 op alle domeinen significante verbeteringen.

Tabel 6: Verschil Meting 3 - Meting 1 van de cliënten m.u.v. gestopte groep

Domein	t-waarde	sign.
Lichamelijke gezondheid	4.7	.000
Psychologische gezondheid	6.9	.000
Mate van onafhankelijkheid	4.1	.001
Sociale relaties	3.5	.002
Omgeving	2.2	.037
Spiritualiteit / religie /persoonlijke overtuigingen	2.5	.025

Sociaal-demografische variabelen en KvL

Er bleken significante interactie-effecten op te treden met sekse op de domeinen Lichamelijke gezondheid ($F = 3.9$, $p < .05$), Psychologische gezondheid ($F = 4.9$, $p < .05$) en Mate van onafhankelijkheid ($F = 3.2$, $p < .05$). De overige sociaal-demografische variabelen vertoonden geen effect. Vóór aanvang van de therapie bleken mannen een hogere KvL te hebben dan vrouwen op de domeinen Psychologische gezondheid ($F = 8.0$, $p < .01$), Mate van onafhankelijkheid ($F = 5.0$, $p < .05$) en Omgeving ($F = 5.2$, $p < .05$). De gezonde populatie ($n = 82$) vertoonde een sekseverschil op de domeinscores Lichamelijke gezondheid ($F = 5.2$, $p < .05$) en Psychologische gezondheid ($F = 4.5$, $p < .05$).

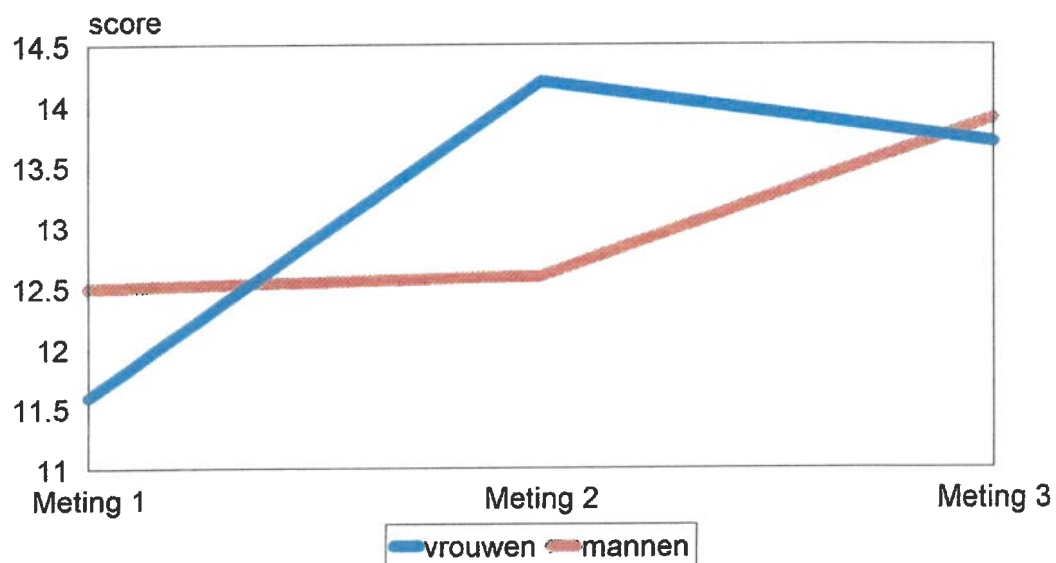
Indien alleen de groep die Meting 3 invult in ogenschouw werd genomen, bleek er op Meting 1 enkel nog een verschil tussen de seksen op het domein Spiritualiteit / religie / persoonlijke overtuigingen ($F = 4.5$, $p < .05$). De controlegroep ($n = 43$) vertoonde een verschil op het domein Psychologische gezondheid ($F = 8.1$, $p < .05$). In beide gevallen gold dat mannen hoger scoorden. Indien bovengenoemde groepen met elkaar vergeleken werden op Meting 1 bleken zowel de mannen als de vrouwen in het huidige onderzoek significant lager te scoren op de domeinen Lichamelijke gezondheid, Psychologische gezondheid, Mate van onafhankelijkheid en Sociale relaties (zie Tabel 7).

Tabel 7: Verschil scores haptotherapiecliënten Meting 1 - gezonde groep (n = 43)

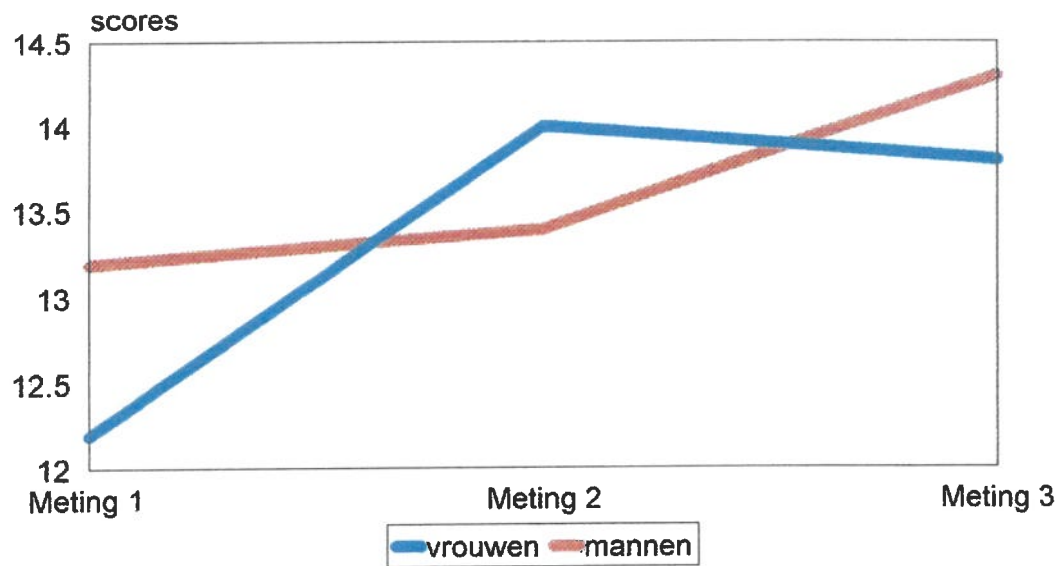
Domeinen	Mannen F-waarde	Mannen sign.	Vrouwen F-waarde	Vrouwen sign.
Lichamelijke gezondheid	22.7	.000	24.7	.000
Psychologische gezondheid	27.8	.000	21.6	.000
Mate van onafhankelijkheid	13.6	.001	23.5	.000
Sociale relaties	8.0	.008	17.1	.000
Omgeving	3.6	.068	3.7	.063
Spiritualiteit / religie /persoonlijke overtuigingen	2.6	.118	8.6	.360

Onderstaande figuren (1-6) geven een beeld van de verandering van de scores op de zes domeinen voor mannen en vrouwen op de drie metingen

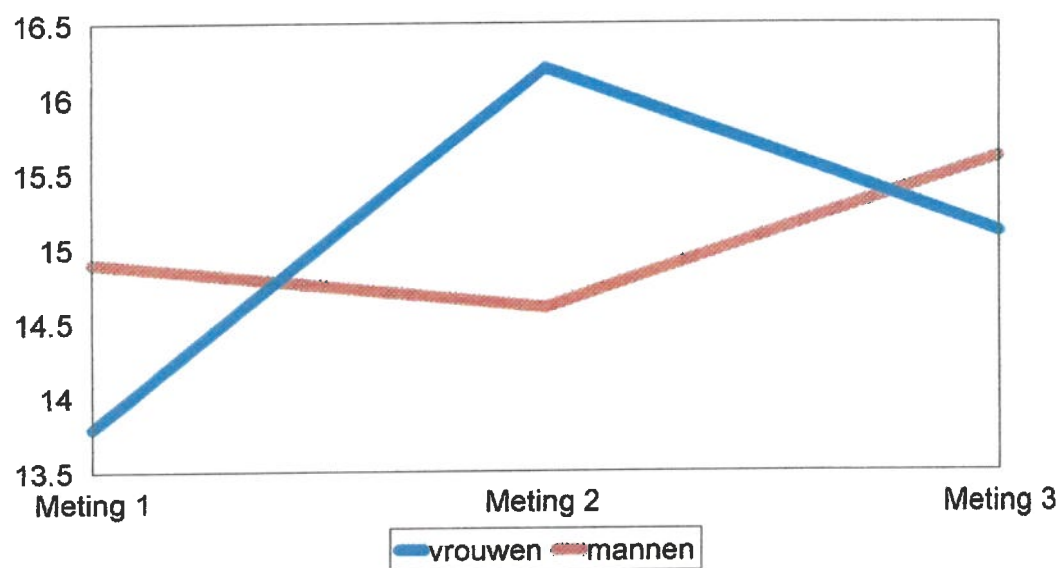
Figuur 1: Scores domein Lichamelijke gezondheid



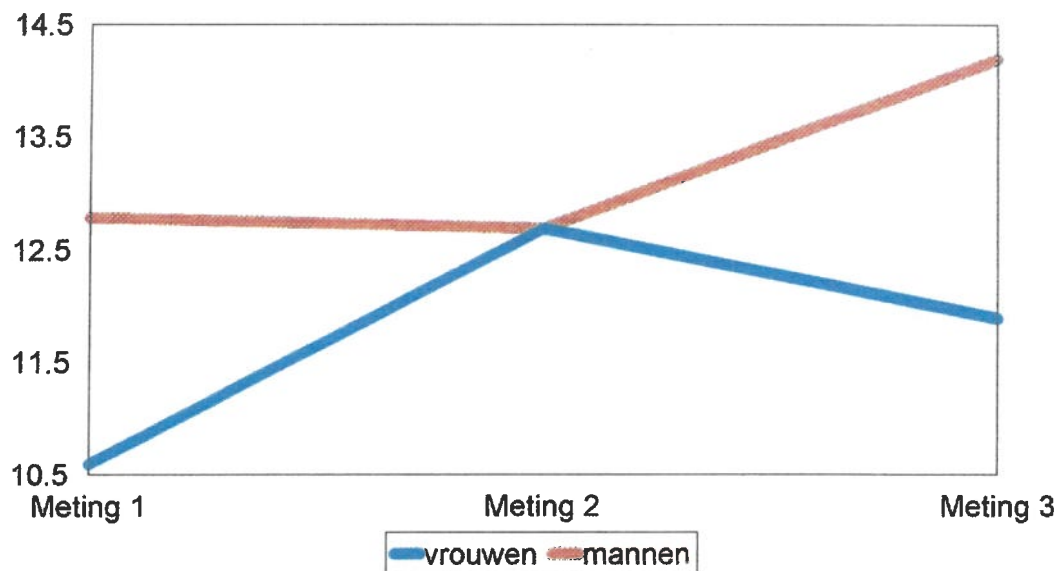
Figuur 2: Scores domein Psychologische gezondheid



Figuur 3: Scores domein Mate van onafhankelijkheid



Figuur 6: Scores domein Spiritualiteit / religie / persoonlijke overtuigingen



Tussen Meting 1 en Meting 2 verbeterde de KvL van vrouwen significant op alle domeinen ($p < .01$) behalve Omgeving, terwijl mannen tussen deze twee meetmomenten op geen enkel domein significant verbeterden. Tussen Meting 2 en Meting 3 trad geen significante verbetering op bij vrouwen terwijl bij mannen een significante verbetering optrad op de domeinen Psychologische gezondheid ($t = 2.2$, $p < .05$) en Spiritualiteit / religie / persoonlijke overtuigingen ($t = 2.2$, $p < .05$). Tussen Meting 1 en Meting 3 gaven vrouwen op alle domeinen behalve Spiritualiteit / religie / persoonlijke overtuigingen een significante verbetering te zien. Mannen hadden op de domeinen Lichamelijke gezondheid ($t = 2.7$, $p < .05$), Psychologische gezondheid ($t = 1.3$, $p < .05$) en Sociale relaties ($t = 2.6$, $p < .05$) een significante verbetering. Bij Meting 3 was er nog slechts één significant verschil tussen beide seksen. Op het domein Spiritualiteit / religie / persoonlijke overtuigingen hadden mannen een hogere score dan vrouwen ($F = 6.8$, $p < .05$).

In vergelijking met de gezonde groep mannen scoorden mannen in het huidige onderzoek nog steeds significant slechter bij Meting 3 dan gezonde mannen op de domeinen Lichamelijke gezondheid ($F = 7.9, p < .05$), Psychologische gezondheid ($F = 6.7, p < .05$) en Mate van onafhankelijkheid ($F = 8.2, p < .05$). Vrouwen daarentegen scoorden enkel op het domein Mate van onafhankelijkheid slechter dan gezonde vrouwen ($F = 10.3, p < .05$).

Reden keuze haptotherapie en KvL

Wat betreft de reden om voor haptotherapie te kiezen kon een onderscheid worden gemaakt tussen: (1) verwezen (23%); (2) specifiek voor haptotherapie gekozen (bijvoorbeeld vanwege aanraking) (52%); (3) a-specifieke reden (14%). Er was geen sekseverschil in de reden om voor haptotherapie te kiezen. Het therapie-effect was voor deze drie groepen afzonderlijk bekeken. Hieruit bleek dat de groep die specifiek voor haptotherapie gekozen had ($n = 30$) significante verschillen vertoont tussen Meting 1 en Meting 2 op alle domeinen behalve het domein Omgeving. De groep die verwezen was ($n = 14$) vertoonde op alleen het domein Psychologische gezondheid ($t = -2.5, p < .05$) en het domein Sociale Relaties ($t = -3.3, p < .001$) een significant verschil. De laatste groep (a-specifieke reden; $n = 10$) vertoonde een significant verschil op het domein Lichamelijke gezondheid ($t = -2.3, p < .05$) en het domein Sociale relaties ($t = -2.4, p < .05$).

Verwachting en KvL

Bij de vraag wat er werd verwacht van de therapie gaf het grootste deel aan positieve verwachtingen te hebben (86%) zoals klachtenvermindering (28%) of verdwijnen van klachten (14%). Een kleiner deel (14%) had geen duidelijke verwachting.

De groep met positieve verwachtingen verbeterde significant op de domeinen Lichamelijke gezondheid ($t = 5.5$, $p < .001$), Psychologische gezondheid ($t = 6.4$, $p < .001$), Mate van onafhankelijkheid ($t = 3.1$, $p < .05$), Sociale relaties 3.7, $p < .05$) en Spiritualiteit / religie / persoonlijke overtuigingen ($t = 3.0$, $p < .05$). De groep die geen verwachting had vertoonde geen verbetering in KvL. De Cohens d wees uit dat het domein Sociale relaties wel een groot effect laat zien (.99).

Hulpvraag en KvL

De hulpvragen zijn onderverdeeld in zeven categorieën, te weten: (1) emotionele problemen; (2) psychosomatische problemen; (3) overspannenheid / stress / emotioneel evenwicht; (4) psychosomatische en emotionele klachten; (5) zelfvertrouwen / zelfbeeld / zelfwaardering; (6) lichamelijke klacht; (7) restgroep (zie Tabel 8).

Tabel 8: Frequentieverdeling hulpvragen

klacht	N	%
emotionele problemen	22	27.5%
psychosomatische problemen	20	25%
overspannenheid / stress / emotioneel evenwicht	15	18.8%
emotionele + psychosomatische klachten	8	10%
zelfbeeld / zelfwaardering / zelfvertrouwen	5	6.3%
lichamelijke klachten	2	2.5%
restklachten	8	10%

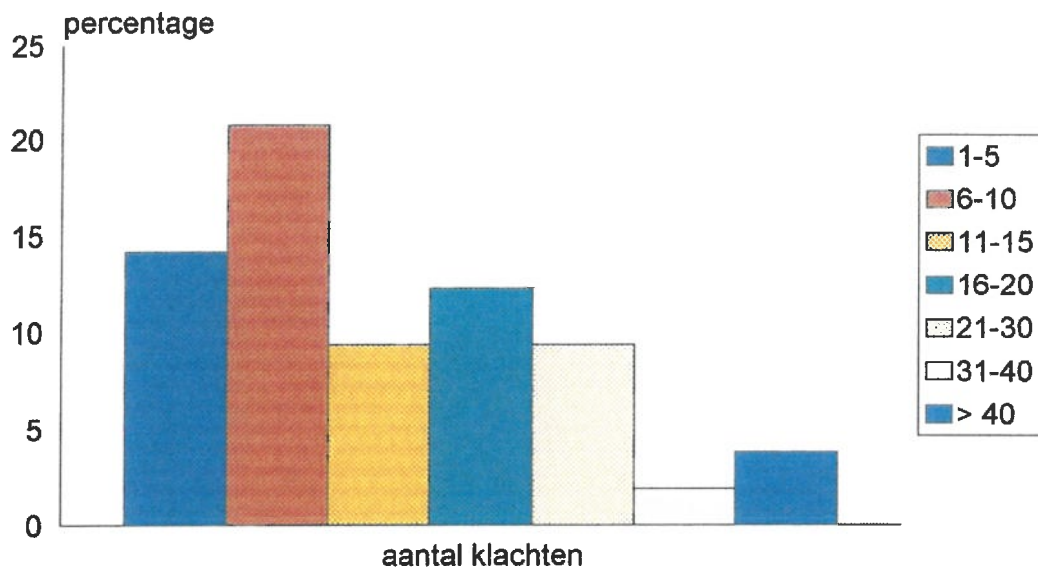
Emotionele en psychosomatische klachten bleken veel voor te komen bij de respondenten. Van de steekproef rapporteerde 27.5% emotionele klachten en 25% psychosomatische klachten. Een combinatie van deze klachten kwam nog eens voor bij 10% van de respondenten. Overspannenheid, stressproblemen of “zoeken naar een evenwicht” bleek eveneens een veelgenoemde hulpvraag (18.8%). De restgroep bestond voornamelijk uit combinaties van bovenstaande problemen. Bij vergelijking van de hulpvraag zoals verwoordt door de cliënt met de verwoording van de therapeut bleek dat de overeenstemming groot was.

Nagegaan werd hoe de hulpvraag zich vertaalde naar KvL, met andere woorden, was de hulpvraag gerelateerd aan de domeinscores van de WHOQOL-100. Er bleken geen significante verschillen in domeinscores te zijn tussen de hulpvragen.

Psychosomatische klachten en KvL

Onderstaande tabel geeft een overzicht van de 15 meest gerapporteerde klachten van de PILL. De frequenties zijn gebaseerd op het percentage respondenten dat op een klacht een score had van drie of hoger (“gemiddeld” tot “heel erg”).

Figuur 7 : Frequentieverdeling aantal gerapporteerde klachten op de PILL



Er bleken significante correlaties te bestaan tussen het domein Lichamelijke gezondheid, Psychologische gezondheid, Mate van Onafhankelijkheid en het domein Omgeving enerzijds en het aantal klachten anderzijds ($r = -.53$, $p < .001$; $r = -.28$, $p < .05$; $r = -.38$, $p < .01$; $r = -.34$, $p < .01$). Hoe meer klachten gerapporteerd werden des te lager de scores op deze domeinen.

Psychosomatische klachten en hulpvraag

Er bleek geen significante relatie te zijn tussen de hulpvragen en het aantal klachten. De hulpvraag Overspannen / stress / emotioneel evenwicht scoorden het minste aantal klachten ($M = 9.3$; $SD = 5.4$). De hulpvraag Emotioneel probleem scoorde het meeste aantal klachten ($M = 15.7$; $SD = 14.3$).

DISCUSSIE

Er zijn sterke aanwijzingen dat haptotherapie een gunstig effect heeft op de kwaliteit van leven van cliënten. De KvL op het gebieden Lichamelijke gezondheid, Psychologische gezondheid en Sociale relaties zijn significant verbeterd tussen de voormeting en de follow-up, nadat was gecontroleerd voor medicijngebruik en andere interventies. Verder bleek een groot aantal cliënten last te hebben van psychosomatische klachten. Opvallend was dat een ruime meerderheid aangaf last te hebben van vermoeidheid. De sociaal-demografische variabelen hadden, op geslacht na, geen effect op de scores van de WHOQOL-100.

De domeinen Lichamelijke gezondheid, Psychologische gezondheid en Sociale relaties lijken het meest relevant te zijn met betrekking tot haptotherapie. Ook de scores op de facetten van deze domeinen zijn (op seksuele activiteit na) allen significant verbeterd tussen de voormeting en follow-up, terwijl het omgevingsdomein enkel significante verbeteringen vertoonde op de facetten welzijnszorg en vrijetijd. De facetten van het domein Mate van onafhankelijkheid vertoonden afzonderlijk geen significanties. In vergelijking met de meeste andere domeinen scoorde het domein Spiritualiteit / religie / persoonlijke overtuigingen laag vóór aanvang van de therapie maar niet in vergelijking met de gezonde populatie. Alle andere domeinen scoorden wel lager dan de gezonde populatie. In het huidige onderzoek speelde sekse een grote rol. Mannen scoorden vóór aanvang van de therapie significant hoger wat betreft psychologische gezondheid, mate van onafhankelijkheid en omgeving. Daarnaast was de verbetering in de tijd met betrekking tot KvL, voor mannen geleidelijker. Op bijna alle domeinen, waarop mannen significant lager scoorden dan gezonde mannen (Lichamelijke gezondheid, Psychologische gezondheid en Sociale relaties), scoorden ze

het therapie-effect vastgesteld kunnen worden. Storende variabelen zoals regressie naar het gemiddelde en spontaan herstel zouden hiermee kunnen worden ondervangen. Regressie naar het gemiddelde is echter niet waarschijnlijk omdat geen enkel domein een (extreem) lage score vóór aanvang van de therapie laat zien. Bovendien bleek uit gesprekken met therapeuten en uit informatie die cliënten spontaan rapporteerden, dat de meerderheid van de cliënten al geruime tijd kampten met hun problemen en daar al eerder professionele hulp voor hadden gezocht. Uit het onderzoek van Van 't Hof e.a. (1997) bleek eveneens dat de meerderheid van de cliënten (77.6%) al eerder hulp had gezocht voor de klachten. Hun lagere KvL in vergelijking met de gezonde controlegroep lijkt dus niet het gevolg van tijdelijke storende variabelen maar eerder het gevolg van langdurige problemen. Spontaan herstel in korte tijd is hiermee eveneens hoogst onwaarschijnlijk. Daarnaast bleek dat de groep die stopte slechts kleine tot matige effecten liet zien tussen de voormeting en de follow-up op bijna alle domeinen (Cohens $d < .9$). Het is mogelijk dat deze groep stopte omdat de therapie niet het gewenste resultaat opleverde en dat dit ook terug te zien is in de scores. Opvallend was echter dat de KvL wat betreft sociale relaties wel een groot positief effect liet zien. Deze verbetering zou ook de reden kunnen zijn om te stoppen met de therapie. Deze groep is echter niet groot genoeg om conclusies op te baseren. De groep die elders therapie volgde of medicijnen gebruikte liet wel (redelijk) grote effecten zien voor alle domeinen behalve het domein Sociale relaties. Voor dit domein was het effect matig.

Een probleem in het onderzoek vormde, naast de afwezigheid van een controlegroep, de steekproefgrootte. Het aantal respondenten liep terug van 82 op de voormeting naar 43 op de follow-up. Dit grote verschil was met name te wijten aan het afvallen van haptotherapiepraktijken. De steekproef bleef qua sociaal-demografische verdeling echter redelijk gelijk en de overgebleven groep

was ook qua domeinscores representatief voor de groep op de voormeting. Echter, met de oorspronkelijke steekproefgrootte was het beter mogelijk geweest vergelijkingen te maken tussen subgroepen. Het is daarom aan te bevelen dit onderzoek te repliceren met een grotere steekproef. Daarnaast lijkt het zinvol de cliënten bij de follow-up zelf te vragen of ze voor hun gevoel baat hebben gehad bij de therapie. Of de therapie effectief is hangt namelijk af van het doel van de therapie. Dit doel wordt bepaald door de cliënt in samenspraak met de therapeut. Daarnaast is het zinvol te vragen naar de duur van de klachten en de voorgeschiedenis van de cliënt te weten qua eerdere hulpverleningscontacten. Een laatste aanbeveling is het toevoegen van vragen op de follow-up die direct aansluiten bij de hulpvraag en de werkwijze van haptotherapie. Zo bleek uit het onderzoek van van 't Hof e.a. (1997) dat een ruime meerderheid van de cliënten vond dat de therapie hen “tamelijk veel” tot “heel veel” in contact had gebracht met henzelf. Dit lijkt niet direct terug te komen in de WHOQOL-100. Hiermee zouden specifieke elementen van haptotherapie beter ondervangen kunnen worden.

LITERATUUR

Centraal Bureau voor de Statistiek (1997). *Statistisch Jaarboek 1997*. Voorburg: CBS

De Vries, J. (1996). *Beyond Health Status: Construction and Validation of the Dutch WHO Quality of Life Assessment Instrument*. Tilburg: Katholieke Universiteit Brabant.

De Vries, J., & Van Heck, G.L. (1994). Quality of life and refugees. *International Journal of Mental Health* [special issue: Quality of Life Assessment: Cross-cultural issues-2], **23**, p. 57-75.

Garfield, S.L. (1983). Effectiveness of Psychotherapy: The Perennial Controversy. *Professional Psychology: Research and Practice*, **14**, 35-43.

Gijsbers van Wijk, C.M.T. (1995). *Sex differences in symptom perception. A Cognitive-Psychological Approach To Health Differences Between Men and Women*. Amsterdam: Universiteit Amsterdam.

Van 't Hof, A.B.Th., Van Voorst, P., & Van Zoelen-Nederlof, M.E. (1997). *Denken over voelen: Een onderzoek naar de kenmerken van de cliënten van de Vereniging Van Haptotherapeuten, en de betekenis van haptotherapie voor deze cliënten*. Utrecht: Universiteit Utrecht.

WHO (1958). The first ten years of the World health Organization, Geneva: WHO.

WHOQOL group (1995). The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL) Position paper from the World Health Organization. *Social Science and Medicine*, **41**, p. 1403-1409.

DEEL 3

Evaluation of Haptotherapie

Patricia P.A.M. van den Broek, Rob, K.J.M. van der Wielen, J. de Vries, Ph.D. & G.L. van Heck, Ph.D.

Department of Psychology, Tilburg University, Tilburg, The Netherlands

Introduction

Haptotherapy is a relatively new sort of therapy, which originates in The Netherlands. This therapy has unique characteristics which are not found in other therapies. The main difference is its focus on touch and feelings. The therapy goes beyond cognitive awareness of problems and combines “knowing with your mind” with “experiencing with your body/feelings”. It is appropriate for a wide range of problems including psychosomatic complaints, (coping with) pain, burn out, relational problems, coping with grief, and guidance of professional athletes. Haptotherapy has a holistic approach to clients and their problems and exceeds the artificial boundaries between “physical” problems, “psychological” problems, and “social” problems. The responses to this therapy seem very positive. For example, in an investigation of Van ‘t Hof e.a. (1997) the majority of the clients (59.8%) responded to a single item that their Quality of Life (QoL) had improved “much” to “very much”. However, so far no scientific research has been done to evaluate the effectiveness of this therapy and support these responses. In the present study the effectiveness of haptotherapy was examined. Because haptotherapy is based on subjective experiences and feelings and wants to understand the person in a holistic way, the measurement instrument used for evaluation should equal these assumptions. The World Health Organization Quality of Life assessment instrument (WHOQOL-100) is a subjective and multidimensional instrument which is appropriate for this purpose.

Method

Subjects

All subjects were 18 years or older. The mean age was 38.9 (SD = 11.5). The majority was female (63%). Only 2.7% had a lower education, 50.7% had a moderate education and 46.7% had a higher education. Most people were married (44%) or lived with their partner (19%) and 37% were not married nor lived with their partner. Although the sample dropped from 82 clients (assessment 1) to 43 clients (assessment 3), there were no changes in demographic variables.

Measures

The Dutch version of the WHOQOL-100 (De Vries & Van Heck 1995) was used. This measure consists of 24 facets within six domains (Physical domain, Psychological domain, Level of Independence, Social Relationships, Environment, and Spirituality / Religion / Personal beliefs) and one global facet "Overall QoL and general health". The questions are scored on a 5 point Likert-scale and refer to the last two weeks. The WHOQOL-100 has good reliability and validity (De Vries & Van Heck, 1997). In addition, the PILL is used which is a list of 66 psychosomatic complaints. It is scored on a 5 point Likert-scale indicating the intensity of the complaints during the past two weeks. It intends to measure a state instead of a trait. In addition, the clients were asked about their age, sex, civil status, level of education, their problem(s), expectations of the therapy, reason to choose for haptotherapy and whether they used medications or other therapies for their problems.

Procedure

Fourteen therapists were asked to cooperate in this study. They provided 82 clients for this research. The clients had to complete the WHOQOL-100 three times: the first time before they started the therapy (measurement 1), the second time after eight sessions (measurement 2) and the last time six months after the second measurement (measurement 3). The PILL and other questions were only filled in during the first assessment. The statistic procedure was done in SPSS.

Results

The group as a whole showed significant better scores on measurement 3 compared to assessment 1. When controlled for other therapies and medicines for the same problems, the clients still scored significantly higher on the domains Physical health ($t = 3.6$; $p < .01$), Psychological health ($t = 4.9$; $p < .001$), and Social relationships ($t = 4.3$; $p < .001$). The group who quitted therapy showed only small or no effects on any domain (Cohens $d < .9$) except for Social relationships. There appeared to be many differences between men and women. Women showed rapid improvements in nearly all domains while the improvement in QoL for men was more gradual and only on the domains Physical health ($t = 2.7$, $p < .05$), Psychological health ($t = 1.3$, $p < .05$) and Social relationships ($t = 2.6$, $p < .05$). The other demografic variables had no influence on QoL. The PILL showed that the clients had many psychosomatic complaints ($M = 14$; $SD = 11$). The most striking was tiredness; 74 % of the clients reported tiredness as quite severe in the past two weeks.

Conclusion

The results strongly suggest that haptotherapy has a positive effect on the QoL of clients. In addition, women seem to benefit more from the therapy than men. Compared to healthy women, women improved to such an extent that they only differed significantly on the domain Level of independence. Men, on the other hand, still differed on the domains Physical health, Psychological health, and Level of independence compared to healthy men. Unfortunately, the researchers did not succeed in forming a controlgroup.