

Universiteit Utrecht



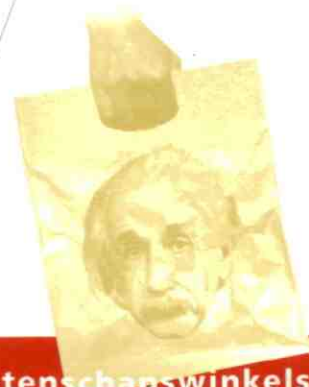
Denken over voelen

**Een onderzoek naar de kenmerken van de cliënten
van de Vereniging Van Haptotherapeuten, en de
betekenis van haptotherapie voor deze cliënten**

A.B.Th. van 't Hof

P. van Voorst

M.E. van Zoelen-Nederlof



**Utrechtse Wetenschapswinkels,
voor maatschappijgericht onderzoek**

Denken over voelen

Een onderzoek naar de kenmerken van de cliëntenpopulatie van de Vereniging Van Haptotherapeuten, en de betekenis van haptotherapie voor deze cliënten

A.B.Th. van 't Hof
P. van Voorst
M.E. van Zoelen-Nederlof

Utrecht, april 1997

Onderzoek in opdracht van:	Vereniging Van Haptotherapeuten
Onderzoek begeleid door:	Dr. L. Woertman

Gegevens publiciteit en onderzoek

CIP-gegevens

Trefwoorden: haptotherapie, haptonomie, hulpverlening

Doelgroepen: haptotherapeuten, haptotherapiecliënten, hulpverleners

ISBN 90-72530-89-6

Rapporttype: onderzoeksverslag

Contactpersoon bij de klantorganisatie: mw.P.J.M.van Diepen en dhr.R.H.de Vos

Bemiddelaar bij de wetenschapswinkel: mw.drs.H.Tol

Aantal pagina's: 71

Begeleidende vakgroep: Klinische Psychologie & Gezondheidspsychologie

Begeleider onderzoek: mw.dr.L.Woertman

Soort onderzoek: populatieonderzoek

Inhoudsopgave

INHOUDSOPGAVE

VOORWOORD	1
INLEIDING	3
1. EEN THEORETISCHE BESCHOUWING VAN HAPTOTHERAPIE	
1.1 Inleiding	5
1.2 Maatschappij- en wereldbeeld in de haptonomie	5
1.3 Mensbeeld	5
1.4 Aanraking en bevestiging	6
1.5 Hapsis	7
1.6 Haptonomische vermogens	8
1.7 Haptonomische tonusregulaties en tonusadaptaties	8
1.8 Haptomimiek	8
1.9 Haptotherapie	9
Besluit	10
2. ONDERZOEKSOPZET	
2.1 Probleemstelling en definiëring begrippen	11
2.2 Methodenkeuze materiaalverzameling	12
2.3 Gegevensverwerking	13
3. THERAPEUTENVRAGENLIJSTEN	
3.1 Inleiding	15
3.2 Vragenlijsten	15
3.3 Materiaalverzameling en -verwerking	15
3.4 Resultaten	16
4. CLIENTENVRAGENLIJSTEN	
4.1 Inleiding	19
4.2 Vragenlijsten	19
4.3 Materiaalverzameling	19
4.4 Verwerking en preparatie van de gegevens	20
4.5 Resultaten	21
4.5.1 Welke mensen komen bij een haptotherapeut?	21
4.5.2 Wat is voor de cliënten de meerwaarde van de haptotherapie?	27
5. SAMENVATTING EN CONCLUSIES	
5.1 Inleiding	33
5.2 Onderzoeksvraag 1: Welke mensen komen bij een haptotherapeut?	33
5.3 Onderzoeksvraag 2: Wat is de meerwaarde van haptotherapie?	35
5.4 Samenvatting	38

6. EVALUATIE EN AANBEVELINGEN

6.1 Evaluatie	39
6.2 Aanbevelingen	39

GEBRUIKTE LITERATUUR	41
-----------------------------	-----------

BIJLAGEN:

BIJLAGE I	: BRIEF AAN THERAPEUTEN	43
BIJLAGE II	: THERAPEUTENVRAGENLIJST	45
BIJLAGE III	: CODEBOEK THERAPEUTENVRAGENLIJST	47
BIJLAGE IV	: AANBEVELINGSBRIEF CLIENTENVRAGENLIJST	49
BIJLAGE V	: CLIENTENVRAGENLIJST	51
BIJLAGE VI	: CODEBOEK CLIENTENVRAGENLIJST	59
BIJLAGE VII	: KLACHTEN AFGELOPEN VIJF JAAR	71

Voorwoord

Voor u ligt het tastbare resultaat van zes maanden onderzoek rond haptotherapie. Wij als onderzoekers zijn van meet af aan enthousiast geweest over het onderwerp. Soms verloren we het zicht op de verbanden tussen de gegevens die we vonden en de onderzoeksvragen, maar onze onderzoeksbegeleidster herinnerde ons daar regelmatig aan.

We willen als eerste dr. L. Woertman bedanken voor haar stimulerende begeleiding. We vonden het heel leuk om met haar aan dit onderzoek te werken.

Verder bedanken we de haptotherapeuten die aan het onderzoek hebben meegewerkt. We hebben nogal wat van hun tijd en inzet gevraagd. Sommigen van hen waren direct bereid mee te werken, anderen konden door ons overgehaald worden. Helaas waren er ook haptotherapeuten die het belang van dit onderzoek niet inzagen, of er gewoon geen zin in hadden.

Mevr. P.J.M. van Diepen en dhr. R.H. de Vos willen we hartelijk bedanken voor het ons laten kennismaken met haptotherapie en voor de medewerking bij het verkrijgen van de adressen van bij de VVH aangesloten therapeuten.

Tot slot willen we alle cliënten die onze vragenlijst hebben ingevuld en teruggestuurd, bedanken. Velen van hen voegden ook persoonlijke opmerkingen of brieven toe, en gaven aan graag de uitkomsten van ons onderzoek te vernemen. Zonder de inzet van de cliënten was dit onderzoek niet mogelijk geweest.

André van 't Hof

Peter van Voorst

Marjolein van Zoelen-Nederlof

Inleiding

Dit onderzoek is opgezet op verzoek van de Vereniging Van Haptotherapeuten (verder afgekort als VVH).

De VVH wilde graag dat er onderzoek zou komen naar haptotherapie.

Er is nog niet eerder onderzoek gedaan naar haptotherapie. Daarom wil de VVH weten wat de doelgroep is: welke mensen gebruik maken van haptotherapie. Ook is de VVH geïnteresseerd in de vraag hoe tevreden cliënten over de therapie zijn, en wat ze als eventuele meerwaarde van haptotherapie boven andere vormen van hulpverlening ervaren.

Verder is de VVH van mening dat haptotherapie ten onrechte niet door de ziektekostenverzekeraars wordt vergoed, en dat haptotherapie eveneens ten onrechte tot de alternatieve geneeswijzen wordt gerekend. Wellicht kan dit onderzoek een bijdrage leveren aan de verandering van deze situatie.

Er zijn verschillende verslagen over dit onderzoek in omloop. Het verslag dat nu voor u ligt, is geschreven voor de VVH. Hierin beantwoorden we de vragen die door de VVH aan ons gesteld zijn. Het is een uitgave van de Wetenschapswinkel, de bemiddelaar tussen de aanvrager (VVH) en onderzoekers (studenten psychologie).

Omdat we het onderzoek met drie personen hebben uitgevoerd, en alledrie aan de eisen moeten voldoen die door ons tracé aan het doctoraalonderzoek worden gesteld, hebben we ook alledrie een eigen verslag geschreven. Daarin komen tracéspecifieke aspecten aan de orde die voor de VVH minder van belang zijn.

Op aanvraag kunt u deze verslagen bij de Universiteit Utrecht inzien.

Dit verslag ziet er als volgt uit. In hoofdstuk 1 wordt een beeld geschetst van wat haptotherapie inhoudt. Overeenkomsten met andere benaderingen en het eigene van de haptotherapie wordt beschreven.

Hoofdstuk 2 begint met de probleemstelling die we voor dit onderzoek hanteren. Ook wordt de betekenis van deze probleemstelling toegelicht en de onderzoeksopzet beschreven.

In hoofdstuk 3 beschrijven we de resultaten van de therapeutenvragenlijsten en in hoofdstuk 4 die van de cliëntenvragenlijsten.

De samenvattingen en conclusies van het de onderzoeksvragen komen in hoofdstuk 5 aan de orde.

In hoofdstuk 6 wordt het onderzoek geëvalueerd en volgen aanbevelingen.

Als bijlagen treft u aan: de therapeutenvragenlijst met de begeleidende brief en het bijbehorend codeboek, de cliëntenvragenlijst met de daarbij verstuurde brief aan de therapeuten en het codeboek, en een aantal tabellen met daarin opgenomen de klachten waarvan de cliënten aangaven ze de afgelopen vijf jaar te hebben gehad.

1. Een theoretische beschouwing van haptotherapie

1.1: Inleiding

Om onderzoek naar haptotherapie te kunnen doen, is het nodig te weten wat haptotherapie is. In dit hoofdstuk wordt beschreven wat haptotherapie inhoudt. Zo is dit hoofdstuk de theoretische achtergrond van het onderzoek.

In de eerste plaats wordt stilgestaan bij de manier waarop vanuit de haptonomie naar de maatschappij en naar de mens wordt gekeken. Daarna wordt aandacht gegeven aan de aanraking, die een belangrijke plaats inneemt binnen de haptonomie en haptotherapie. Vervolgens worden in het kort enkele belangrijke begrippen toegelicht. Tot slot wordt beschreven wat haptotherapie is.

Haptonomie is de basis, de theorie waarop de haptotherapie gebaseerd is.

De grondlegger ervan is Frans Veldman. Hij werkte als fysiotherapeut en merkte daarbij dat zijn aanraking bij cliënten emoties losmaakte. Hij richtte zich op dit verschijnsel, en maakte studie van de tastzin en de affectiviteit. Daaruit ontwikkelde hij de leer die hij haptonomie noemde.

1.2: Maatschappij- en wereldbeeld in de haptonomie

In de loop der eeuwen is de menselijke cultuur veranderd. De haptonomie stelt dat er steeds meer nadruk is komen te liggen op het cognitieve. De mens is tegenwoordig vooral gericht op informatieverwerking en effectiviteit; de affectiviteit is afgenomen.

Volgens de haptonomie is de toename van de huidige autonomie en vrijheid slechts schijnbaar. In het echt is het egocentrisme toegenomen, de mens heeft geen persoonlijke verantwoordelijkheid meer voor anderen. Er is sprake van verkillen en vereenzaming. Dit alles als gevolg van de toegenomen aandacht voor effectiviteit en de verminderde affectiviteit.

Om chaos te voorkomen neemt de regelgeving van de overheid toe, waardoor depersonificatie optreedt. Er zijn steeds minder ethische normen. (Het doel van een ethische norm is, een menswaardig bestaan garanderen en het morele/culturele beschavingsniveau verhogen. Ethische normen worden nageleefd door het verantwoordelijkheidsbesef van het individu, en doen geen afbreuk aan de persoonlijke vrijheid, autonomie, zelfverantwoordelijkheid of het zelfbeschikkingsrecht.)

Nu is er toenemende anonimiteit, de persoon in het individu wordt ontkend. De haptonomie wil de affectieve vermogens van de mens weer ontplooien.

Volgens Veldman is het toekomstideaal van de haptonomie: het bereiken van een universele mensheid binnen een humane, bevestigende wereldorde. (Veldman, 1988, p. 11) Overigens is dit niet de bedoeling van veel huidige haptonomen; zij zien haptonomie als een benadering of een levenshouding, die op allerlei terreinen de kwaliteit van het menselijk leven kan verbeteren.

1.3: Mensbeeld

Binnen de haptonomie wordt de mens gezien als een zelfstandig, verantwoordelijk, redelijk wezen, dat zich laat zien door middel van zijn bezielde lichamelijkeheid. Een mens heeft niet alleen een lichaam, maar is zijn lichamelijkeheid.

De mens is aangelegd op diep affectief contact, op ontmoeting met medemensen. Voor zelfontplooiing is diepe affectie belangrijk.

De tast is de grondintelligentie, waardoor iemand onderscheid kan maken tussen wat goed (nodig om te leven) en kwaad (levensbedreigend) is. Een baby is op tast gericht, maar de tast bij de 20e eeuwse volwassene is onderontwikkeld doordat de nadruk op de cognitie is komen te liggen. Hij weer moet opnieuw leren tasten en voelen om tot zelfontplooiing te kunnen komen.

Het begrip zelfontplooiing uit de haptonomie komt grotendeels overeen met wat Rogers onder zelfactualisatie verstaat. Rogers bedoelt met zelfactualisatie een groeien naar de optimale individuele vorm (de volledig functionerende persoonlijkheid). Zelfactualisatie is, evenals zelfontplooiing, een ontwikkelingsproces dat wordt bepaald door de kwaliteit van de ervaring en beleving van de persoon.

Affectiviteit en effectiviteit zijn begrippen die in de haptonomie veel worden genoemd. Effectiviteit komt voor waar de tast onderontwikkeld is gebleven; het is gericht op eigenbelang. Affectiviteit is een zijnskwalificatie van de mens, die inhoudt dat men geroerd kan worden door waarden binnen en buiten zichzelf. Een affectief persoon kent een vanzelfsprekende belangstelling in zichzelf, anderen en de omgeving, hij staat open voor de ander en is naar de ander toegewend.

Echte efficiëntie kan alleen vanuit affectiviteit bereikt worden.

1.4: Aanraking en bevestiging

Een baby heeft aanraking nodig om in leven te blijven.

De haptonomie baseert zich hiervoor voornamelijk op de theorie van Terruwe. Zij is van mening dat een baby instinctief de behoefte heeft te ervaren dat hij niet alleen is en geaccepteerd wordt in zijn bestaan. Dat kan hij aanvankelijk alleen door aanraking ervaren, omdat de tastzin het zintuig is dat zich het eerst ontwikkelt. Later kan een kind dit ook door het gehoor, het gezicht e.d. ervaren. Het voelt zich dan bevestigd in zijn wezen. Door deze affectieve bevestiging kan hij een fundamenteel basisvertrouwen ontwikkelen. Wanneer dit basisvertrouwen er is, is ook verdere groei en ontwikkeling mogelijk. Wanneer de bevestiging echter ontbreekt, bevindt het kind zich in een onbevredigende psychische toestand, die een fundamentele onrust, onveiligheid en onzekerheid veroorzaakt. Het kind, en later de volwassene, blijft dan naar bevestiging zoeken. Terruwe beschrijft dat zo'n persoon alleen door bevestiging zichzelf kan worden of affectief kan zijn. De haptonomie vult het begrip bevestiging in met bevestigende aanraking.

Bevestiging kan op twee niveaus plaatsvinden. In de eerste plaats is er de rationele bestaansbevestiging, die een verstandelijke bekrachtiging is van het bestaan van een andere mens. Ieder mens heeft van nature de behoefte bevestigd te worden en de bekwaamheid anderen te bevestigen. (Dit is ontleend aan de theorieën van M. Buber.) In de tweede plaats is er ook de affectieve zijnsbevestiging. Dit is de bevestiging van de ander in zijn wezen, in zijn authenticiteit; het bevestigt dat de ander goed is. Wie deze bevestiging ervaart, weet zich onvoorwaardelijk geliefd. Waar deze tweede vorm van bevestiging ontbreekt, komt verharding en stompt men gevoelsmatig af.

Ook volwassenen hebben volgens de haptonomie aanraking nodig, om het voelen te onderhouden. Wanneer volwassenen elkaar aanraken, wordt dit meestal bedoeld of opgevat als seks. Affectieve, bevestigende aanraking, zonder bijbedoelingen, is nodig maar zeldzaam.

Affectiviteit ontwikkelt zich door eerst te ontvangen, daardoor bewogen te worden en met de ander te resoneren, zodat vanuit bewogenheid een antwoord gevormd kan worden en een daad vanuit bewogenheid mogelijk wordt.

Haptonomie richt zich op het gevoel en het daarop gebaseerde gedrag. Het wordt wel de wetenschap van de affectiviteit genoemd. Dit is wat verwarrend: ook buiten de haptonomie wordt affect en affectiviteit bestudeerd. Bovendien bestudeert de haptonomie niet alleen het affect, maar ook de betekenis van dat affect in de lichaamsbeleving, in relaties met anderen, het omgaan met pijn, het ervaren van de ruimte, enzovoorts.

Van Dale definieert haptonomie als volgt: "Haptonomie is de leer van het gevoel en het gevoelsleven, die de nabijheids-, aanrakings- en gevoelsaspecten bestudeert van menselijke affectieve relaties."

Haptonomie probeert de wetmatigheden van het affect te achterhalen, maar is vooral ook een ervaringswetenschap. De nadruk ligt niet op de theorie over, maar op het ervaren van gevoelens. Ervaring gaat aan kennis vooraf.

Affect is gevoel, maar niet alle gevoel is ook affect. Affect is een gevoel dat in iemand wordt opgeroepen door iets wat van buiten komt: bijvoorbeeld door een ander mens, een dier, muziek. De persoon bij wie affect wordt opgeroepen, ervaart degene die (of datgene dat) het affect opriep als waarde of onwaarde. Hij voelt bijvoorbeeld liefde, afkeer of genot. Een emotie is dus ook affect.

Het doel van de haptonomie is: door middel van lichamelijke aanraking het affect aanspreken. Door aanraking word je geraakt, dat wil zeggen: door tastbare lichamelijke aanraking wordt iemand aangesproken in zijn gevoel. Deze aanraking roept emoties op, omdat alle onbewuste gevoelens in het lichaam opgeslagen liggen. Lichamelijke aanraking geeft toegang tot emoties. Hierdoor kan men zich bewust worden van zijn houding binnen een relatie, en van het onderlinge verband tussen lichamelijke spanning en emotie.

Door bevestigend aangeraakt te worden, verandert de spiertonus. De aangeraakte wordt zachter. Hij kan beter met spanningen omgaan, en krijgt meer gevoel, waardoor hij ook beter met zijn omgeving en relaties om kan gaan.

Wie zich laat aanraken, stelt zich kwetsbaar op. Er is moed voor nodig. De paradox is echter, dat wie zich kwetsbaar opstelt en open is, minder snel gekwetst kan worden dan iemand die zichzelf krampachtig verbergt.

1.5: Hapsis

De basis van de haptonomie wordt gevormd door de hapsis; de tastzin, het gevoel. Aan de hapsis worden verschillende aspecten onderscheiden:

De *functionele tast* en daaruit ontwikkelde zintuigelijke organen en organisaties, die het hele waarnemen en gewaarworden, het voelen en beleven (gewaars-zijn) betekenis geven en sturen. De *emotioneel-psychologische en -fenomenologische* eigenschappen van tast en gevoel (het zich gevoelen), die in een existentiële ontmoeting, in de affectieve deelname aan het contact de basis vormen van het gevoelsleven.

De *existentiële* eigenschappen van tast en gevoel (het gemoed), die het bewegende en bewogen vitale Zijn bepalen, en in het gedrag via de haptomimiek geuit worden.

Het *onderscheidende, ordenende en scheppende vermogen*. Dit bestaat uit de kenfunctie, de ordeningsfunctie en de waarderingsfunctie. Hierdoor worden onder meer de gevoelsbelevingen gecoördineerd.

De tastzin heeft verschillende kwaliteiten. De tastzin kan functioneel worden gebruikt, om bijvoorbeeld een keuze te maken uit verschillende alternatieven; de tastzin kan emotioneel worden gebruikt om je door anderen of door dingen aangesproken te voelen, en de tastzin kan op existentiële wijze worden gebruikt door het gedrag, de persoonlijke invulling van het mens-zijn en het contact leggen met anderen.

1.6: Haptonomische vermogens

Er zijn verschillende haptonomische vermogens die een bijdrage kunnen leveren aan de persoonlijke ervaringen.

Deze vermogens zijn: persensus, transsensus en consensus.

Persensus is het vermogen om zich via het lichaam en het gevoel te verlengen met dingen en organismen. Hierdoor worden deze opgenomen in de eigen lichamelijke beleving.

Transsensus is het vermogen om zich op bovenstaande wijze te bewegen en uit te breiden in een gevoelde ruimte, waardoor men zich kan bewegen binnen een ruimte, deze ruimte gewaar wordt en kan beleven en met objecten in contact kan treden.

Consensus is het vermogen om in contact te treden met anderen in een wederkerig gelijke gevoelsverbondenheid.

1.7: Haptonomische tonusregulaties en tonusadaptaties

De tonus van het willekeurig spierstelsel kan veranderen wanneer iemand wordt aangeraakt of aanraking verwacht. Binnen de haptonomie worden de volgende tonussoorten onderscheiden:

De *respons-tonus*: dit is de spiertonus die waarneembaar is op het moment dat er tactiel contact gelegd wordt. Deze respons-tonus laat de persoonlijke alertheid en kwetsbaarheid van de aangeraakte zien.

De *resonantie-tonus*: deze geeft de betrokkenheid en naar buiten gerichtheid van de aangeraakte weer.

De *persensus-resonantie-tonus*: hiervan is sprake wanneer de gevoelsbetrokkenheid in het tactiele contact ervoor zorgt dat de aangeraakte zich gevoelsmatig verlengt met de aanraker.

De *recipro-tonus*: dit heeft te maken met ademsynchronisatie van de contact hebbende personen, en wijst op empathie.

De *eutonus basalis*: dit is een veerkrachtige en evenwichtige tonusregulatie die een Zijnsvorm is; alertheidsresponsen ontbreken, bewegingen zijn vloeiend en harmonieus. De lichaamsspanning is in balans. Hiervoor is transsensus nodig.

De *eutonus contactus*: De eutonus basalis wordt uitgebreid met wederkerigheid in het contact.

De *apotonus*: dit wijst op een open, doorzichtige Zijnswijze waardoor iemand zijn authentieke persoonlijke identiteit laat zien, in een gemoedsbeweging die op de ander gericht is. Deze apotonus wordt gezien als de hoogste menselijke Aanzijnsvorm.

1.8: Haptomimiek

Haptomimiek is het totaal aan individuele representatieve lichamelijke, dat de mens in zijn existentiële Zijns-wijzen door middel van zelfexpressie openbaart. Het wordt ook wel de taal van het lichamelijke genoemd, wat meer is dan alleen lichaamstaal.

Via de haptomimiek, die aan culturele regels is gebonden, kan communicatie binnen menselijke ontmoetingen worden ontwikkeld.

De haptomimiek bestaat uit verschillende delen, namelijk:

De *persoonlijke psychomotoriek*

Dit houdt in: de gestalte en motoriek, die zichtbaar is in houding, beweging en handelingen; de verbale expressie; de gestiek; het handschrift en manueel creatieve vormen van expressie; de ademhaling; de gezichtsexpressie; de mate van functionele beweeglijkheid en

bewegingsmogelijkheid (de mobiliteit); de motiliteit (bewegingsuitingen, ademreacties en orgaanreacties die een deel zijn van de emotionele betrokkenheid en deelname).

De individuele authenticiteit

Dit omvat: de persoonlijke attitude in de communicatie; de Zelfpresentie (de mate waarin iemand echt en transparant aanwezig is binnen de communicatie).

Verder worden vier existentiële levenswijzen onderscheiden. Ze laten een begrensde of onbegrensde manier van in het leven staan zien.

De twee vormen van begrensd-zijn (die bestaanswijzen worden genoemd), zijn de Extentus Insensus en de Extentus Rationalis.

De twee vormen van meer onbegrensd bestaan (die Zijnswijzen worden genoemd), zijn Extentus Affectus en Extentus Concentus.

De Extentus Insensus is een bestaanswijze waarin men de nadruk ligt op alertheid op bedreiging en op cerebrale controle. De effectiviteit voert de boventoon, en de persoon is geneigd compromissen te sluiten en zichzelf niet wezenlijk te laten zien. Er is geen sprake van basis-presentie.

Bij de Extentus Rationalis is er wel basis-presentie. Men is in staat tot persensus, en het handelen wordt niet cerebraal gecontroleerd.

De Extentus Affectus is een manier van zijn die open en doorzichtig is. Het is de houding van de onbegrensde, affectief-bevestigde mens, die psychisch gezond is.

De Extentus Concentus is een zijnswijze die op de Extentus Affectus is gebaseerd. Het is te vergelijken met onbaatzuchtige vriendschapsliefde.

Volgens Veldman zijn deze vier levenswijzen opeenvolgende stadia van ontwikkeling. Anderen zien deze vier levenswijzen meer als elkaar afwisselende aspecten van in het leven staan.

1.9: Haptotherapie

De haptotherapie, een therapie of begeleidingsvorm die gebaseerd is op de haptonomie, maakt gebruik van aanraking. Het is een lichaamsgerichte en non-directieve vorm van psychosociale hulpverlening. Er wordt vanuit gegaan dat er voortdurend sprake is van affectieve communicatie tussen therapeut en cliënt.

De Vereniging Van Haptotherapeuten (VVH) omschrijft haptotherapie als volgt: "Haptotherapie is een therapie/begeleidingsvorm die zich heeft ontwikkeld vanuit de haptonomie. Haptotherapie is er op gericht 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 een mens participeert." (Definitie VVH, 1996) Dit lijkt veel op de Rogeriaanse psychotherapie. Ook daarbij is het de bedoeling de cliënt toegang te geven tot diens eigen gevoelens. De manier waarop dit gebeurt, verschilt echter. De Rogeriaanse psychotherapie werkt voornamelijk verbaal, en de haptotherapie met aanraking. "Haptotherapie kan, bij verstoringen en stagnaties van de ontwikkeling van het gevoelsleven, het zelfbesef en lichaamsbeleving middels de directe en indirecte aanraking een nieuwe impuls of ervaring aanbieden, waardoor stagnaties opgeheven kunnen worden en een verdere ontwikkeling op gang kan komen. Affektiviteit, eigen verantwoordelijkheid, autonomie, lichaamsbeleving, vitale beweging en vitale ruimte zijn daarbij belangrijke begrippen." (Definitie VVH, 1996)

Haptotherapie maakt gebruik van aanraking. Deze aanraking gebeurt door middel van de blik en op verbale wijze, maar vooral ook door het aanraken met de hand.

De aanraking waar het in de haptotherapie om gaat, moet een goede, bevestigende aanraking zijn (wanneer er een vertrouwensrelatie is ontstaan, kan het ook een belastende of toetsende aanraking zijn). Het dient een aanraking te zijn zonder bijbedoelingen, waaraan integriteit, oprechtheid en respect ten grondslag ligt. Dit lijkt ook weer sterk op wat Rogers zegt. De Rogeriaanse therapeut dient empathisch, transparant, echt en respectvol te zijn, en de cliënt onvoorwaardelijk te accepteren.

Emotionele blokkades kunnen worden omgezet in spierblokkades. De haptotherapie gaat ervan uit dat deze emoties door aanrakingen weer los kunnen komen, en geuit kunnen worden, waardoor de persoon ze kan integreren. Heeft iemand door aanraking geleerd zich affectief open te stellen, dan kan hij zelf in beweging komen en zichzelf herstellen. De therapeut fungeert als begeleider bij dit proces.

Door het toelaten en ervaren van emoties krijgt iemand veerkracht en ruimte, zodat hij zichzelf verder kan ontwikkelen.

Het doel van de haptotherapie wordt ook wel genoemd: de cliënt helpen bij de ontgrenzing naar het affectief bestaan. Er wordt vanuit gegaan dat veel klachten het gevolg zijn van een verkramping in effectiviteit. Door te helpen deze verkramping op te heffen, komt er meer ruimte voor affectiviteit en is het indirecte gevolg dat de klacht zodoende ook vermindert.

De VVH omschrijft de doelstelling van haptotherapie als: "Het vergroten van het vermogen van mensen om te kunnen relateren en te communiceren vanuit hun beleving; De mogelijkheden van de mens worden ontwikkeld door een verhoogde aandacht voor gevoelens en gemoedsbewegingen binnen contacten en de rol die de lichamelijke daarin speelt. Door deze ontwikkelingen: het laten groeien van het zelfvertrouwen, het gevoel voor veiligheid en vrijheid; het ontwikkelen, indien mogelijk, van zelfstandigheid, persoonlijke leefruimte, vrijheid en autonomie. Het ontwikkelen van eigen vitaliteit en vitale leefruimte; zodanige voorwaarden scheppen 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 een verhoging van de leefkwaliteit en om langs deze weg te kunnen komen tot zelfverwezenlijking." (Definitie VVH, 1996)

Zowel bij de haptotherapie als bij Rogers wordt er vanuit gegaan dat de cliënt slechts een begeleider nodig heeft, maar autonoom blijft en zelf zijn problemen op kan lossen. Bij beide benaderingen is veel aandacht voor gevoelens. Het specifieke van de haptotherapie komt vooral naar voren in de vele aandacht die gegeven wordt aan de beleving van de lichamelijkeheid.

Besluit

De haptonomie vormt dus de grond voor de haptotherapie. De VVH liet weten dat er meerdere stromingen zijn binnen de haptotherapie. Omdat daar (nog) geen literatuur over is, was een bespreking en onderlinge vergelijking van de stromingen niet mogelijk. In dit onderzoek is uitgegaan van de haptotherapie zoals die door Frans Veldman is beschreven en later door anderen verder is ontwikkeld.

De beschrijving van haptonomie was nodig, omdat het de basis van de haptotherapie is. De haptotherapie is de praktische toepassing van ideeën uit de haptonomie. Over bepaalde facetten van de haptotherapie gaat dit onderzoek.

2. Onderzoeksofzet

2.1 Probleemstelling en definiëring begrippen

Van de Vereniging van Haptotherapeuten kwam bij de Wetenschapswinkel het verzoek tot onderzoek naar haptotherapie binnen. De vraag die de VVH graag beantwoord zag, was deze:

‘Welke mensen met welke problemen komen via welke kanalen bij de haptotherapeut terecht, zijn deze cliënten tevreden en treden er attitudeveranderingen op?’

Vanuit de bovenstaande vragen is gezocht naar een haalbare probleemstelling. De ene zin is echter zo veelomvattend, dat het niet mogelijk is om uit de gestelde vragen één omvattende probleemstelling te destilleren. Vandaar dat er gekozen is voor twee probleemstellingen, die elk afzonderlijk in het onderzoek zullen worden opgenomen. De VVH gaat hiermee akkoord omdat de probleemstellingen de inhoud van de gestelde vragen weergeven.

Het onderzoek zal gedaan worden onder de cliënten van haptotherapeuten, die aangesloten zijn bij de VVH. Als er in het vervolg gesproken wordt van cliënten van haptotherapeuten, heeft dat zodoende alleen betrekking op deze populatie. De gegevens kunnen niet zonder meer gegeneraliseerd worden naar cliënten van niet bij de VVH aangesloten haptotherapeuten.

De twee probleemstellingen luiden als volgt:

1. *Welke mensen komen bij de haptotherapeut?*

- a. *Wat zijn de demografische gegevens van de cliënten?*
- b. *Met welke problemen komen de cliënten bij de haptotherapeut?*
- c. *Via welke kanalen komen cliënten bij de haptotherapeut?*

ad. 1. Doel van deze vraag is de cliëntenpopulatie van de VVH op enkele algemene kenmerken te onderzoeken. Dit is nader gespecificeerd in de deelvragen.

ad. a. De informatie die we hier willen verkrijgen betreft de sekse, het beroep en de opleiding van de cliënten uit de te onderzoeken populatie.

ad. b. Het gaat hier om de hulpvraag van de cliënten. Deze kan bestaan uit vragen, klachten of problemen.

ad. c. Deze deelvraag beoogt het in kaart brengen van de hulpverleningsgeschiedenis van de cliënten. Doel is te onderzoeken welke plaats de haptotherapie heeft in de hulpverleningsgeschiedenis: is de haptotherapie de laatste strohalm of een eerste, bewuste keuze?

2. *Wat is voor de cliënten de meerwaarde van de haptotherapie?*

- a. *Wat is in de haptotherapie belangrijk in vergelijking met andere vormen van hulpverlening?*
- b. *Heeft de haptotherapie meer toegevoegd dan alleen vermindering van klachten?*

ad. 2. In deze probleemstelling zijn de vragen van de VVH naar tevredenheid en attitudeverandering samen genomen. Wat de VVH betreft gaat het bij deze zaken vooral om een onderzoek naar de meerwaarde van haptotherapie.

Dit is uitgewerkt in twee deelvragen.

ad. a. Haptotherapie beoogt een eenheid van lichaam en geest te bevorderen. Dit doel is veelal niet terug te vinden in andere vormen van hulpverlening. Belangrijk is te onderzoeken of de cliënten deze totale mensvisie bemerken en ervaren en, als dat het geval is, hoe zij dat waarderen.

ad. b. De haptotherapie beoogt een verbetering van het hele leven. Vanuit de cliënten kan onderzocht worden of dat daadwerkelijk zo is en hoe zij dat beleven.

Daar dit onderzoek tevens een afstudeeronderzoek is, moeten enkele tracé-eisen worden opgenomen in het onderzoek. Het gaat om de tracés 'Psychosociale victimologie en depressiviteit' en 'Sekse, seksualiteit en relaties'. Vanuit deze tracés zijn de eisen, dat er in het onderzoek tevens onderzoeksvragen zullen worden opgenomen, die betrekking hebben op de desbetreffende tracés. We komen tot de volgende probleemstellingen:

3. In welke mate hebben cliënten, die haptotherapie volgen, last van depressieve klachten?

Naar de aanmeldingsklacht zal gevraagd worden aan de hand van de eerste probleemstelling. Om aan de tracé-eis van 'Psychosociale victimologie en depressiviteit' te voldoen is besloten om aandacht te geven aan de mate van depressiviteit bij de cliënten door middel van een depressievragenlijst.

4. Hoe zien de cliënten hun eigen lichaam?

Vanuit het tracé 'Sekse, seksualiteit en relaties' is er ook belangstelling voor hoe mensen hun lichaam beschouwen en waarderen. Daar de haptotherapie mede op het lichaam gericht is, zullen enkele vragen over de visie op het eigen lichaam goed bij de rest van de vragen aansluiten.

2.2 Methodenkeuze materiaalverzameling

In de hierboven weergegeven vraagstellingen staat beschreven welke vragen er middels het onderzoek zullen moeten worden beantwoord.

Voor dit onderzoek is gebruik gemaakt van de cliëntenpopulatie van de VVH. Omdat het niet bekend is hoe de populatie van cliënten eruit ziet, zal die eerst in kaart moeten worden gebracht, voordat beslist kan worden op welke manier een steekproef kan worden getrokken uit deze populatie.

We hebben besloten de haptotherapeuten te vragen naar de gegevens van hun eigen cliënten. Omdat de therapeuten bij hun inschrijving als lid van de VVH hebben ondertekend mee te zullen werken aan onderzoek, verwachten we een hoge respons van de therapeuten.

De therapeuten zal gevraagd worden op te schrijven hoe hun cliëntenbestand eruit ziet. Het zal dan gaan om gegevens over sekse, leeftijd, burgerlijke staat, klachten, wijze van aanmelding, de begin- en einddatum van de therapie en het aantal sessies dat de cliënt bij de haptotherapeut is geweest. De adressen van de haptotherapeuten zullen door de VVH worden verstrekt. Ook zal de VVH enkele weken voordat deze vragenlijst wordt verzonden een mailing doen uitgaan, zodat de haptotherapeuten de gegevens al op een rij kunnen zetten, waardoor ze, als ze de vragenlijst zullen ontvangen, deze spoedig kunnen retourneren. Hierdoor zal vertraging van het onderzoek voorkomen worden.

Op basis van de via de haptotherapeuten verkregen gegevens, kunnen verschillende beslissingen genomen worden. Als de populatie van cliënten klein is (totaal onder de duizend personen) zullen aan alle cliënten vragen worden gesteld. Het aantal duizend is gekozen, omdat dit het maximum aantal vragenlijsten is dat het budget toelaat. Omvat de populatie meer dan duizend personen, dan zal er een aselechte steekproef uit worden getrokken. Om te kijken of deze steekproef representatief is voor de hele populatie kunnen we de gegevens die we hebben gekregen van de cliënten vergelijken met de gegevens van de totale populatie (zoals we die uit de therapeutenvragenlijsten hebben gekregen). We kijken hiervoor naar enkele algemene kenmerken als sekse en leeftijd (Swanborn, 1993).

Zoals gezegd zullen aan de cliënten de vragen worden voorgelegd, die de vraagstellingen van het onderzoek weergeven. Besloten is de steekproef onder de cliënten te trekken en niet onder de therapeuten, omdat bij de laatste eventuele verschillen in werkwijze de representativiteit in de weg zou staan. Omdat de populatie in ieder geval te groot is om in het geheel mondeling te interviewen, zal er gebruik worden gemaakt van een schriftelijke enquête. Deze zal via de therapeuten aan de cliënten worden verstrekt, omdat op deze manier de anonimiteit van de cliënten gewaarborgd blijft. Bij de vragenlijst zal een retourenvelop gevoegd worden, zodat de lijst direct naar ons terug kan worden gestuurd en dit niet via de therapeut hoeft te gebeuren. Dit zal namelijk bevorderen dat, indien er sprake is van een negatieve ervaring in de therapie, deze gewoon genoemd kan worden, zonder dat de therapeut dit te weten komt. Zo is de kans dat de vragenlijst zo eerlijk mogelijk wordt ingevuld het grootst.

De meeste vragen zullen meerkeuzevragen zijn, omdat dit voor de cliënten minder moeite kost om in te vullen. Ook de verwerking is eenvoudiger dan die van open vragen. Deze beide zaken maken het mogelijke een vrij uitgebreide vragenlijst te maken. Omdat gegevens over attitudeverandering en tevredenheid moeilijk met een meerkeuzevraag kunnen worden gemeten, zullen er in de vragenlijst ook open vragen worden opgenomen. Zodoende kunnen de cliënten hun verhaal zo persoonlijk mogelijk kwijt.

In de bespreking met de VVH over de onderzoeksvragen, kwam ook de vraag naar voren of er effectonderzoek kon worden gedaan. Een effectonderzoek kan echter alleen dan gedaan worden als er verschillende meetmomenten zijn, bij voorkeur verspreid over een langere periode. Dat was in het tijdsbestek van de zes maanden die gepland waren voor het onderzoek, niet mogelijk.

2.3 Gegevensverwerking

De gegevens die verkregen worden, zullen met het statistiekprogramma SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) worden verwerkt.

Wanneer de vragenlijsten voor de therapeuten verstuurd zijn, zal een codeboek worden gemaakt, waarin elke antwoordcategorie een code krijgt. Omdat de precieze klachten waarmee de cliënten komen niet bekend zijn, zullen de antwoorden op de vraag naar de hulpvraag eerst allemaal uitgeschreven worden. Hierna zullen de klachten gecategoriseerd en gecodeerd worden.

Bij de vragenlijsten voor de cliënten zal dezelfde procedure worden gevolgd. Na het verzenden van deze lijsten zal het codeboek worden gemaakt. De antwoorden op de open vragen zullen eerst worden opgeschreven, waarna categorisering en codering zal volgen.

Omdat het onderzoek een beschrijvend onderzoek is, zal er weinig naar onderlinge (eventueel oorzakelijke) verbanden tussen de vragen worden gekeken. Als de categorieën bij de open vragen zich ervoor lenen, zal daar gekeken worden of er een verband bestaat met tevredenheid en attitudeverandering.

In de volgende hoofdstukken zullen de twee vragenlijsten uitgebreider besproken worden. Eerst zal er worden ingegaan op de ontwikkeling en verwerking van de vragenlijst van de therapeuten, waarna de resultaten hiervan zullen worden besproken. Daarna zal de vragenlijst voor de cliënten met de resultaten ervan besproken worden. Deze laatste vragenlijst vormt het grootste deel van het onderzoek omdat daar specifiek alle vraagstellingen naar voren zullen komen.

3. Therapeutenvragenlijsten

3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk zullen die zaken besproken worden, die betrekking hebben op de vragenlijst, die aan de therapeuten is verstuurd. Eerst zal deze vragenlijst beschreven worden. Daarna zullen de wijze van gegevensverzameling en de resultaten beschreven worden.

3.2 Vragenlijsten

Om in kaart te brengen hoe de totale groep van cliënten eruit ziet, werd een vragenlijst voor de therapeuten ontwikkeld. Voor deze methode werd gekozen omdat het om grote hoeveelheden informatie ging, en in een vragenlijst kunnen de gegevens snel en overzichtelijk worden ingevuld.

De periode waar de gegevens op moesten slaan was van 1 september 1995 tot en met 31 augustus 1996. Dit omdat er altijd onafgesloten behandelingen zouden zijn, en er toch een grens moest worden getrokken. Als begindatum gold de datum van de eerste sessie, ongeacht wanneer deze plaatsvond. Einddatum was de datum van de laatste sessie en in geval de therapie nog voortduurde moest niets worden ingevuld. Als totaal aantal sessies moesten al die sessies worden geteld die plaats hadden gehad vanaf de begindatum, ongeacht waar die lag, tot en met 31 augustus 1996.

De vragenlijst bestond uit een schema waarin de volgende gegevens per cliënt moesten worden ingevuld: het geboortjaar, het geslacht, de burgerlijke staat, wijze van aanmelding, aanmeldingsklacht en het totale aantal sessies per cliënt, met de begin- en eventuele einddatum. Ook werd gevraagd het totale aantal cliënten dat de therapeut binnen de hierboven genoemde periode in behandeling had, te vermelden. Door deze vragenlijst kon zo een beeld geschapen worden van de totale te onderzoeken populatie, naar enkele algemene kenmerken. Dit was nodig omdat zo het aantal cliënten bekend zou worden, waaruit dan (bij een aantal groter dan duizend) een steekproef getrokken kon worden. Ook kon aan de hand van deze gegevens achteraf gekeken worden of de steekproef onder de cliënten inderdaad representatief was voor de hele populatie haptotherapiecliënten.

In de bijlage kan u een voorbeeld vinden van de vragenlijst.

3.3 Materiaalverzameling en -verwerking

De verzenddatum van de lijsten was 18 november. De deadline voor retourneren werd op 6 december gelegd, zodat de cliëntensteekproef op tijd kon worden getrokken. De termijn was wat krap, maar we gingen er van uit dat de therapeuten de gevraagde gegevens vrij snel in konden vullen. Via de mailing van de VVH zouden ze namelijk al ruim van te voren op de hoogte zijn van de komst van de vragenlijst en voldoende tijd hebben gehad om hun cliëntengegevens te ordenen. In een begeleidende brief werd een handleiding gegeven hoe het invullen moest gebeuren.

De totale groep van de haptotherapeuten bestond uit alle bij de VVH aangesloten therapeuten per 1 december 1996, 118 in totaal. Aan al deze therapeuten werd een vragenlijst toegestuurd. Omdat de therapeuten volgens het reglement van de VVH verplicht zijn om aan onderzoek mee te werken verwachtten we een hoge respons.

In eerste instantie werden er zo'n 40 geretourneerd (33.9%). Omdat voor steekproeftrekking uit de populatie een goed beeld van de totale populatie nodig is, was de respons van 33.9% te laag. Gevonden percentages in de resultaten zeggen bij zo'n respons weinig (Swanborn, 1993). Daarom werd besloten de therapeuten die niet gereageerd hadden telefonisch te benaderen, met het verzoek de vragenlijst alsnog te retourneren. Over het algemeen gaven de therapeuten aan wel mee te willen werken aan het onderzoek. Veel therapeuten gaven echter ook aan dat zij geen kans zagen de lijst in te vullen, omdat zij het erg druk hadden. Het bleek dat het tijdstip van versturen voor veel therapeuten niet goed uitkwam, omdat de periode voor Kerst zowel privé als in de praktijk een drukke periode is. Verder was de mailing van de VVH over het komende onderzoek slechts één dag voor de vragenlijst aangekomen, zodat de therapeuten zich niet hadden kunnen voorbereiden. Ook bleek dat de cliëntenadministratie van veel therapeuten niet adequaat was, waardoor het invullen van de lijst hen teveel tijd kostte. Al deze tegenvallers zorgden voor vertraging van het onderzoek en een wat lager dan verwachte respons.

Als door een therapeut aangegeven werd dat de vragenlijst niet ingevuld zou worden, werd gevraagd het totale aantal cliënten dat het afgelopen jaar in behandeling was te noemen. Wanneer ook dat niet gezegd kon worden, werd gevraagd hoeveel cliënten men nu in behandeling had. Door middel van deze vragen kon geschat worden hoe groot de totale cliëntenpopulatie was en hoe deze over de therapeuten verdeeld was.

Uiteindelijk ontvingen we van 69 therapeuten (60.5%) ingevulde vragenlijsten, en vernamen we van 22 (19.3%) het totale aantal cliënten van het afgelopen jaar of het huidige aantal cliënten. In totaal reageerden 91 therapeuten, wat een percentage is van 79.8%. Vier therapeuten vielen af doordat zij ofwel een specifieke doelgroep hadden, nog in opleiding waren of hun praktijk te zeer vervlochten was met een andere vorm van hulpverlening. Zij telden dus niet mee voor onze eigenlijke doelgroep, en gelden daardoor niet als non-respons.

De verwerking van de therapeutenvragenlijsten gebeurde via SPSS voor Windows. Hiervoor werd een codeboek ontwikkeld, dat als bijlage is opgenomen. Om de vraag 'hulpvraag' te coderen, werden alle gegeven antwoorden door ons opgeschreven en geturfd en vervolgens geclassificeerd.

3.4 Resultaten

Nadat we de therapeuten die nog niet hadden gereageerd telefonisch hadden benaderd, wisten we van 91 therapeuten het aantal cliënten dat men had. Omdat we niet van iedereen duidelijke gegevens hadden, schatten we het totaal aantal cliënten van deze 91 therapeuten op 3300. Van 69 therapeuten werden alle cliëntgegevens ontvangen. Totaal waren dat voor deze therapeuten 2396 cliënten. De gegevens van deze laatste groep cliënten zullen nu besproken worden. Zo krijgt men een beeld te zien van de cliëntenpopulatie. De resultaten zullen in percentages worden weergegeven, wat een vergelijking met de in hoofdstuk vier te bespreken resultaten van de cliëntenvragenlijsten verheldert.

De man-vrouw verdeling is respectievelijk 26,2% - 73,8%. Wat betreft de burgerlijke staat is 32,9% ongehuwd, 39,8% gehuwd of samenwonend en 10% gescheiden of door het overlijden van de partner alleenstaand. De gemiddelde leeftijd uitgedrukt in geboortjaar is 1957,4. Voor vrouwen ligt het gemiddelde geboortjaar iets hoger dan voor mannen, wat inhoudt dat zij over het algemeen iets jonger zijn dan de mannen.

De aanmeldingsklachten zullen hieronder in een tabel worden weergegeven.

Aanmeldingsklacht	Frequency	Percent
Spanning	741	30.9
Lichamelijke probl	576	24.1
Gevoelsproblemen	278	11.6
Angst	241	10.1
Depressiviteit	165	6.9
Onzekerheid	146	6.1
Rouw	126	5.3
Incest/trauma	116	4.8
Relaties	115	4.8
Lijf	50	2.1
Grenzen	46	1.9
Aanrakingsproblemen	44	1.8
Eetproblemen	40	1.7
Werkproblemen	33	1.4
Seksuele problemen	32	1.3
Slaapproblemen	26	1.1
Overig	192	8.0

Bij de aanmeldingsvraag is de categorie 'spanning' verreweg het grootst. Ongeveer een kwart meldt zich met lichamelijke problemen. Verder scoren 'angst' en 'gevoelens' vrij hoog. Voor wat betreft de wijze van aanmelding, komt 38,5% op eigen initiatief en 39,8% via de huisarts. Verder worden genoemd: fysiotherapeut (3,5%), GGZ (11,6%) en overig (6,4%).

Er is ook gevraagd naar het aantal sessies haptotherapie dat de cliënt heeft gehad. Het gemiddelde aantal sessies is 18,6; de range loopt van 1 tot en met 800. In deze berekening zijn ook de gegevens gebruikt van de mensen die nu nog in therapie zitten. Hierdoor kan het gemiddelde iets afwijken van de werkelijke waarde. Verder is gebleken dat veel therapeuten deze vraag niet goed hebben ingevuld, maar ook de sessies hebben meegeteld die hun cliënten na 31 augustus 1996 hadden. Bij het invullen van de einddatum zijn ook veel vergissingen gemaakt, waardoor het helaas niet mogelijk is te berekenen wat de gemiddelde therapieduur en therapiefrequentie zijn.

Bovenstaande gegevens zullen gebruikt worden om te controleren of de cliënten die de vragenlijst invulden de totale groep van cliënten representeren.

4. Cliëntenvragenlijsten

4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk worden de vragenlijsten van de cliënten besproken. Er zal worden ingegaan op de ontwikkeling van de vragenlijsten en de materiaalverzameling. Verder zullen de resultaten ervan besproken worden. Na iedere paragraaf zal een korte samenvatting van het voorgaande gegeven worden.

4.2 Vragenlijsten

Om de onderzoeksvragen te beantwoorden, ontwikkelden we een vragenlijst. In deze vragenlijst werd als eerste gevraagd naar de biografische gegevens en de aanmeldingsklacht. Hiermee zou een profiel van de haptotherapiecliënten kunnen worden geschetst. Vervolgens werden er vragen geformuleerd om de eventuele hulpverleningsgeschiedenis in kaart te brengen. Daarnaast werden vragen gesteld die de onderzoeksvraag naar de mate van tevredenheid zouden kunnen beantwoorden. Omdat uit wetenschappelijke onderzoeken naar tevredenheid naar voren komt dat er meestal zo'n 75% van de respondenten tevreden is, was dit voor ons onderzoek ook te verwachten. Een verklaring voor het hoge percentage tevreden mensen is dat ontevreden mensen vaak al uit de behandeling weggegaan zijn. Daarbij hebben mensen die blijven al veel geïnvesteerd in de behandeling, waardoor ze sneller zullen zeggen dat ze tevreden zijn. We hebben daarom geprobeerd objectievere maatstaven aan te leggen, namelijk of de klachten waarmee men kwam verminderd waren. Deze vraag werd twee maal in verschillende formuleringen gevraagd, waarmee gecontroleerd kon worden of mensen consistent hadden geantwoord. Verder werd gevraagd of mensen door de haptotherapie meer in contact zijn gekomen met zichzelf en of de kwaliteit van hun leven door de therapie was toegenomen.

De eerst versie van de vragenlijst werd aan het bestuur van de VVH voorgelegd. Zij wilde aan de vragenlijst graag vragen toegevoegd hebben die een eventuele attitudeverandering zouden kunnen meten. Omdat dit een van de onderzoeksvragen was, werden nieuwe vragen geformuleerd en toegevoegd. Tevens gaven zij enkele aanvullingen die nuances vanuit de praktijk betroffen, en daarom werden sommige van deze opmerkingen meegenomen in de vragenlijst.

Omdat de steekproef groot was, werd er naar gestreefd zoveel mogelijk gesloten vragen te stellen. Bij enkele vragen waren zoveel verschillende antwoorden mogelijk, dat het verstandiger leek deze niet van tevoren te classificeren. Tevens was het bij sommige vragen mogelijk meerdere antwoorden in te vullen, om hiermee zo veel mogelijk ruimte te geven aan de cliënt.

Tenslotte werden nog een depressievragenlijst (de 'Beck Depression Inventory', Beck et al., 1979; vertaling door Bouman et al., 1985) en een deel van de lichaamsbeeldvragenlijst van dr. L. Woertman (Woertman, 1994) toegevoegd, om aan de tracé-eisen te voldoen.

4.3 Materiaalverzameling

Door middel van de therapeutenvragenlijsten en de belronde was de totale populatie bekend. Omdat deze populatie groter was dan 1000, werd besloten er een steekproef uit te trekken. Het budget liet toe dat de steekproef een derde tot de helft van de bekende populatie zou beslaan. Wanneer een therapeut aangaf minder dan vier cliënten te hebben, besloten we deze niet bij de steekproef te betrekken, omdat de kans bestond dat op het moment dat de

vragenlijsten werden verstuurd, geen cliënt in behandeling zou zijn. Ook had een aantal therapeuten tijdens de belronde aangegeven echt niet mee te willen werken aan het onderzoek. Daarom besloten we hen geen vragenlijsten voor cliënten te sturen, om de non-respons zo laag mogelijk te houden.

Hierdoor bleven uiteindelijk 89 therapeuten over. Het totale aantal van hun cliënten zou de populatie vormen waaruit we de steekproef trokken. De therapeuten ontvingen vragenlijsten voor minstens een derde van hun bestand. Bij de lijsten zat een brief voor de therapeuten met het verzoek de lijsten te verstrekken aan de eerste x cliënten die zij zagen. Omdat het vaak om grotere aantallen vragenlijsten ging, zouden deze hierdoor over een hele dag verdeeld worden, zodat er niet een eventuele eenzijdigheid naar dagdeel zou optreden. De volgende sleutel werd gehanteerd:

<u>Aantal cliënten per therapeut</u>	<u>aantal lijsten</u>	<u>aantal therapeuten per klasse</u>
3 - 4	1	4
5 - 10	3	23
11- 20	8	28
21- 30	15	19
> 30	20	15

In totaal werden er 886 lijsten verstuurd. De verzenddatum was 6 december, zodat de therapeuten maandag 9 december konden beginnen met het uitdelen. In een bijgesloten brief werd de cliënten gevraagd de enquêtes voor 20 december te retourneren. Deze periode was niet helemaal optimaal, omdat de decembermaand een drukke tijd is voor iedereen. Een overweging om toch deze periode aan te houden was dat het invullen van de vragenlijst de cliënt niet veel tijd hoefde te kosten. Daarbij komt dat, wanneer de uiterste inzenddatum te ver weg wordt gesteld, de kans groot is dat het invullen van de lijst wordt uitgesteld; en van uitstel komt vaak afstel. Ook als de cliënt door de therapeut gemotiveerd is om de lijst in te vullen, zal zijn motivatie afnemen met de tijd. Ondanks alles werden er in totaal 549 vragenlijsten teruggestuurd. Dit is 62,1%. Hierbij zijn ook de lijsten meegeteld die tussen 20 december 1996 en 5 februari 1997 binnenkwamen; dit waren er zo veel, dat we ze verwerkt hebben in het onderzoek. Vragenlijsten die na 5 februari binnenkwamen (dit waren er 11) konden niet meer verwerkt worden.

4.4 Verwerking en preparatie van de gegevens

De verwerking van de 549 teruggestuurde vragenlijsten gebeurde met de Windows-versie van SPSS. Er werd een codeboek ontwikkeld, waarbij de antwoordmogelijkheden in de vragenlijst zelf zoveel mogelijk werd gevolgd. De open vragen werden gecodeerd nadat alle antwoorden bekeken waren, zodat de oorspronkelijke antwoorden zo herkenbaar mogelijk zouden blijven. De antwoordmogelijkheid 'anders, namelijk...' werd ook waar mogelijk nader gecodeerd nadat de gegevens op een rij waren gezet.

Nadat alle gegevens op deze manier waren ingevoerd, werden de resultaten bekeken, om te kijken of bepaalde antwoordmogelijkheden bij elkaar konden worden gevoegd. Dit zou de overzichtelijkheid vergroten. Voor wat betreft burgerlijke staat, werden de klassen 'gescheiden' en 'weduwe/weduwnaar' samengevoegd, omdat vooral de laatste klasse erg klein was. Gekozen werd deze twee te nemen, omdat het in beide gevallen gaat om mensen die eens een relatie hadden gehad welke nu beëindigd is. De vraag naar opleiding gaf twee grote

groepen te zien, namelijk categorie 2 en 4. Door samenvoeging van categorie 1 bij 2 en categorie 3 bij 4 ontstond de logische verdeling van 'lager opgeleid' en 'hoger opgeleid'. Om de beroepen in te kunnen delen, werd een indeling van het NISSO gebruikt. Omdat deze niet helemaal up-to-date was, werden de niet direct in te delen beroepen apart bekeken, waarna er een nieuwe klasse werd gemaakt, namelijk 'leidinggevend'. Voor de andere vragen werd gekeken naar de percentages. Had een antwoordcategorie een percentage van lager dan 5, dan werd deze samengevoegd bij de best passende antwoordmogelijkheid. Gekozen werd voor een grens van 5%, omdat hieronder de groepen zo klein zijn, dat er nauwelijks betrouwbare resultaten mee kunnen worden verkregen.

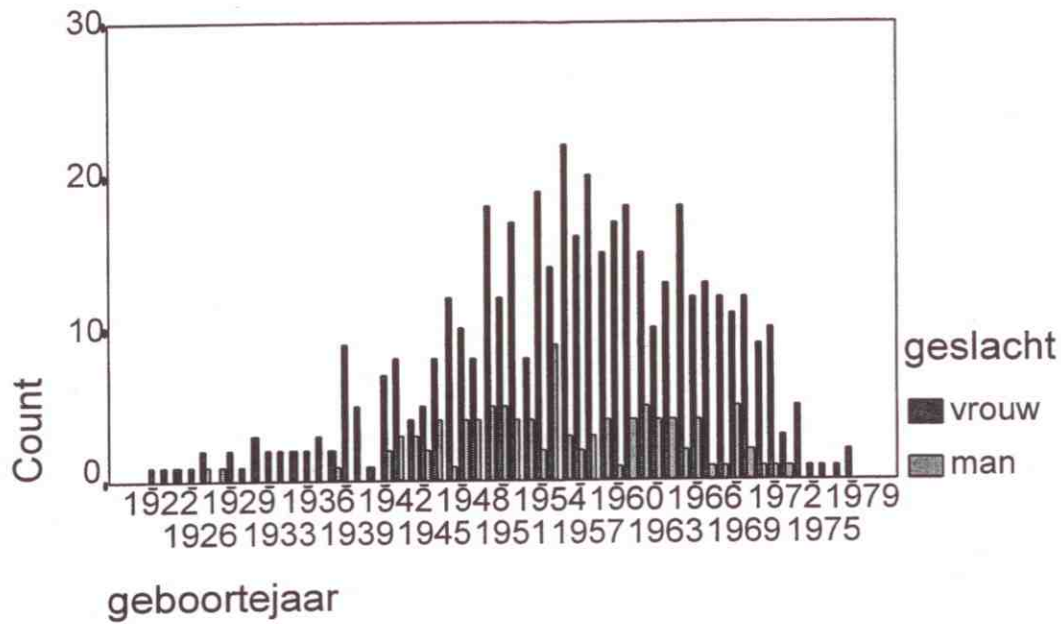
4.5 Resultaten

De resultaten van het onderzoek zullen nu besproken worden. Hierbij wordt er per vraagstelling bekeken welk materiaal er vanuit de onderzoekspopulatie is aangereikt. Van de 886 verstuurdde vragenlijsten kwamen er 549 terug. De hieronder besproken resultaten hebben betrekking op de gegevens uit deze 549 vragenlijsten.

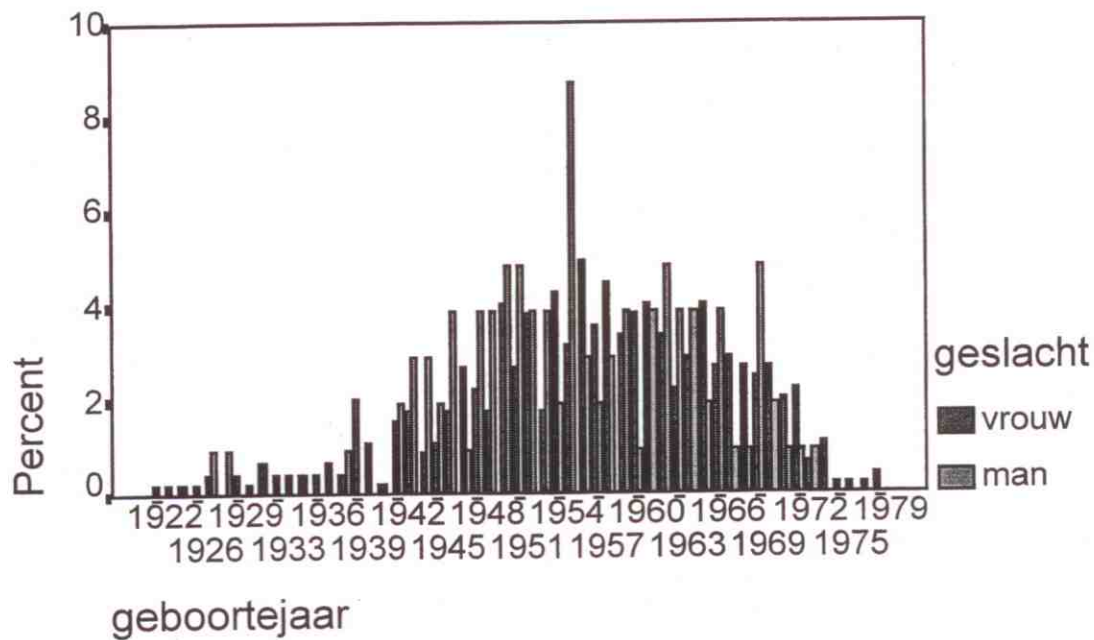
4.5.1. Welke mensen komen bij de haptotherapeut?

a. Wat zijn de demografische gegevens van de cliënten?

Onder de 549 cliënten waren 446 vrouwen en 103 mannen. Dat komt neer op respectievelijk 81.2% en 18.8%. Uit de cliëntgegevens die reeds ontvangen waren van de therapeuten kwamen ongeveer dezelfde percentages naar voren, namelijk 73.8% en 26.2%. We kunnen er derhalve vanuit gaan, dat de onderzochte groep cliënten voor wat betreft de verdeling naar geslacht representatief is voor de totale populatie haptotherapiecliënten. Wat betreft de leeftijd is er sprake van een vrij homogene groep. De leeftijd is afgemeten naar het geboortjaar. Het gemiddelde geboortjaar van mannen en vrouwen samen is 1956.2, en is normaal verdeeld met een standaardafwijking van 10.30. Omgerekend ligt de gemiddelde leeftijd van de totale populatie zodoende op ongeveer 41 jaar. De gemiddelde leeftijd van de vrouwen ligt iets onder dit gemiddelde, voor hen geldt een gemiddeld geboortjaar van 1956.35 met een standaardafwijking van 10.55. De gemiddelde leeftijd van de mannen ligt ruim een half jaar boven het totale gemiddelde, met een gemiddeld geboortjaar van 1955.52 en een standaardafwijking van 9.12 jaar. Qua leeftijd zijn de meeste haptotherapiecliënten dus tussen de dertig en de vijftig jaar. Ter illustratie vindt u op de volgende bladzijde de leeftijdsverdeling als histogram weergegeven.



Leeftijdsverdeling haptotherapiecliënten in aantallen



Leeftijdsverdeling haptotherapiecliënten in percentages

Van de respondenten is het merendeel gehuwd of samenwonend, namelijk 282 personen (51.4%). 177 personen zijn ongehuwd (32.2%), wat ook een vrij hoog percentage is. Slechts een relatief klein aantal is gescheiden/weduwe, namelijk 86 (15.7%).

Wat betreft de opleiding werd gevraagd naar de laatste opleiding die voltooid was. Voor studenten die een opleiding voltooid hadden en nu aan een hogere opleiding bezig waren werd toch de laatst voltooide opleiding gescoord. De scores op deze categorieën 'lager opgeleid' was 44.6% , en op de categorie 'hoger opgeleid' 54.1% .

De vraag naar de beroepen werd erg divers beantwoord. Hieronder staan de scores op de verscheidene beroepen ingedeeld.

Value Label	Value	Freq.	Percent
werkloos/wao/gepensi	1	33	6.0
huismens	2	68	12.4
scholier/student	3	21	3.8
industriële en ambac	4	27	9
handel en verkeer	5	15	2.7
administratie, finan	6	77	14.0
horeca, huishoudelijk	7	4	.7
arts/ fysio	8	28	5.1
ggz/mwd	9	31	5.6
verzorging/verpleging	10	72	13.1
onderwijs	11	74	13.5
agrarisch/planten	12	1	.2
bestuurlijk/gezagsha	13	10	1.8
artistiek/wetenschap	14	30	5.5
hto	15	10	1.8
apotheek/lab	16	4	.7
leidinggevend	17	42	7.7

Uit bovenstaande tabel blijkt duidelijk, dat er nogal wat verschil is in genoemde beroepen. Er zal nu alleen worden ingegaan op de beroepen, die nogal veel genoemd worden. Van deze beroepen liggen de vier hoogste percentages dicht bij elkaar.

Het grootste percentage (14.0%) is te vinden bij de categorie administratie en financiën.

Binnen deze categorie vallen al die personen die administratief werk doen, met uitzondering van hen, die een leidinggevende functie hebben, zelfstandige zijn of ambtenaar zijn. Voorbeelden zijn beroepen als secretaresse, receptioniste en administrateur. 74 mensen, dat is 13,5%, gaven aan in het onderwijs te zitten. Ook het geven van yoga en andere soorten van onderwijs vallen binnen deze categorie.

Het daarna hoogste percentage is 13.1% voor verzorging. In deze categorie vallen beroepen als verpleegkundige, doktersassistent en agogisch werker.

Een laatste hogere score boven de 10% is die van 'huismens'. 68 mensen, voornamelijk vrouwen, scoorden op deze categorie. Dit is 12.4%.

Een percentage dat het vermelden waard is, is die van de beroepsgroep 'arts/fysiotherapeut'. 5.1% van de ondervraagde personen gaf aan arts of fysiotherapeut te zijn.

Samenvattend kan gezegd worden, dat het overgrote deel van de cliënten vrouw is. De meeste cliënten zijn werkzaam in administratieve beroepen, de zorgsector, het onderwijs of werkzaam als huisman of -vrouw. De gemiddelde leeftijd ligt tussen de 41 en 42 jaar. Er zijn veel personen hoger opgeleid.

b. Met welke problemen komen de cliënten bij de haptotherapeut?

De vraag naar de klacht c.q. hulpvraag waarmee de cliënt bij de haptotherapeut kwam, was een open vraag. Hierdoor kwam er een grote verscheidenheid aan antwoorden. Mensen kunnen met meerdere klachten naar de haptotherapeut zijn gekomen, waardoor het totale percentage boven de honderd komt. Hieronder staan de verschillende categorieën, met daarbij de hoeveelheid mensen die erop scoorden, en het percentage dat dit is van de onderzoeksgroep.

klacht	Frequency	Percent
lich. probl	199	36.2
gevoelens	146	26.6
spanning	144	26.2
onzekerheid	99	18.0
depressief	69	12.6
incest/trauma	65	11.8
angst/eetprobl	65	11.8
relaties	47	8.6
lijf	43	7.8
seks. + aanprbl	36	6.6
moe/slaapprbl	35	6.4
overig	34	6.2
sociale probl	28	5.1
grenzen/agress	20	3.6
werk	18	3.3
niets ingevuld	2	4

De grootste categorie is die van de lichamelijke problemen. Hieronder vallen alle lichamelijke klachten die genoemd zijn, zoals rugklachten, hoofdpijn (met uitzondering van spanningshoofdpijn), maar ook revalidatie enz. Bijna 200 mensen gaven aan met deze klacht bij de haptotherapeut te zijn gekomen. Dit is ruim 36%.

De tweede grote categorie is die van gevoelens. Het is de categorie die hulpvragen betreft over het kwijt zijn van het gevoel en het meer aandacht willen besteden aan gevoelens. Veel mensen noemden het gevoel als onderdeel van de hulpvraag. Bijna 150 mensen (26.6%) scoorden op deze categorie. Bijna net zoveel mensen scoorden op de categorie 'spanning'. Hieronder vallen antwoorden als gespannenheid, overspannenheid, burn-out en dergelijke. 18% noemt klachten als onzekerheid, identiteitsproblemen en weinig zelfvertrouwen. Deze mensen komen om aan zichzelf te bouwen, om te leren niet over zichzelf heen te laten lopen en zichzelf te durven zijn.

Drie klachtencategorieën die qua grootte erg dicht bij elkaar liggen zijn 'depressief' (12.6%), 'incest/trauma' (11.8%) en 'angst/dwang/eetproblemen' (10.0%). Een laatste wat hoger percentage is 8.6% voor relatieproblematiek. Hieronder vallen zowel problemen met partners, ouder-kindproblemen als problemen na een echtscheiding.

Samenvattend is het volgende te zeggen. De meest genoemde klachten zijn lichamelijke klachten, vragen rond gevoelens en spanningsklachten. Het percentage van hen die seksueel misbruikt zijn komt vrijwel overeen met de landelijke cijfers (vgl. Draijer, 1988).

c. Via welke kanalen komen cliënten bij de haptotherapeut?

Bij deze deelvraag gaat het erom te kijken of mensen direct naar de haptotherapeut zijn gekomen of niet. En ook, wanneer ze eerder van andere vormen van hulpverlening gebruik hebben gemaakt, welke dat zijn en waarom er nu toch is gekozen voor haptotherapie. De eerste vraag die op deze vraagstelling is gericht is de vraag of men eerder hulp heeft gezocht voor de problemen. 415 personen (77.6%) geven aan al eerder gebruik te hebben gemaakt van andere vormen van hulpverlening. De overige 134 (22.4%) hebben direct voor haptotherapie als behandelmethodete gekozen.

De mensen die voor hun klachten of vragen niet direct naar de haptotherapeut gingen, is gevraagd aan te geven van welke vormen van hulpverlening ze eerst gebruik hebben gemaakt. Hierbij konden meerdere antwoorden worden gegeven. Hieronder volgt een opsomming van de genoemde vormen van hulpverlening. Het percentage geeft hier het percentage mensen aan dat gebruik heeft gemaakt van die bepaalde vorm van hulpverlening, ten opzichte van de groep mensen die eerder ergens hulp heeft gezocht voor de klacht (dus niet ten opzichte van de totale onderzoeksgroep).

Vorm van hv	Frequency	Percent
zelfst psych	178	43.0
RIAGG	118	28.4
Fysiother	113	27.2
medisch spec	79	19.0
PAAZ/APZ	72	17.3
anders	45	10.8
AMW	38	9.2
magnet/reiki	27	6.5
gestaltther	22	5.3
homeopaat	21	5.1
seksuoloog	5	1.2
cesar/mensend	6	1.4

Uit bovenstaande tabel blijkt duidelijk, dat er vaak hulp is gezocht in de geestelijke gezondheidszorg. Als we kijken naar het totaal aantal keren, dat de geestelijke gezondheidszorg genoemd wordt komen we op ongeveer 400. Daarbij zijn de categorieën 'zelfstandig psycholoog/psychiater' en 'RIAGG' het grootste met respectievelijk de scores 173 (40.6%) en 117 (27.5%).

Ook komt er uit de gegevens naar voren, dat veel mensen (26.3%) van fysiotherapie gebruik hebben gemaakt, alvorens naar de haptotherapeut te gaan.

De categorie 'anders' is ook erg groot, maar zo divers dat uitsplitsing tot versplintering zal leiden. In deze categorie zijn o.a. ondergebracht: huisarts, podotherapeut, logopedist en rebalancing therapeut.

Er is relatief weinig gebruik gemaakt van de alternatieve vormen van hulpverlening (totaal door 11.6% van de mensen). Dat is een opvallend gegeven, omdat haptotherapie door zorgverzekeraars veelal gezien wordt als een alternatieve geneeswijze.

Aan de totale onderzoeksgroep werd de vraag gesteld of men op eigen initiatief naar de haptotherapeut was gekomen of dat men doorverwezen was.

Een kwart (25.3%) geeft aan zelf op het idee te zijn gekomen om naar de haptotherapeut te gaan. De rest van de mensen is op aanraden van anderen ertoe gekomen om haptotherapie te volgen. De meesten van deze laatste groep geeft aan dat vrienden of kennissen het hen hebben aangeraden (25.3%). Ruim de helft van de cliënten is dus niet doorverwezen voor haptotherapie. Een aantal mensen is via de huisarts doorverwezen (21.5%). 79 personen (14.4%) zegt via de geestelijke gezondheidszorg te zijn doorverwezen. Sommigen geven hier aan dat ze kwamen voor fysiotherapie en dat toen bleek dat de fysiotherapeut een haptotherapeut was.

De cliënten werd ook gevraagd van welke vormen van hulpverlening er in de afgelopen 5 jaar gebruik was gemaakt. Dit is bedoeld om een beeld te schetsen van de populatie wat betreft het bezoek aan allerlei hulpverleningsinstellingen. Daardoor kan duidelijk worden of de cliënten van de haptotherapeut mensen zijn die veel kwakkelen met hun gezondheid en vaak 'in de lappenmand zitten'. De mensen hebben dus een beroep gedaan op deze vorm van hulpverlening met klachten, waaronder die klachten waarvoor ze bij de haptotherapeut kwamen ook kunnen vallen.

Hieronder wordt per zorginstelling het aantal mensen genoemd dat er gebruik van heeft gemaakt, met daarbij het aantal bezoeken dat daar gedaan is.

Vorm van hulpverlening	Aantal sessies/opnames	Aantal personen	Percentage
Ziekenhuis	Geen	418	76.1
	1-3 keer	113	20.6
	Meer dan 3 keer	15	2.7
	Niets ingevuld	3	.5
RIAGG	Geen	425	77.4
	1-10 keer	48	8.7
	11-20 keer	19	3.5
	Meer dan 20 keer	46	8.4
	Niets ingevuld	11	2.0
APZ/PAAZ	Geen	520	94.7
	1 keer	16	2.9
	2 of 3 keer	9	1.6
	Niets ingevuld	4	0.7
Fysiotherapeut	Geen	247	45.0
	1-10 keer	127	23.1
	11-20 keer	66	12.0
	Meer dan 20 keer	103	18.8
	Niets ingevuld	6	1.1
Zelfst. Psycholoog/AMW	Geen	266	48.5
	1-10 keer	83	15.1
	11-20 keer	60	10.9
	Meer dan 20 keer	135	24.6
	Niets ingevuld	5	0.9

Er is ook gevraagd naar de klachten waarmee men zich tot de hierboven genoemde instellingen richtte. De tabellen met de complete gegevens zijn opgenomen in de bijlage. De vermelde percentages zijn ten opzichte van de totale groep mensen die zich tot een bepaalde instelling heeft gewend. De tabellen zullen hier niet besproken worden.

Op de vraag of er misschien ook gebruik gemaakt was van nog niet genoemde vormen van hulpverlening, antwoordden 170 mensen bevestigend (31.0%). Op de vraag welke vorm van hulpverlening dat betrof, kwam een grote variatie aan antwoorden, die geclassificeerd en gecodeerd werden. In het schema hieronder zijn de resultaten weergegeven. De percentages zijn afgeleid van de hierboven genoemde groep van 170 personen.

Vorm van hulpverlening	Frequency	Percent
Magnetiseur/acpu./yoga	39	22.9
Homeopathie/biodynamisch	29	17.1
Cesar/chiropractie/podoloog	22	12.9
Ps.dagbeh., herst.oord,opvanghuis	16	9.4
Reiki/Touch for Health	10	5.8
Gestalttherapie	8	4.7
Alg. maatschappelijk werk	5	2.9
Seksuoloog	4	2.4
Overig	63	37.1

Concluderend kan hier gezegd worden, dat het grootste deel van de cliënten bij de haptotherapeut al gebruik heeft gemaakt van andere vormen van hulpverlening. Verder wordt duidelijk dat de meeste mensen geen alternatieve vorm van hulp hebben gezocht. Als laatste kan gezegd worden, dat een kwart van de mensen geheel op eigen initiatief bij de haptotherapeut is gekomen. Bijna de helft van de respondenten (45.9%) is op advies van hulpverleners in de reguliere geestelijke of lichamelijke gezondheidszorg haptotherapie gaan volgen.

Er is ook gevraagd naar het aantal keren dat de respondenten bij de haptotherapeut zijn geweest. Hieronder staat weergegeven wat mensen op deze vraag geantwoord hebben.

1 tot en met 10 keer	: 149	(27.2%)
11 tot en met 20 keer	: 147	(26.8%)
21 tot en met 30 keer	: 82	(15.0%)
Meer dan 30 keer	: 170	(31.0%)
Niets ingevuld	: 1	(00.2%)

4.5.2. Wat is voor de cliënten de meerwaarde van de haptotherapie?

a. Wat in de haptotherapie is belangrijk in vergelijking met andere vormen van hulpverlening?

De mensen die direct voor haptotherapie kozen, geven als belangrijkste redenen daarvoor aan, dat deze behandeling meer op het gevoel gericht is dan andere vormen van hulpverlening (32.5%) of dat zij in deze behandeling het meeste vertrouwen hadden (17.1%).

Andere antwoorden die relatief veel gegeven worden, zijn 'Aangeraden door vrienden of kennissen' (9,7%) en 'Vooral het directe lichaamscontact sprak mij aan' (12,2%).

Ook bij de mensen die niet direct voor de haptotherapie als behandelmethode kozen, geldt dat de gerichtheid op het gevoel de belangrijkste reden was om toch voor haptotherapie te kiezen (31,0%). Andere veel genoemde redenen voor de keuze van haptotherapie zijn: 'Het is een goede aanvulling op een andere behandeling' (18,3%) en 'Ik verwachtte dat deze behandeling meer effect zou hebben' (17,4%). Ook 'doorverwezen door (huis)arts' en 'het directe lichaamscontact sprak mij aan' worden vrij vaak als antwoord gegeven.

Antwoorden als 'Uit nieuwsgierigheid' worden weinig gegeven.

Een andere vraag is wat de verwachtingen waren toen men aan de haptotherapie begon. De respondenten mochten bij deze vraag meerdere antwoorden geven. Hieronder volgt schematisch welke verwachtingen de cliënten hadden:

Verwachting	Frequency	Percent
Inzicht in mezelf	414	75.4
Verbetering leven	246	44.8
Verminderen klacht	197	35.9
Contacten opbouwen	104	18.9
Verdwijnen klacht	94	17.1
Anders, nl	47	8.6
Niets	24	4.4

Opvallend is het enorm hoge percentage op de categorie 'Dieper inzicht in mezelf en meer contact met mezelf'. Driekwart van de mensen gaf aan, dat men dit verwachtte van de therapie. Bijna 45% van de respondenten gaf aan een verbetering van heel het leven (op het werk, thuis etc.) te verwachten. Rond de 50% gaf aan specifiek een verandering van de klacht te verwachten. Dat is vrij laag en geeft weer, dat de cliënt meer verwachtte dan alleen verandering van de klacht. In ieder geval is te zeggen dat de helft van de respondenten iets anders verwachtte dan vermindering van de klacht. Ze verwachtten een verdergaande verandering van zichzelf.

Opmerkelijk is dan ook het percentage dat positief antwoordde op de vraag of aan de verwachtingen is voldaan: Dit is 89,3%! (490 personen). Expliciet 'nee' op deze vraag antwoorden slechts 27 mensen (4,9%), en daarbij gaven de meesten dit antwoord een positieve uitleg mee: ze hadden bijvoorbeeld aanvankelijk lage verwachtingen van haptotherapie maar hun ervaringen blijken erg positief te zijn. Er is 32 keer geen antwoord gegeven (5,8%). Hierbij zitten ook de 24 personen die ingevuld hebben dat ze niets van de therapie verwachtten en zodoende geen antwoord konden geven of aan de verwachtingen is voldaan.

Op de vraag of men kon uitleggen waarom er wel of niet aan de verwachting was voldaan kwamen de volgende antwoorden.

Waarom wel/niet voldaan?	Frequency	Percent
Inzicht in mezelf, mezelf leren kennen	133	24.2
Ik kan/durf (weer) voelen	119	21.7
Eigenwaarde/zelfvertrouwen vergroot	95	17.3
Klachten verminderd/verdwenen	83	15.1
Voel me ontspannen/rustig/beter	72	13.1
Contact met anderen/omgaan met situa	69	12.6
Contact met lichaam/luisteren naar lich	55	10.0
Behandelomgeving/sfeer/therapeut goed	54	9.8
Blanco	40	7.3
Zelf, actief met problemen om leren gaan	39	7.1
Wisselwerking geest/lichaam	39	7.1
Nog te kort in behandeling	35	6.4
Diep ingaan op probl., werkt aan oorzaak	20	3.6
Lichamelijk contact	13	2.4
Overig	32	5.8

Er werd ook gevraagd een expliciete vergelijking te maken tussen haptotherapie en andere vormen van hulpverlening. Gezien de hierboven besproken resultaten zou te verwachten zijn dat een grote meerderheid haptotherapie meer waardeert. Dit blijkt ook het geval. 59.8% vindt haptotherapie (veel) beter dan andere vormen van hulpverlening, en 29.7% vindt het even goed. Voor nog geen procent van de mensen valt de vergelijking negatief uit.

Ongeveer 30% zegt dus haptotherapie even goed te vinden, en nog eens 10% wil geen antwoord geven.

Als toelichting op de hierboven beschreven vraag werden nogal wat relativerende antwoorden gegeven. Een vijfde van alle mensen maakte de opmerking dat er geen vergelijking mogelijk is, omdat het van de persoon en de klacht afhangt waar je naar toe gaat. Nog eens tien procent relativeerde het gegeven antwoord door te vermelden dat de haptotherapie een goede aanvulling is op een andere behandeling. Verder werden nogal wat andere antwoorden gegeven. Hieronder staan schematisch alle antwoorden weergegeven.

Toelichting vergelijking andere vvhv Percent	Freq.	
Combinatie van verstan en gevoel	57	10.4
Afhankelijk van persoon/klacht	119	21.7
Goede aanvulling op andere behandeling	53	9.7
Ken geen andere vormen van hulpverl.	47	8.6
Meer gericht op het gevoel	45	8.2
Therapeut goed, sfeer prettig	30	5.5
'Het lichamelijke'	29	5.3
Je kan er niet omheen	27	4.9
Werkt aan kern/oorzaak	23	4.2
Klachten zijn minder/verdwenen	23	4.2
Meer gericht op het 'nu'	20	3.6
Inzicht in en aanvaarden van mezelf	18	3.3
Zelf aan problemen werken	14	2.6
Overige antwoorden	31	5.6

b. Heeft de haptotherapie meer toegevoegd dan alleen vermindering van de klachten?

Op deze vraagstelling werd ingegaan door te vragen of de haptotherapie de mensen meer in contact had gebracht met zichzelf. Een andere vraag die ook hierop betrekking had was de vraag of de kwaliteit van leven was toegenomen. Aan deze beide vragen werd een vervolgvraag gekoppeld die ernaar vroeg wat precies de rol van de haptotherapie daarin was. Hieronder zal eerst op de eerste twee vragen worden ingegaan waarna de vervolgvragen besproken en vergeleken zullen worden.

Slechts vier personen (0.7%) gaven aan dat de haptotherapie hen in het geheel niet in contact heeft gebracht met zichzelf. 115 respondenten (20.9%) gaven aan, dat de haptotherapie hen enigszins in contact heeft gebracht met zichzelf. De overige 424 personen (totaal 77.3%) zeiden dat de therapie hen 'tamelijk veel' (40.1%) of zelfs 'heel veel' (37.2%) in contact heeft gebracht met zichzelf. Zes keer werd op deze vraag geen antwoord gegeven.

We kunnen dus zeggen, dat ruim driekwart van de cliënten aangeeft, dat de therapie hen overtuigend meer in contact heeft gebracht met zichzelf.

De tweede vraag luidde: 'Is de kwaliteit van uw leven toegenomen sinds u haptotherapie volgt?'. Zes keer werd er geen antwoord gegeven. Ook bij deze vraag kwamen veelal positieve antwoorden. 33 mensen (6.0%) omcirkelden 'geheel niet' of 'nauwelijks'. Verder gaven 182 personen (33.2%) aan, dat de kwaliteit van leven enigszins is toegenomen. De overige 328 respondenten (59.8%) zeiden dat sinds het volgen van de therapie de kwaliteit van hun leven 'tamelijk veel' (39.2%) of 'heel veel' (20.6%) is toegenomen.

Op de vragen 'Wat in de haptotherapie heeft u meer in contact gebracht met uzelf?' en 'Wat was de rol van haptotherapie in de toename van de kwaliteit van uw leven?' mocht slechts één antwoord worden gegeven. Veel mensen konden echter hun verhaal niet kwijt in één antwoord en omcirkelden er daarom twee of drie. Omdat we hier niet omheen konden hebben we bij het invoeren van de gegevens ook beschreven als er meerdere antwoorden werden weergegeven. Omdat er hier en daar ook de antwoorden 'acceptatie eigen gevoel/bewustwording eigen gevoelens' en 'de oefeningen' werden genoemd zijn daarvoor extra klassen gemaakt. De resultaten bij deze vraag staan hieronder schematisch weergegeven.

'Contact met zelf'		
Rol haptotherap	Freq.	Perc.
0. Niets ingevuld	9	1.6
1. Lich. aanraking	179	32.6
2. Gesprek met therap	70	12.8
3. Persoonlijke aandacht	38	6.9
4. Anders	19	4.5
5. Zowel 1 als 2	106	19.3
6. Zowel 1 als 3	16	2.9
7. Zowel 1, 2 als 3	89	16.2
8. Zowel 2 als 3	14	2.6
9. Bewustw. gevoel	8	1.5
10. Niet van toepassing	1	.2

'Kwaliteit van leven'		
Rol haptotherap	Freq.	Perc.
0. Niets ingevuld	0	0.0
1. Lich. aanraking	109	19.9
2. Gesprek met therap	88	16.0
3. Persoonlijke aandacht	54	9.8
4. Anders	21	3.8
5. Zowel 1 als 2	103	18.8
6. Zowel 1 als 3	17	3.1
7. Zowel 1, 2 als 3	97	17.7
8. Zowel 2 als 3	18	3.3
9. Bewustw. gevoel	21	3.8
10. Niet van toepassing	2	.4

Tussen de antwoorden op de vervolgvragen is veel overeenkomst. De respondenten geven aan, dat de lichamelijke aanraking een erg belangrijk aspect voor hen is binnen de haptotherapie. Als alle antwoorden waarin het lichamelijk contact wordt genoemd, bij elkaar worden opgeteld, dan komt dat op een percentage van ruim 50%. Verder scoort ook het gesprek met de therapeut hoog. De mensen zeggen hun verhaal kwijt te kunnen. Bij de mensen die meerdere antwoorden hebben ingevuld scoren deze twee aspecten ook het hoogst.

De depressievragenlijst is bedoeld om na te gaan in hoeverre mensen depressieve klachten hebben. De scores die op deze vragenlijst behaald kunnen worden, kunnen onderverdeeld worden in vier categorieën. Deze categorieën lopen van 'niet depressief' tot 'ernstig depressief'.

Deze scores zijn in de onderstaande tabel vermeld, maar worden in dit verslag niet verder beschreven.

Categorie:	Percentage:
Niet depressief:	47.9
Enige depressieve verschijnselen:	24.0
Middelmatig depressieve versch.:	14.9
Ernstig depressief:	3.1

5. Samenvatting en conclusies

5.1 Inleiding

Het onderzoek heeft allerlei interessante gegevens opgeleverd, waarvan we in dit hoofdstuk de belangrijkste op een rij zetten. Sommige resultaten zijn zo opvallend dat ze er als het ware om vragen nog wat verder uitgediept te worden. In dit hoofdstuk zullen we dan ook dieper op verschillende dingen ingaan, waarbij ook enkele conclusies getrokken worden.

5.2 Onderzoeksvraag 1: Welke mensen komen bij een haptotherapeut?

Sommige mensen gaan op eigen initiatief naar een haptotherapeut. In ons onderzoek blijkt dit voor ongeveer de helft van de mensen het geval te zijn. De andere helft is doorverwezen door een huisarts of door iemand uit de (geestelijke) gezondheidszorg. Als we deze verdeling nader bekijken, komt naar voren dat mensen die een hogere opleiding hebben meestal op eigen initiatief naar de haptotherapeut gaan, terwijl de mensen met een lagere of middelbare opleiding meestal worden doorverwezen.

Uit het feit dat de helft van de mensen door de reguliere gezondheidszorg is doorverwezen blijkt dat de haptotherapie een eigen plaats heeft gekregen binnen de gezondheidszorg.

Als er gekeken wordt of haptotherapiecliënten voor hun klacht eerder gebruik hebben gemaakt van een andere vorm van hulpverlening, blijkt dat voor de meerderheid van hen het geval te zijn. Deze groep heeft vooral gebruik gemaakt van de geestelijke gezondheidszorg, zoals de RIAGG, het algemeen maatschappelijk werk en de vrijgevestigde psycholoog/psychiater. De laatste werd het meest genoemd, wat erop wijst dat veel mensen eerder zelf hulp gezocht hebben, omdat mensen niet doorverwezen worden voor deze vorm van hulpverlening, terwijl cliënten van het maatschappelijk werk of de RIAGG doorgaans wel doorverwezen zijn.

Heel veel haptotherapiecliënten zijn ook bij de fysiotherapeut geweest. Een mogelijke verklaring is dat door middel van lichamelijke aanraking tijdens de fysiotherapie bepaalde gevoelens zijn losgemaakt, zodat naar de haptotherapeut gaan een logisch gevolg is. Hier kunnen deze gevoelens worden verwerkt en geïntegreerd door middel van aanraking. De haptotherapie is tenslotte ook op vergelijkbare wijze uit de fysiotherapie ontstaan.

Veel mensen stappen van een medische behandeling over naar haptotherapie. Dit is opvallend, omdat de eerste vooral curatief en klachtgericht is, terwijl de tweede meer het gevoel en het hele leven als focus heeft.

Om te onderzoeken welke mensen bij de haptotherapeut komen, zijn vragen gesteld over de leeftijd, burgerlijke staat en dergelijke. Uit de antwoorden op deze vragen blijkt dat ruim driekwart van de cliënten van het vrouwelijk geslacht is. (Ter vergelijking: in 1994 was het percentage vrouwelijke cliënten bij de RIAGG 56% en bij vrijgevestigde psychologen 61%.)

Het percentage vrouwen bij de haptotherapeut is dus erg groot, ook in vergelijking met andere vormen van hulpverlening. Het is mogelijk dat de gevoelsmatige aanpak vrouwen meer aanspreekt dan mannen, of dat in onze cultuur aanraking bij vrouwen minder taboe is dan aanraking bij mannen.

De leeftijden lopen uiteen van 17 tot 75 jaar, maar de meeste cliënten zijn tussen de 30 en de 50 jaar. Uit gegevens van de therapeutenvragenlijsten blijkt dat er ook kinderen zijn die gebruik maken van de therapie. De therapie is dus toegankelijk voor mensen van alle leeftijden.

De beroepen die de cliënten uitoefenen zijn erg divers. Beroepsgroepen die erg veel genoemd worden, zijn: 'administratie en financiën', 'onderwijs', 'verzorging' en 'huisvrouw/huisman'. Gezien het grote percentage vrouwelijke cliënten en de gemiddelde leeftijd van ongeveer 40 jaar, is het niet verwonderlijk dat deze beroepen veel genoemd worden, omdat dit van oudsher vrouwenberoepen zijn. We hebben daarom gekeken of er binnen de beroepsgroepen sekseverschillen zijn. Dit blijkt inderdaad het geval: in de 'vrouwenberoepen' werken inderdaad procentueel veel meer vrouwen dan mannen. Als alle beroepen die tot de zorgsector behoren (zoals 'arts', 'verpleegkundige', 'maatschappelijk werker' en dergelijke) bij elkaar worden genomen, dan blijkt dat 25% van de cliënten in deze sector werkt. Dit is een vrij hoog percentage, vooral als in ogenschouw wordt genomen dat deze mensen zelf andere uitgangspunten hanteren in hun wijze van behandelen. Voor hen heeft haptotherapie kennelijk een geheel nieuwe inbreng, vooral voor hun eigen problemen of vragen.

De cliënten werd gevraagd naar de klacht waarmee ze zich bij de haptotherapeut aanmeldden.

Deze vraag werd erg divers beantwoord. Enkele antwoorden die gegeven werden zijn: 'ik wil weer bij mijn gevoel komen', 'revalidatie van botbreuken', 'chtscheiding', 'depressief'.

Drie hulpvragen die erg veel genoemd werden, kunnen ingedeeld worden in de categorieën 'lichamelijke problemen', 'gevoelens' en 'spanning'. Op deze drie vragen of klachten zal nu verder worden ingegaan.

Ongeveer een kwart van de mensen kwam met vragen of klachten over hun gevoel bij de haptotherapeut. De haptotherapie richt zich speciaal op het gevoelsleven. We kunnen dan ook zeggen, dat er veel mensen zijn die weten dat ze met deze gevoelsvragen bij een haptotherapeut terecht kunnen.

Ook een groot percentage mensen komt met lichamelijke klachten bij de haptotherapeut. De genoemde klachten zijn ook erg divers. Veel mensen komen bij de haptotherapeut in het kader van revalidatie of het omgaan met chronische c.q. maligne aandoeningen. Door haptotherapie worden mensen uiteraard niet van deze aandoeningen genezen, maar ze kunnen er wel door leren beter met hun lichaam om te gaan en de ziekte een plaats te geven in het leven. Ook rug- en neklachten werden erg veel genoemd. De haptotherapie beoogt eenheid van lichaam en gevoel te bevorderen. Er wordt een duidelijk verband gelegd tussen lichaam en gevoel door te zeggen dat de gevoelens, en vooral die uit de kindertijd, opgeslagen zijn in het lichaam. Het zou kunnen dat veel mensen daarom intuïtief beseffen dat lichamelijke klachten een meer gevoelsmatige oorzaak kunnen hebben (zoals bijvoorbeeld rug- en neklachten).

Veel mensen komen met spanningsklachten bij de haptotherapeut. Dit kunnen klachten zijn in de vorm van lichamelijke (spier)spanning, spanningshoofdpijn, hyperventilatie, burnout, stress, overspannenheid en dergelijke. Spanningsklachten worden in de haptotherapie gezien als teken van een verstoord evenwicht tussen bijvoorbeeld gevoel en verstand, of tussen wat men wil en (denkt te) moet(en). Door haptotherapie kan men zich weer bewust

worden van dit verstoorde evenwicht, en leren er keuzen in te maken. Het evenwicht kan dan weer hersteld worden en hierdoor kan men ook als persoon groeien.

5.3 Onderzoeksvraag 2: Wat is de meerwaarde van haptotherapie?

De VVH wilde graag weten wie er gebruik maken van haptotherapie, en was daarnaast benieuwd naar wat deze mensen ervan vinden. Waar het daarbij om draaide, was of de cliënten bij haptotherapie een 'meerwaarde' ervaren. Als de haptotherapie vergeleken wordt met andere vormen van hulpverlening, biedt zijn dan iets extra's? Met een bepaalde klacht kan men immers naar verschillende hulpverleners gaan, en veel cliënten hebben dit ook al gedaan. In de vragenlijst werd daarom gevraagd een expliciete vergelijking te maken tussen haptotherapie en andere vormen van hulpverlening. Deze vergelijking pakte bijzonder positief uit voor de haptotherapie. Terwijl vrijwel niemand andere vormen van hulp beter vindt, zegt ruim de helft haptotherapie (veel) beter te vinden. Daarnaast vindt 30% haptotherapie even goed als andere soorten hulpverlening. Dit zijn mooie getallen, die aangeven dat de nieuwe aanpak (dus die van de haptotherapie) erg positief gewaardeerd wordt door de mensen die er gebruik van maken. Haptotherapie lijkt de cliënten dus veel te bieden te hebben.

In een vraag om toelichting werd een aantal antwoorden wat gerelativeerd. Sommige mensen zeggen geen vergelijking te kunnen maken, omdat ze nog nooit van andere vormen van hulpverlening gebruik hebben gemaakt. Ongeveer een vijfde van alle mensen denkt dat een vergelijking maken niet zinvol is, omdat het van de persoon en de klacht afhangt welke vorm van hulpverlening het beste is. Voor bepaalde klachten kan men dus beter naar een andere hulpverlener dan naar een haptotherapeut. Dit is opvallend, want haptotherapie geeft zelf aan voor alle mensen en alle soorten klachten geschikt te zijn. Bovendien blijkt dat de hulpvragen waar mensen mee komen inderdaad erg divers zijn. Waarom mensen dan ook zo relativiseren blijft een vraag, het zou misschien een gewone Nederlandse eigenaardigheid kunnen zijn. Een meer voor de hand liggende verklaring is echter dat de haptotherapie het unieke van ieder mens benadrukt. Wanneer de cliënten dit overnemen, is het logisch dat ze vaak zeggen dat haptotherapie voor hen wel de beste vorm van hulpverlening is, maar dat dit niet voor andere mensen hoeft te gelden.

Ongeveer 10 procent van de mensen zegt dat haptotherapie een goede aanvulling is op andere vormen van hulpverlening. Hierbij worden als voorbeeld medisch-specialistische of psychiatrische hulpverlening genoemd.

Concluderend kan gezegd worden dat haptotherapie voor veel mensen een goed werkende vorm van hulpverlening is, in sommige gevallen naast andere hulpverleningsvormen.

Als gekeken wordt naar wat de eigen mening van de cliënten over haptotherapie is, is het belangrijk te weten waarom er überhaupt voor haptotherapie is gekozen. Hoe bewuster er wordt gekozen, hoe beter er kan worden aangegeven wat men van de therapie vindt, en in hoeverre de therapie aan de verwachtingen voldoet.

Uit de gegevens komt naar voren dat ongeveer 30% van de cliënten voor haptotherapie kiest omdat er veel aandacht is voor het gevoel. Ruim 10% voelt zich aangesproken door de lichamelijke aanraking. De overigen zijn doorverwezen, vinden de therapie een goede aanvulling op een andere behandeling, of verwachten van de haptotherapie gewoon meer resultaat dan van een andere behandeling. Van weloverwogen kiezen lijkt dus niet altijd sprake: wat haptotherapie inhoudt is kennelijk van tevoren niet bij iedereen bekend, en

waarschijnlijk gaan veel mensen het gewoon eens 'proberen'. Dit wil niet zeggen dat de verwachtingen laag gespannen zijn. Integendeel, de mensen geven duidelijk aan wat ze door middel van haptotherapie willen bereiken. Ongeveer driekwart zegt te komen om meer inzicht in zichzelf te krijgen. Dit kan betekenen dat deze mensen de oorzaak van de klacht zoeken in het onvoldoende in contact staan met zichzelf: een visie op klachten die afkomstig is uit de haptonomie. In de haptotherapie wordt er namelijk vanuit gegaan dat klachten ontstaan als iemand zichzelf niet is, niet voelt wat hem bezighoudt of daar te weinig vertrouwen in heeft om ernaar te durven leven. Het gaat erom te ontdekken wie je ten diepste bent en wat er in je leeft, om vervolgens te leren daar vertrouwen in te krijgen en ernaar te gaan leven.

Uit de manier waarop de mensen hun verwachtingen over haptotherapie beschrijven, blijkt dat ze zeer bekend zijn met de begrippen uit de haptonomie. Dit komt waarschijnlijk omdat ze al met haptotherapie bezig zijn, ze hebben zich deze termen eigen gemaakt. Soms worden de termen niet alleen gebruikt, maar wordt er zelfs in die termen gedacht. Dit blijkt uit het feit dat slechts de helft van de mensen verwacht dat hun klachten zullen verminderen of verdwijnen. In de gezondheidszorg is dat meestal de enige reden om hulp te zoeken. Wat verwachtingen betreft is de haptotherapie dus een aparte vorm van hulpverlening. Het is evenwel mogelijk dat een deel van de cliënten, vooral de cliënten die doorverwezen zijn naar een haptotherapeut, deze verwachtingen geleidelijk in de loop van de therapie zijn gaan ontwikkelen. Misschien gingen ze erheen met het idee van hun klachten af te komen, en ontdekten ze in de therapie dat ze eigenlijk last hadden van gevoelsblokkades. Hun doel wordt dan verschoven in de richting van de oorzaak van hun klachten, en de klachten die ze hebben blijken daar symptomen van te zijn. Veel mensen geven ook aan dat haptotherapie de kern van hun klachten aanpakt, en dat ze niet kunnen 'faken' of zich verstoppen, waarvan ze regelmatig aangeven dit in gesprekscontacten met bijvoorbeeld een psycholoog of psychiater wel te kunnen. Dit wordt door hen vaak ook als reden genoemd waarom haptotherapie voor hen beter is dan andere vormen van hulpverlening.

Bij onderzoek naar tevredenheid geeft doorgaans driekwart van de mensen aan tevreden te zijn. Een dergelijk percentage was dus ook voor de haptotherapiecliënten te verwachten. Deze cliënten geven echter bijna allemaal aan tevreden te zijn over de therapie, wat buitengewoon veel is.

Tevredenheid ontstaat over het algemeen als er aan de verwachtingen voldaan wordt. Een overweldigende meerderheid van de haptotherapiecliënten, namelijk 90%, zegt dat aan hun verwachtingen is voldaan. Dit betekent dat veel mensen aangeven dat ze inzicht in zichzelf hebben gekregen of dat hun klachten zijn verminderd. Op de vraag naar waarom aan de verwachtingen is voldaan, worden veel antwoorden gegeven die aansluiten bij de haptonomische kernbegrippen, zoals 'contact gekregen met het zelf', 'contact met het lichaam' en '(weer) kunnen voelen'. Hieruit blijkt dat de theorie waar de haptotherapie op gebaseerd is, goed aansluit bij de ervaringen van de cliënten. In deze theorie is het belangrijk dat mensen niet alleen een lichaam hebben, maar ook een lichaam *zijn*. Er bestaat dus een nauwe relatie tussen lichaam en geest. Weinig mensen noemen dit met zoveel woorden, maar het komt impliciet vaak terug als in de antwoorden het contact met en het luisteren naar het lichaam wordt genoemd. Haptotherapie voldoet voor veel mensen dus aan de verwachting, doordat ze hen in contact brengt met zichzelf. Daarnaast geeft de haptotherapie voor veel mensen ook vermindering of verdwijning van de klachten. Toen

hier expliciet naar gevraagd werd, bleek dat bij 83% van de mensen de klachten (veel) minder waren geworden. Dit is een buitengewoon hoog percentage, wat vooral opvallend hoog is omdat het betrekking heeft op een breed scala aan klachten. Haptotherapie blijkt dus inderdaad mensen met allerlei verschillende problemen te helpen, en zelfs van de meeste van hun klachten af te helpen. Wellicht kan er een verband gelegd worden tussen het verdwijnen van de klachten en het verbeterde contact met zichzelf, wat een ondersteuning is voor de theorie van de haptotherapeuten.

Het doel van een therapie verschilt per therapiesoort. Voor de haptotherapie is het doel de cliënten in contact te brengen met zichzelf. Volgens de theorie zullen de klachten zich hierdoor oplossen. Dit laatste is echter niet het uiteindelijke doel van de haptotherapie, maar een mogelijke 'bijwerking'. Het kan ook zijn dat klachten niet verdwijnen, maar dat ze een plaats krijgen in het leven en daardoor beter gehanteerd kunnen worden. Op deze manier zal de kwaliteit van het hele leven toch verbeteren, en dat is wat haptotherapie uiteindelijk beoogt.

Aan de cliënten werd gevraagd of deze doelen van de haptotherapie voor hen ook werden gerealiseerd. Het eerst doel, het in contact brengen met zichzelf, wordt voor driekwart van de mensen vervuld. Wat dat betreft kunnen dus niet alleen de cliënten tevreden zijn, maar ook de haptotherapeuten. Als iemand meer in contact staat met zichzelf, hierdoor zijn klachten beter kan hanteren of zelfs van zijn klachten af raakt, is de kwaliteit van zijn hele leven verbeterd.

30% van de mensen geeft aan dat de kwaliteit van het hele leven voor hen enigszins is toegenomen, terwijl 60% aangeeft dat dit voor hen helemaal het geval is. Deze 60% is een lager percentage dan het percentage mensen dat aangeeft (veel) meer contact te hebben gekregen met zichzelf, terwijl deze percentages eigenlijk min of meer gelijk zouden moeten zijn omdat, zoals hierboven is uitgelegd, de kwaliteit van het hele leven toeneemt wanneer men meer in contact staat met zichzelf. Misschien zijn de antwoorden bij de verbeterde kwaliteit van het hele leven wat gematigder, omdat deze vraag verstrekkender lijkt te zijn.

Bij de vraag of aan de verwachtingen wordt voldaan, blijkt 90% van de cliënten hierover tevreden te zijn. Eigenlijk zijn de vragen naar het verbeterde contact met zichzelf en naar verbeterde kwaliteit van leven een uitsplitsing en concretisering van de mate van tevredenheid over de therapie. Deze vragen hebben namelijk betrekking op deelaspecten van tevredenheid. Wanneer er aan mensen naar tevredenheid gevraagd wordt, is de eerste reactie vaak positief. Wanneer men ernaar vraagt wat deze tevredenheid bepaalt, wordt er sneller gerelativeerd. In ons onderzoek blijkt echter dat een groot deel van de cliënten ook daadwerkelijk tevreden is over een aantal concrete aspecten van de haptotherapie. De tevredenheid komt dus niet zomaar uit de lucht vallen, is niet een wat vaag gevoel, maar is gebaseerd op een positieve veranderingen die cliënten aangeven te ervaren na te zijn begonnen met haptotherapie.

In de haptotherapie is aanraking een belangrijk therapeutisch middel. Daarnaast zijn de gesprekken met de therapeut heel belangrijk. Aan de cliënten is gevraagd of er een bepaald onderdeel van de therapie is dat hen vooral heeft geholpen. Voor de meeste mensen blijkt de lichamelijke aanraking het belangrijkste aspect van de therapie te zijn, vooral als het er om gaat in contact te komen met zichzelf. Bij de vraag naar de kwaliteit van leven kwam de lichamelijke aanraking ook op een eerste plaats, maar met een veel lager percentage. De lichamelijke aanraking geeft volgens de respondenten dus wel persoonlijke groei, maar

aanraking alleen is niet genoeg om de kwaliteit van het hele leven te doen toenemen; hierbij speelde gesprekken ook een belangrijke rol. Wat opviel was dat veel mensen een combinatie van de verschillende onderdelen in de therapie belangrijk vonden, waarbij dan wel vrijwel altijd de lichamelijke aanraking werd genoemd. Blijkbaar zijn verschillende onderdelen van de therapie voor de cliënten niet te scheiden, maar hangen ze nauw samen.

5.4 Samenvatting

Mensen komen met allerlei verschillende problemen naar een haptotherapeut. Vooral lichamelijke klachten, vragen of problemen rond gevoelens en spanningsklachten zijn vaak een reden om met haptotherapie te beginnen. De meeste mensen hebben al eerder elders hulp gezocht voor dezelfde of voor andere problemen.

Haptotherapiecliënten zijn werkzaam in allerlei beroepsgroepen. De meesten zijn tussen de 30 en 50 jaar, hoewel mensen van allerlei leeftijden gebruik blijken te maken van haptotherapie. Qua opleiding is de ene helft van de cliënten lager en de andere helft hoger opgeleid. De lager opgeleiden komen meestal middels doorverwijzing door de (geestelijke) gezondheidszorg naar haptotherapie, terwijl de hoger opgeleiden er meestal op eigen initiatief heen gaan. Vooral vrouwen maken gebruik van haptotherapie.

Uit het onderzoek blijkt verder dat de lichamelijke aanraking het belangrijkste onderdeel is binnen de haptotherapie. De aanraking draagt er het meeste aan bij dat de mensen in contact komen met zichzelf, maar gesprekken met de therapeut zijn ook belangrijk. Hiermee geven de cliënten zelf aan dat er een nauwe relatie is tussen lichaam en geest, tussen denken en voelen.

Door het meer in balans komen van deze relatie en door meer contact met het eigen gevoel verminderen veel klachten en neemt de kwaliteit van het hele leven toe. De therapie beantwoordt voor het overgrote deel van de cliënten dan ook aan hun verwachtingen. De meeste cliënten zijn erg positief over de therapie; hun tevredenheid stoelt mede op positieve veranderingen die ze in hun leven ervaren.

6. Evaluatie en aanbevelingen

6.1. Evaluatie

Het onderzoek is zonder veel problemen verlopen. Het was vooral erg prettig dat er een groot aantal cliënten reageerde, omdat daardoor verdergaande conclusies uit het onderzoek getrokken konden worden. Dit onderzoek kan dan ook representatief genoemd worden voor de gehele populatie cliënten van bij de VVH aangesloten haptotherapeuten.

Het was in de eerste plaats de bedoeling een beschrijvend onderzoek uit te voeren, omdat er nog nooit eerder onderzoek naar haptotherapie was gedaan. Er was dus nog niets bekend over de cliëntenpopulatie.

Er was helaas te weinig tijd over om hierna nog eventuele verbanden tussen verschillende gegevens te ontdekken; daarvoor nam de verwerking en beschrijving van de gegevens te veel tijd in beslag. We hebben daarom vooral nadruk gelegd op de beschrijving van de resultaten die de vragenlijsten hebben opgeleverd. Hierdoor kon een goed beeld worden gegeven van hoe het cliëntenbestand van de VVH eruit ziet en hoe deze cliënten de haptotherapie beschouwen. Daardoor is dit onderzoek een goede basis voor vervolgonderzoek.

De samenwerking tussen ons als onderzoekers verliep goed. De verdeling van de verschillende taken maakte een efficiënte besteding van de tijd mogelijk. Doordat ieder een eigen bijdrage had, hielden we elkaar scherp en kon er ontspannen aan het onderzoek worden gewerkt.

Vanuit de therapeuten is er veel werk verricht. Ze hebben veel tijd moeten steken in de beschrijving van het cliëntenbestand. Op basis van de door hen verstrekte gegevens konden uitspraken worden gedaan over de gehele populatie. Het was alleen erg jammer, dat we op een aantal lijsten erg lang of zelfs tevergeefs moesten wachten.

Ook was het regelmatig contact met de opdrachtgever, de VVH, erg zinvol om op een juiste manier de vragen te stellen.

6.2. Aanbevelingen

Aan het eind van het onderzoek willen we graag enkele aanbevelingen doen voor eventueel vervolgonderzoek.

Allereerst lijkt het ons goed, dat er bij een vervolgonderzoek interviews worden gehouden met de cliënten. Dit kan een nog beter beeld geven van de persoonlijke visie van de cliënten op de haptotherapie. Eén en ander kan dan verder uitgewerkt worden. In verband met de beperkte tijd die wij zelf hadden was dat voor ons niet mogelijk.

Verder lijkt het ons zinvol om eens een onderzoek te doen naar het effect van haptotherapie op de mensen, en dat vooral op de langere termijn. Daartoe is een longitudinaal onderzoek nodig met meerdere meetmomenten. Aan de cliënten zou dan een aantal keer dezelfde vragen kunnen worden gesteld: vragen die betrekking hebben op de kwaliteit van hun leven, het vermogen te voelen, het last hebben van bepaalde klachten en dergelijke. Deze vragen kunnen dan voor, tijdens en na de haptotherapeutische behandeling gesteld worden, zodat de invloed van haptotherapie daarop bekeken kan worden. Het zou een goed vervolg wezen op ons onderzoek.

Een aanbeveling naar de therapeuten toe is een goede administratie op te zetten voor het cliëntenbestand. Dit scheelt veel tijd bij eventueel vervolgonderzoek.

Voor de respondenten was het handiger geweest als we een duidelijker uitleg van de zin van de vragenlijst van Beck hadden gegeven. Nu had men het idee zijn verhaal niet kwijt te

kunnen en dat was jammer. Het is dan ook aan te bevelen heel duidelijk weer te geven wat men met bepaalde vragen wil. Zodoende kan er op de juiste manier geantwoord worden. Enkele laatste aanbevelingen komt uit een positieve ervaring onzerzijds. Het versturen van brieven op universiteitspapier geeft aan het onderzoek extra allure en doet de mensen wellicht eerder reageren. Verder werkt een belronde goed om mensen te motiveren tot reageren.

We kunnen, tenslotte, terugzien op een goede en bijzonder leerzame periode van onderzoek. Nogmaals bedanken we hier allen die daartoe hebben meegewerkt.

Gebruikte literatuur

- Baarda, D.B., Goede, M.P.M. de (1990). *Basisboek methoden en technieken: praktische handleiding voor het opzetten en uitvoeren van onderzoek*. Leiden/Antwerpen: Stenfert Kroese.
- Bastiaans, J. (1987). Over zijswijzen. In: Vekeman, H. (red.) *Bevestigend samenleven: een boek voor Dr. A.A.A. Terruwe bij haar 75ste verjaardag*. (pp 37-49) Köhln: Frank Runge.
- Beek, F. van der (1995). *Haptonomie: de kunst van het aanraken*. 's-Gravenhage: Uitgeverij BZZTôH.
- Draijer, N. (1988). *Sexueel misbruik van meisjes door verwanten*. Den Haag: Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid.
- Gerritse, D. (1996). *De termen haptonomie en haptotherapie*. Eigen uitgave.
- Gerritse, D. (1987). Lichamelijkheid en bevestiging. In: Vekeman, H. (red.) *Bevestigend samenleven: een boek voor Dr. A.A.A. Terruwe bij haar 75ste verjaardag*. (pp 245-256) Köhln: Frank Runge.
- Mante, A.W. (1987) Werk en leer van mevr. dr. A.A.A. Terruwe. In: Vekeman, H. (red.) *Bevestigend samenleven: een boek voor Dr. A.A.A. Terruwe bij haar 75ste verjaardag*. (pp 21-36) Köhln: Frank Runge.
- Pollmann-Wardenier, W. (red.) (1986). *Verkenningen in de Haptonomie*. Utrecht: Bruna.
- Swanborn, P.G. (1993). *Methoden van sociaal-wetenschappelijk onderzoek*. Meppel: Boom.
- Terruwe, A.A.A. (1988). *De frustratieneurose*. Lochem: De Tijdstroom.
- Troost, T, F. van der Beek (red) (1988). *Het lichaam liegt nooit*. Weesp: Centerboek.
- Veldman, F. (1977). *Tasten naar zinvol contact. Beknopt informatorium over de haptonomische grondbeginselen en fenomenologie*. Leiden: Spruyt, Van Mantgem en De Does B.V.
- Veldman Sr, F. (1987). Bevestigend levensbegin: het belang van affectieve bevestiging vanaf de conceptie en in de eerste levensfase. In: Vekeman, H. (red.) *Bevestigend samenleven: een boek voor Dr. A.A.A. Terruwe bij haar 75ste verjaardag*. (pp 231-243) Köhln: Frank Runge.
- Veldman, F. (1988). *Haptonomie. Wetenschap van de affectiviteit*. Utrecht: Bijleveld.
- Verhack, I. (1987). Een filosofische kijk op bevestiging. In: Vekeman, H. (red.) *Bevestigend samenleven: een boek voor Dr. A.A.A. Terruwe bij haar 75ste verjaardag*. (pp 38-62) Köhln: Frank Runge.
- Vermeulen, E. (1989). Wat is Haptonomie. *Bres*, 136, 60-71.
- Woertman, L. (1994). *Beelden van een lichaam: de mentale representatie van lichaamsbeelden*. Lisse: Swets en Zeitlinger.

Bijlage I: Brief aan therapeuten

12 november 1996

betreft: onderzoek haptotherapie

Geachte heer, mevrouw,

Haptotherapie heeft de afgelopen jaren steeds meer een eigen plaats ingenomen binnen de gezondheidszorg. Er is echter nog maar weinig wetenschappelijk onderzoek naar gedaan. Wij zijn nieuwsgierig naar de cliëntenpopulatie en de invloed van haptotherapie op de cliënt. Kennis daarover kan ook gebruikt worden om de haptotherapie verder te ontwikkelen en om zicht te krijgen op de mogelijkheden en beperkingen daarvan.

Wij zijn vierdejaars studenten klinische psychologie aan de Universiteit Utrecht. De Vereniging Van Haptotherapeuten heeft de Universiteit gevraagd onderzoek te doen naar wie er gebruik maken van haptotherapie en of zij daar baat bij ondervinden. Waarschijnlijk heeft u dit al vernomen via de VVH. Wij vinden het heel boeiend om dit onderzoek voor u uit te voeren. Bij dit onderzoek worden we begeleid door mevr. dr. L. Woertman.

We willen het onderzoek als volgt gaan uitvoeren: in eerste instantie onderzoeken we de cliëntenpopulatie van bij de VVH aangesloten haptotherapeuten op een aantal algemene kenmerken. Dit doen we door middel van de bijgevoegde vragenlijst. Wij vragen u deze in te vullen en zo snel mogelijk terug te zenden.

Vervolgens willen we kijken wat de cliënten als meerwaarde ervaren van haptotherapie ten opzichte van andere vormen van hulpverlening. Hiervoor hebben wij een vragenlijst ontwikkeld voor de cliënten. Deze zal eind november verstuurd worden. Dit zal steekproefsgewijs gebeuren, op basis van de door u verstrekte gegevens.

In verband met de voortgang van ons onderzoek is het heel belangrijk dat u de bijgevoegde vragenlijst invult en vóór 23 november a.s. aan ons retourneert. U kunt daarbij gebruik maken van de antwoordenvelop, die wij al voor u hebben geadresseerd en gefrankeerd.

Mocht u vragen hebben, dan kunt u ons daarover opbellen.

Wij willen u bij voorbaat hartelijk danken voor uw medewerking.

Met vriendelijke groet,

Mevr. N. van Diepen,
namens het bestuur van de VVH

Mevr. dr. L. Woertman,
namens de Universiteit Utrecht

André van 't Hof
Peter van Voorst
Marjolein van Zoelen-Nederlof
studenten psychologie Universiteit Utrecht

Bijlagen: vragenlijst
antwoordenvelop

Geachte heer, mevrouw,

Hierbij een korte aanvulling op de vragenlijst.

Op het allerlaatste moment bleek ons dat er enig misverstand kan ontstaan rond de vragen over begin- en einddatum. Voor alle duidelijkheid willen wij een korte toelichting geven op deze categorieën.

De bedoeling van de vraag is een overzicht te krijgen van de gemiddelde periode die mensen onder behandeling zijn bij een haptotherapeut. Hiervoor willen wij van alle cliënten die u gezien heeft in de periode van 1 september 1995 tot en met 31 augustus 1996 de begindatum van de behandeling weten. Dit kan dus een datum zijn die nog vóór 1 september 1995 ligt. Voor wat betreft de einddatum: deze hoeft u alleen in te vullen wanneer behandeling vóór 1 september 1996 beëindigd is. Anders hoeft u hier niets in te vullen.

Met betrekking tot het aantal sessies gaat het om het totale aantal sessies dat iemand heeft gehad tot en met 31 augustus 1996. Het is de bedoeling dat u dus ook die sessies meetelt die in de periode vóór 1 september 1995 plaatsvonden.

Een voorbeeld ter illustratie: mevr. X. is begonnen op 5 juli 1995 (begindatum). Ze heeft de therapie op 15 maart 1996 beëindigd (einddatum). Ze is dus behandeld geweest in de periode van 1 september 1995 tot en met 31 augustus 1996, en moet daarom worden opgenomen in de lijst. U telt het totaal aantal sessies vanaf 5 juli 1995 tot het eind.

Een laatste punt van aandacht: de vragen hebben betrekking op cliënten die voor haptotherapie komen. Volgens de definitie van de Vereniging Van Haptotherapeuten valt zwangerschapsbegeleiding hier niet onder. Van de cliënten die u hiervoor gezien heeft hoeft u dus niets te vermelden in de lijst.

We begrijpen dat het invullen van de lijst u enige tijd zal kosten. Toch willen wij u nogmaals vriendelijk verzoeken om deze moeite te nemen.

Bij voorbaat dank!

André van 't Hof
Peter van Voorst
Marjolein van Zoelen-Nederlof

Bijlage II: Therapeutenvragenlijst

Vragenlijst

Wilt u in verband met een ordelijke verwerking van de gegevens hieronder eerst uw eigen gegevens invullen?

Naam :

Adres :

Woonplaats:

Wat is het totale aantal cliënten, dat u heeft gehad in de periode van 1 september 1995 tot en met 31 augustus 1996?

.....

Achter dit blad treft u de **Lijst cliëntgegevens** aan. Het is de bedoeling, dat in deze lijst anonieme informatie komt over uw cliëntenbestand. Het gaat ook hier weer om informatie uit de periode 1 september 1995 tot en met 31 augustus 1996.

Hieronder treft u eerst een beschrijving aan van wat bedoeld wordt met de categorieën, die in de **Lijst cliëntgegevens** zijn opgenomen en hoe deze het beste kunnen worden ingevuld.

- | | | |
|----------------------|---|--|
| Nr. | : | Per cliënt kunnen de gegevens ingevuld worden. Elke cliënt krijgt een nummer zodat de gegevens gemakkelijker kunnen worden verwerkt. |
| Geslacht | : | Hier kunt u volstaan met M (man) of V (vrouw). |
| Geb.jaar | : | Hier dient het geboortjaar van de cliënt te worden ingevuld. |
| Burgerlijke staat | : | Hier hebt u vier antwoordmogelijkheden: <ul style="list-style-type: none"> - Ongehuwd - Gehuwd/samenwonend - Gescheiden - Weduwe/weduwnaar |
| Wijze van aanmelding | : | Het gaat er hier om hoe de cliënt zich bij u heeft aangemeld. U kunt bijvoorbeeld antwoorden: zelf aangemeld, via de huisarts e.d.. |
| Hulpvraag | : | Dit betreft de klacht waarmee de cliënt bij u is gekomen. Bijvoorbeeld: Rugklachten, hoofdpijn, e.d.. |
| Begindatum | : | Datum van de eerste sessie met de desbetreffende cliënt. |
| Einddatum | : | Datum van de laatste sessie met de desbetreffende cliënt. |
| Sessies | : | Aantal sessies, dat de cliënt bij u in therapie is geweest. |

Lijst cliëntgegevens

nr.	geslacht	geb. jaar	burg. staat	wijze van aanmelding	hulpvraag	begindatum	einddatum	sessies
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								

Bijlage III: Codeboek therapeutenvragenlijst

nummer therapeut: volgorde van binnenkomst

geslacht 1 = vrouw
 2 = man

burgerlijke staat 1 = ongehuwd
 2 = gehuwd/samenwonend
 3 = gescheiden
 4 = weduwe/weduwnaar

wijze van aanmelding 1 = zelf/via familie/kennissen
 2 = huisarts
 3 = fysiotherapeut
 4 = ggz (psycholoog, psychiater, riagg, psychotherapeut,
 maatschappelijk werk)
 5 = anders

NB: huisarts & zelf = huisarts; huisarts & psychiater = psychiater

hulpvraag 1 = lichamelijke klachten, migraine
 2 = depressiviteit
 3 = angst
 4 = (meer) aandacht voor gevoelens/blokkades
 5 = zelfvertrouwen/onzekerheid/neg. zelfbeeld/identiteit
 6 = spanningsklachten/hyperventilatie/overspannenheid/burn out
 7 = verwerkingsproblematiek/incest/seksueel misbruik
 8 = seksuele problematiek
 9 = relatieproblematiek/communicatieproblemen/scheidingsproblemen
 10= eetproblemen/obesitas/anorexia/boulimia
 11= agressie/woede
 12= niet lekker in vel zitten/toe-eigenen lijf/lichaam meer voelen
 13= kan niet aangeraakt worden/intimiteits- en nabijheidsproblemen
 14= slaapproblemen
 15= loopbaanbegeleiding/werkproblemen
 16= rouw/verwerking ziekte of handicap
 17= grenzen leren kennen/aangeven
 20= overig

NB: spanningshoofdpijn = 6

begindatum/einddatum dd.mm.yy

Bijlage IV: Aanbevelingsbrief cliëntenvragenlijst

5 december 1996

onderzoek haptotherapie

Geachte mevrouw, meneer,

Haptotherapie is een vrij nieuwe loot aan de boom van de hulpverlening. Toch heeft ze opmerkelijk snel een eigen plaats verworven. Haar geheel eigen visie heeft gezorgd voor een nog steeds groeiende populariteit.

Doordat haptotherapie vrij nieuw is, is er nog geen onderzoek gedaan naar haar effectiviteit. De Vereniging Van Haptotherapeuten, de VVH, heeft de Wetenschapswinkel van de Universiteit Utrecht daarom gevraagd te onderzoeken wat de waardering van haptotherapeutische begeleiding is en wie de doelgroep vormen. Dit onderzoek is mede in het belang van u als cliënt, omdat haptotherapie hierdoor verder ontwikkeld kan worden.

Om de vragen van de VVH te beantwoorden, is een vragenlijst ontwikkeld. Deze bevat een aantal vragen over onder andere uw hulpverleningsgeschiedenis en uw kijk op haptotherapie. Een uitgebreidere toelichting vindt u bij de vragenlijst zelf.

Het is van het grootste belang dat u de vragenlijst invult. Als haptotherapiecliënt kunt u vanuit eigen ervaring het beste vertellen wat haptotherapie voor u doet. In verband met de voortgang van het onderzoek verzoeken wij u de ingevulde vragenlijst vóór 20 december terug te sturen. Door middel van de bijgesloten antwoord-envelop kunt u dit kosteloos doen. De gegevens zullen zorgvuldig verwerkt worden, zodat uw anonimiteit gewaarborgd blijft. U hoeft uw naam daarom ook niet te vermelden.

We willen u bij voorbaat hartelijk danken voor uw medewerking.

Met vriendelijke groet,

A. B. T. van 't Hof

P. van Voorst

M.E. van Zoelen-Nederlof

namens de Universiteit Utrecht,
dr. L. Woertman

namens de VVH,
mevr. P.J.M. van Diepen-Levens

Bijlagen: vragenlijst
antwoordenvelop

Bijlage V: Cliëntenvragenlijst

Dit is het begin van de vragenlijst. Het is de bedoeling dat u bij elke vraag een antwoord invult. Soms is het een open vraag, en kunt u zelf een antwoord opschrijven op de stippellijn. Meestal is het een meerkeuzevraag. Dan kunt u het cijfer omcirkelen van het antwoord dat het meeste op u van toepassing is. U mag maar één cijfer omcirkelen, behalve wanneer bij een vraag staat dat u er meerdere antwoorden mag geven.

1. In welk jaar bent u geboren? 19.....
2. Wat is uw geslacht?
 1. Man
 2. Vrouw
3. Wat is uw burgerlijke staat?
 1. Ongehuwd
 2. Gehuwd/samenwonend
 3. Gescheiden
 4. Weduwe/weduwnaar
4. Wat is de opleiding die u als laatste heeft voltooid?
 1. Lagere school/ Lager beroepsonderwijs (LBO)
 2. MAVO/ MULO/ Middelbaar beroepsonderwijs (MBO)/ HAVO
 3. HBS/ VWO/ Gymnasium/ Atheneum
 4. Hoger beroepsonderwijs (HBO)/ Universiteit
5. Wat is uw beroep?

De volgende vragen gaan over uw huidige situatie.

6. Voor welke problemen of met welke vragen kwam u bij een haptotherapeut terecht? (Het antwoord kunt u hieronder zelf invullen.)

.....

.....

.....

.....
7. Hebt u weleens eerder hulp gezocht voor deze problemen of vragen?
 1. Ja (ga naar vraag 9)
 2. Nee (ga naar vraag 8)
8. Wat was voor u de belangrijkste reden om direct voor haptotherapie als behandelmethode te kiezen?
 1. Uit nieuwsgierigheid
 2. In deze behandeling had ik het meeste vertrouwen
 3. Deze behandeling was financieel aantrekkelijker
 4. Deze behandeling was veel meer op mijn gevoel gericht dan andere vormen van hulpverlening
 5. Vooral het directe lichaamscontact bij haptotherapie sprak mij aan
 6. Anders, namelijk:.....

.....

(ga verder met vraag 11)

9. Bij welke van de volgende instellingen heeft u ook hulp gezocht voor uw klacht? (Bij deze vraag mag u meerdere antwoorden geven)
1. Medisch specialist in een algemeen ziekenhuis
 2. Psychiatrisch(e afdeling van een) ziekenhuis
 3. RIAGG
 4. Fysiotherapeut
 5. Zelfstandig gevestigde psycholoog
 6. Anders, namelijk:.....
10. Wat was voor u de belangrijkste reden om uiteindelijk toch naar een haptotherapeut gegaan voor deze klacht?
1. Uit nieuwsgierigheid
 2. Ik verwachtte dat haptotherapie meer effect zou hebben dan de eerdere behandeling
 3. Haptotherapie was financieel aantrekkelijker
 4. Haptotherapie is meer op mijn gevoel gericht dan andere vormen van hulpverlening
 5. Ik vond het een goede aanvulling op een andere behandeling
 6. Vooral het directe lichaamscontact bij haptotherapie sprak mij aan
 7. Anders, namelijk:.....
11. Bent u op eigen initiatief naar een haptotherapeut gegaan of bent u doorverwezen?
1. Ik ben zelf op het idee gekomen
 2. Vrienden/ kennissen hebben het mij aangeraden
 3. De huisarts gaf mij dit advies
 4. De media (televisie, tijdschrift, enz.) bracht mij op het idee
 5. Anders, namelijk
12. Hoeveel last heeft u op dit moment van de klachten waarvoor u bij de haptotherapeut kwam?
1. Ik heb helemaal geen last meer van mijn klachten
 2. Ik heb veel minder last van mijn klachten
 3. Ik heb nog evenveel last van mijn klachten
 4. Ik heb iets meer last gekregen van mijn klachten
 5. Ik heb veel meer last gekregen van mijn klachten
13. Wat verwachtte u van de haptotherapie? (Bij deze vraag mag u meerdere antwoorden geven.)
1. Verdwijnen van de klacht(en)
 2. Verminderen van de klacht(en)
 3. Dieper inzicht in mezelf en meer contact met mezelf
 4. Betere contacten leren opbouwen
 5. Verbetering van heel mijn leven (op het werk, thuis, etc.)
 6. Niets
 7. Iets anders, namelijk:.....
14. Heeft de haptotherapie aan uw verwachtingen voldaan?
1. Ja
 2. Nee

15. Kunt u kort aangeven waarom de haptotherapie wel of niet aan uw verwachtingen heeft voldaan?

.....

16. Er zijn klachten waarmee u naar een haptotherapeut kunt gaan, maar waarvoor u ook een beroep kunt doen op andere vormen van hulpverlening. Als u haptotherapie daarvoor vergelijkt met andere vormen van hulpverlening, hoe waardeert u haptotherapie dan?

1. Ik vind andere vormen van hulpverlening veel beter dan haptotherapie
2. Ik vind andere vormen van hulpverlening iets beter dan haptotherapie
3. Ik vind haptotherapie en andere vormen van hulpverlening even goed
4. Ik vind haptotherapie iets beter dan andere vormen van hulpverlening
5. Ik vind haptotherapie veel beter dan andere vormen van hulpverlening

17. Kunt u in een paar woorden aangeven waarom u bij vraag 16 dit antwoord hebt gegeven?

.....

18. Zijn de klachten waarvoor u kwam verminderd of verdwenen **tijdens** de haptotherapie?

1. Mijn klachten zijn helemaal verdwenen.
2. Mijn klachten zijn grotendeels verdwenen.
3. Mijn klachten zijn gelijk gebleven.
4. Mijn klachten zijn enigszins verergerd.
5. Mijn klachten zijn veel erger geworden.

19. Heeft de haptotherapie u meer in contact gebracht met uzelf?

1. Geheel niet (*ga door naar vraag 21*)
2. Nauwelijks
3. Enigszins
4. Tamelijk veel
5. Heel veel

20. Wat in de haptotherapie heeft u meer in contact gebracht met uzelf?

1. De lichamelijke aanraking
2. De gesprekken met de therapeut
3. De persoonlijke aandacht die ik krijg
4. Anders, namelijk:.....

21. Is de kwaliteit van uw leven toegenomen sinds u haptotherapie volgt?

1. Geheel niet (*ga door naar vraag 23*)
2. Nauwelijks
3. Enigszins
4. Tamelijk veel
5. Heel veel

22. Als de kwaliteit van uw leven is toegenomen, kunt u dan aangeven wat de rol van de haptotherapie daarin was?

1. De lichamelijke aanraking
2. De gesprekken met de therapeut
3. De persoonlijke aandacht die ik krijg
4. Anders, namelijk:.....

23. Hoeveel keer bent u bij de haptotherapeut geweest?

1. Eén tot en met tien keer
2. Elf tot en met twintig keer
3. Eénentwintig tot en met dertig keer
4. Meer dan dertig keer

Nu volgt een aantal vragen over de andere vormen van hulpverlening waar u mogelijk mee te maken heeft gehad. De vragen gaan over de afgelopen vijf jaar.

24. Hoe vaak heeft u de afgelopen vijf jaar in het ziekenhuis gelegen?

1. Nooit (*ga verder met vraag 26*)
2. Eén tot en met drie keer
3. Meer dan drie keer

25. Wat waren de ernstigste klachten waarmee u in de afgelopen vijf jaar in het ziekenhuis was opgenomen?

.....

26. Voor hoeveel sessies (bezoeken, gesprekken) bent u in de afgelopen vijf jaar bij de RIAGG geweest?

1. Nooit (*ga verder met vraag 28*)
2. Eén tot en met tien keer
3. Elf tot en met twintig keer
4. Meer dan twintig keer

27. Met welke klacht(en) kwam u bij de RIAGG?

.....

28. Bent u in de afgelopen vijf jaar weleens opgenomen geweest in een Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis (APZ) of op een Psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis (PAAZ)?

1. Nooit (*ga naar vraag 30*)
2. Eén keer
3. Twee of drie keer
4. Meer dan drie keer

29. Met welke klacht(en) was u opgenomen?

.....

30. Hoe veel keer bent u in de afgelopen vijf jaar bij een fysiotherapeut geweest?

1. Nooit (*ga naar vraag 32*)
2. Eén tot en met tien keer
3. Elf tot en met twintig keer
4. Meer dan twintig keer

31. Met welke klachten kwam u bij de fysiotherapeut?

.....

32. Hoeveel sessies (gesprekken, bezoeken) heeft u in de afgelopen vijf jaar gehad bij een psycholoog, psychiater of maatschappelijk werker, anders dan binnen een RIAGG, APZ of PAAZ?

1. Geen (*ga naar vraag 34*)
2. Eén tot en met tien sessies
3. Elf tot en met twintig sessies
4. Meer dan twintig sessies

33. Met welke klachten of problemen kwam u bij de psycholoog, psychiater of maatschappelijk werker?

.....

.....

34. Heeft u de afgelopen vijf jaar gebruik gemaakt van nog niet genoemde vormen van hulpverlening?

1. Ja (ga naar vraag 35)
2. Nee (ga naar vraag 36)

35. Van welke vormen van hulpverlening heeft u gebruik gemaakt en hoe vaak?

.....

.....

.....

.....

De vragen die nu komen, hebben betrekking op uw stemming. Ze zijn opgenomen omdat wij onderzoek doen vanuit psychologische invalshoek. Misschien herkent u zichzelf in sommige vragen, misschien juist helemaal niet. Wij suggereren niet dat u, omdat u haptotherapiecliënt bent, een optimistische of juist depressieve stemming zou hebben. Wel zijn wij er in geïnteresseerd hoe u zich voelt.

Hieronder volgt een aantal uitspraken die in groepen bij elkaar staan. Leest u iedere groep aandachtig door. Kies dan bij elke groep die uitspraak die het best weergeeft hoe u zich de AFGELOPEN WEEK, MET VANDAAG ERBIJ, gevoeld heeft.

Omcirkel het cijfer dat voor de door u gekozen uitspraak staat. Als in een groep meerdere uitspraken even goed op u van toepassing lijken, omcirkel dan het cijfer van elk van deze uitspraken.

Let er op dat u alle uitspraken van een bepaalde groep leest, voordat u uw keuze maakt.

36.
 0. Ik voel me niet verdrietig.
 1. Ik voel me verdrietig.
 2. Ik ben voortdurend verdrietig en ik kan het niet van me afzetten.
 3. Ik ben zó verdrietig of ongelukkig dat ik het niet meer verdragen kan.
37.
 0. Ik ben niet bijzonder moedeloos over de toekomst.
 1. Ik ben moedeloos over de toekomst.
 2. Ik heb het gevoel dat ik niets heb om naar uit te zien.
 3. Ik heb het gevoel dat de toekomst hopeloos is en dat er geen kans op verbetering is.
38.
 0. Ik voel me geen mislukkeling.
 1. Ik heb het gevoel dat ik vaker iets verkeerd heb gedaan dan een gemiddeld iemand.
 2. Als ik op mijn leven terugkijk zie ik alleen maar een hoop mislukkingen.
 3. Ik heb het gevoel dat ik als mens een volledige mislukking ben.
39.
 0. Ik beleef overal net zo veel plezier aan als vroeger.
 1. Ik geniet niet meer zo als vroeger.
 2. Ik vind nergens nog echte bevrediging in.
 3. Ik heb nergens meer voldoening van; ik vind alles vervelend.
40.
 0. Ik voel me niet bijzonder schuldig.
 1. Ik voel me vaak schuldig.
 2. Ik voel me meestal schuldig.
 3. Ik voel me voortdurend schuldig.
41.
 0. Ik heb niet het gevoel dat ik ergens voor gestraft word.
 1. Ik heb het gevoel dat ik nog wel eens gestraft zal worden.
 2. Ik verwacht dat ik gestraft zal worden.
 3. Ik heb het gevoel dat ik nu gestraft word.

42. 0. Ik voel me niet teleurgesteld in mezelf.
1. Ik ben teleurgesteld in mezelf.
2. Ik walg van mezelf.
3. Ik haat mezelf.
43. 0. Ik heb niet het gevoel dat ik slechter ben dan iemand anders.
1. Ik heb kritiek op mezelf vanwege mijn zwakheden of fouten.
2. Ik geef mezelf steeds de schuld van mijn gebreken.
3. Ik geef mezelf de schuld van al het slechte dat er gebeurt.
44. 0. Ik overweeg absoluut niet om een eind aan mijn leven te maken.
1. Ik overweeg wel eens om een eind aan mijn leven te maken, maar ik zou dat nooit doen.
2. Ik zou een eind aan mijn leven willen maken.
3. Ik zou een eind aan mijn leven maken als ik de kans kreeg.
45. 0. Ik huil niet meer dan normaal.
1. Ik huil nu meer dan vroeger.
2. Ik huil nu voortdurend.
3. Ik kon vroeger wel huilen, maar nu kan ik het niet meer, ook al wil ik het.
46. 0. Ik erger me niet meer dan anders.
1. Ik raak sneller geërgerd of geprikkeld dan vroeger.
2. Ik erger me tegenwoordig voortdurend.
3. Ik erger me helemaal niet meer aan dingen waaraan ik mij vroeger ergerde.
47. 0. Ik heb mijn belangstelling voor andere mensen niet verloren.
1. Ik heb nu minder belangstelling voor andere mensen dan vroeger.
2. Ik heb mijn belangstelling voor andere mensen grotendeels verloren.
3. Ik heb mijn belangstelling voor andere mensen helemaal verloren.
48. 0. Ik neem nu nog net zo gemakkelijk beslissingen als vroeger.
1. Ik stel het nemen van beslissingen meer uit dan vroeger.
2. Ik heb meer moeite met het nemen van beslissingen.
3. Ik kan helemaal geen beslissingen meer nemen.
49. 0. Ik heb niet het gevoel dat ik er minder goed uitzie dan vroeger.
1. Ik maak me er zorgen over dat ik er oud en onaantrekkelijk uitzie.
2. Ik heb het gevoel dat mijn uiterlijk blijvend veranderd is, waardoor ik er onaantrekkelijk uitzie.
3. Ik geloof dat ik er lelijk uitzie.
50. 0. Ik kan mijn werk ongeveer even goed doen als vroeger.
1. Het kost me extra inspanning om ergens aan te beginnen.
2. Ik moet mezelf er echt toe dwingen om iets te doen.
3. Ik ben tot helemaal niets meer in staat.
51. 0. Ik slaap even goed als anders.
1. Ik slaap niet zo goed als vroeger.
2. Ik word 's morgens één tot twee uur eerder wakker dan gewoonlijk en kan moeilijk weer in slaap komen.
3. Ik word uren eerder wakker dan vroeger en kan dan niet meer in slaap komen.
52. 0. Ik word niet sneller moe dan anders.
1. Ik word eerder moe dan vroeger.
2. Ik word moe van bijna alles wat ik doe.
3. Ik ben te moe om ook maar iets te doen.

53. 0. Ik heb niet minder eetlust dan anders.
 1. Ik heb minder eetlust dan vroeger.
 2. Ik heb veel minder eetlust dan vroeger.
 3. Ik heb helemaal geen eetlust meer.
- 54a. 0. Ik ben zo goed als niets afgevallen de laatste tijd.
 1. Ik ben meer dan 2 kilo afgevallen.
 2. Ik ben meer dan 4 kilo afgevallen.
 3. Ik ben meer dan 6 kilo afgevallen.
- 54b. Ik probeer af te vallen door minder te eten.
 1. Ja
 2. Nee
55. 0. Ik maak me niet meer zorgen over mijn gezondheid dan anders.
 1. Ik maak me zorgen over lichamelijke problemen, bijv. als ik ergens pijn voel, als mijn maag van streek is, als ik last heb van verstopping etc.
 2. Ik maak me veel zorgen over mijn lichamelijke problemen en het valt niet mee om aan iets anders te denken.
 3. Ik maak me zóveel zorgen over mijn lichamelijke problemen, dat ik aan niets anders mee kan denken.
56. 0. Ik ben me niet bewust dat er de laatste tijd iets is veranderd aan mijn belangstelling voor sex.
 1. Ik heb minder belangstelling voor sex dan vroeger.
 2. Ik heb tegenwoordig veel minder belangstelling voor sex.
 3. Ik heb mijn belangstelling voor sex helemaal verloren.

De beleving van uw lichaam is in de haptotherapie heel belangrijk. Daarom volgen tot slot nog enkele vragen die betrekking hebben op de manier waarop u uw lichaam ervaart, of anderen uw lichaam ervaren. Het is de bedoeling dat u bij deze vragen weer steeds één cijfer per antwoord omcirkelt. De antwoorden lopen op een lijn van het ene naar het andere uiterste. U omcirkelt het cijfer dat u het beste vindt passen bij uw positie op die lijn.

57. Wat vindt u van uw gezicht?
 Mooi 1 2 3 4 5 Niet mooi
58. Wat vindt u van de rest van uw lichaam?
 Mooi 1 2 3 4 5 Niet mooi
59. Vindt u uw lichaam:
 Te groot 1 2 3 4 5 Te klein
60. Vindt u uw lichaam:
 Te dik 1 2 3 4 5 Te dun
61. Doet u aan de lijn:
 Altijd 1 2 3 4 5 Nooit
62. Het beeld dat u van uw eigen gezicht heeft, is:
 Positief 1 2 3 4 5 Negatief

63. Het beeld dat u van de rest van uw lichaam heeft, is:
 Positief 1 2 3 4 5 Negatief
64. Wanneer u door een schoonheidsspecialiste gratis en vakkundig iets zou kunnen laten veranderen aan uw gezicht, zou u dat dan laten doen?
 Heel graag 1 2 3 4 5 Zeer zeker niet
65. Wanneer u door een schoonheidsspecialiste gratis en vakkundig iets zou kunnen laten veranderen aan de rest van uw lichaam, zou u dat dan laten doen?
 Heel graag 1 2 3 4 5 Zeer zeker niet
66. Wanneer u door een plastisch chirurg gratis en vakkundig iets zou kunnen laten veranderen aan uw gezicht, zou u dat dan laten doen?
 Heel graag 1 2 3 4 5 Zeer zeker niet
67. Wanneer u door een plastisch chirurg gratis en vakkundig iets zou kunnen laten veranderen aan de rest van uw lichaam, zou u dat dan laten doen?
 Heel graag 1 2 3 4 5 Zeer zeker niet
68. Mannen vinden mijn gezicht:
 Mooi 1 2 3 4 5 Niet mooi
69. Mannen vinden mijn lichaam:
 Mooi 1 2 3 4 5 Niet mooi
70. Vrouwen vinden mijn gezicht:
 Mooi 1 2 3 4 5 Niet mooi
71. Vrouwen vinden mijn lichaam:
 Mooi 1 2 3 4 5 Niet mooi

**Dit waren de laatste vragen. Wilt u nog even nakijken of u alle vragen heeft beantwoord?
 Heeft u nog iets toe te voegen of wilt u iets opmerken, dan kunt u dat hieronder doen.**

Heel hartelijk bedankt dat u de moeite heeft genomen deze vragenlijst in te vullen. U kunt deze lijst terugsturen in de bijgevoegde antwoortenvelop. De envelop is reeds geadresseerd en gefrankeerd.

Na verwerking van de gegevens zullen de ingevulde vragenlijsten worden vernietigd, zodat uw anonimiteit gewaarborgd blijft.

Wij willen u nogmaals bedanken voor uw medewerking.

Met vriendelijke groet,

A.B.T. van 't Hof

P. van Voorst

M.E. van Zoelen-Nederlof

Bijlage VI: Codeboek cliëntenvragenlijst

missing value = 0, tenzij anders aangegeven

1. geboortejaar

2. geslacht 1 = vrouw
 2 = man

3. burgerlijke staat 1 = ongehuwd
 2 = gehuwd/samenwonend
 3 = gescheiden
 4 = weduwe/weduwnaar

4. opleiding 1 = lagere school/LBO
 2 = MAVO/MULO/MBO/HAVO
 3 = HBS/VWO/gymnasium/atheneum
 4 = HBO/universiteit

5. beroep 1 = WAO/AOW/VUT/werkloos/gepensioneerd
 2 = huismens
 3 = scholier/student
 4 = industriële en ambachtelijke beroepen (bouw, chemie, techniek,
 grafisch, hout, textiel, voeding & genotmiddelenind., inpakken enz)
 5 = handel en verkeer (incl PTT)
 6 = administratie, financiën, organisatie en beheer
 7 = horeca, huishoudelijk werk (interieurverzorging)
 8 = arts/fysiotherapeut
 9 = GGZ/MWD/GSD
 10 = verzorging en verpleging/agogisch werk
 11 = onderwijs
 12 = agrarisch/verzorging planten en dieren
 13 = bestuurlijk/gezagshandhavend/militair (politie, justitie, brandweer,
 douane enz)
 14 = artistiek, wetenschappelijk, massacommunicatie, recreatie, sport
 15 = HTO

- 6.
- 1 = ja
2 = nee
- | | |
|----------|--|
| lich.pro | lichamelijke problemen |
| depres | depressiviteit/suïcidaal |
| angst | angst, fobie, dwang, neurotisch |
| gevoelen | (meer) aandacht voor gevoelens/blokkades |
| onzekerh | zelfvertrouwen/onzekerheid/neg. zelfbeeld/identiteit |
| spanning | spanningsklachten/hyperventilatie/overspannenheid/burn out |
| incest | verwerkingsproblematiek (traumatisch)/incest/seksueel misbruik |
| seks | seksuele problematiek |
| relaties | relatieproblematiek/communicatieproblemen/scheidingsproblemen |
| eetprobl | eetproblemen/obesitas/anorexia/boulimia |
| agressie | agressie/woede |
| lijf | niet lekker in vel zitten/toe-eigenen lijf/lichaam meer voelen |
| aanraken | kan niet aangeraakt worden/intimiteits- en nabijheidsproblemen |
| spaappro | slaapproblemen |
| werk | loopbaanbegeleiding/werkproblemen/schoolproblemen |
| rouw | rouw/verwerking ziekte of handicap |
| grenzen | grenzen leren kennen/aangeven |
| moe | moeheid/energieproblemen |
| sociaalp | sociale problemen/contacten/eenzaamheid |
| versl | verslaving |
| psych | overige psychiatrische problematiek |
| overig | |
7. eerder7
- 1 = ja
2 = nee
8. direct8
- 1 = nieuwsgierigheid
2 = meeste vertrouwen
3 = financieel aantrekkelijker
4 = meer op gevoel gericht
5 = directe lichaamscontact
6 = anders (noteren op speciale lijst)
7 = via fysio/fysio was hpto
8 = via psycholoog/ggz/enz
9 = werk/keuringsarts enz
10 = huisarts/andere arts
11 = vrienden/kennissen
99= nvt

9. 1 = ja
 2 = nee
- medspec9 medisch specialist alg. zkh.
PAAZ9 PAAZ/APZ/psychiatr. Poli/dagbeh. psych/herst.oord
RIAGG9 RIAGG
fysio9 fysiotherapeut/manueel therapeut
psycho9 zelfst. psycholoog/psychiater/psychotherapeut
anders9 anders (noteren op speciale lijst)
AMW9 maatsch werk
Rutger9 Rutgersst/seksuoloog
gestalt9 gestalttherapie/dans/Reiki/Touch for Health
cesar9 cesar/mensendieck
homeop homeopathie/voedingsdeskundige
10. reden10 1 = nieuwsgierigheid
 2 = meer effect
 3 = financieel aantrekkelijker
 4 = meer op gevoel gericht
 5 = goede aanvulling
 6 = directe lichaamscontact
 7 = anders (noteren op speciale lijst)
 8 = via fysio/fysio was hapto
 9 = via psycholoog/ggz/enz
 10 = werk/keuringsarts enz
 11 = huisarts/andere arts
 12 = vrienden/kennissen
 99= nvt
11. initil1 1 = zelf
 2 = vrienden/kennissen/familie
 3 = huisarts
 4 = media
 5 = GGZ/MWD
 6 = anders (noteren op speciale lijst)
 7 = via fysio/fysio was hapto
 8 = werk/keuringsarts
 9 = andere arts
12. last12 1 = geen last meer
 2 = minder last
 3 = evenveel
 4 = iets meer last
 5 = veel meer last

- | | | |
|-----|-------------|--|
| 13 | verwachting | 1 = ja
2 = nee |
| | wegkl13 | verdwijnen klachten |
| | minkl13 | verminderen klachten |
| | inz13 | dieper inzicht in zelf/contact met zelf |
| | contac13 | betere contacten |
| | leven13 | verbetering hele leven |
| | niets13 | niets |
| | anders13 | anders (noteren op speciale lijst) |
| 14. | vold14 | 1 = ja
2 = nee |
| 15. | wrom15 | 1 = leren voelen/ meer contact met zelf/ beter in
vel/werkelijkheidsbeleving
2 = relationeel inzicht
3 = pos. contact therapeut/goede therapeutische sfeer
4 = acceptatie zelf/verleden
5 = lichamelijk ontspannen
6 = geen mening
7 = anders
8 = tijd nog te kort
9 = verdwijnen klachten |
| 16. | vrgl16 | 1 = andere hulp veel beter
2 = andere hulp iets beter
3 = even goed
4 = hapto iets beter
5 = hapto veel beter |
| 17. | wrom17 | 1 = verschilt per persoon/klachten
2 = hapto is directer/ervaringen voelen/lichamelijk contact/ minder
rationeel/combinatie lichaam, gesprek, voelen
3 = combinatie van hapto en andere is beste
4 = je kan jezelf zijn/ persoonlijker
5 = je wordt gezien als geheel
6 = je leert zelf actief met problemen omgaan
7 = jezelf leren kennen
8 = weenie
9 = anders (noteren op speciale lijst) |

14. vold14 1 = ja
 2 = nee

15. wrom15
- 1 = leren voelen/ meer contact met zelf/ beter in
 vel/werkelijkheidsbeleving
 - 2 = relationeel inzicht
 - 3 = pos. contact therapeut/goede therapeutische sfeer
 - 4 = acceptatie zelf/verleden
 - 5 = lichamenlijk ontspannen
 - 6 = geen mening
 - 7 = anders
 - 8 = tijd nog te kort
 - 9 = verdwijnen klachten

16. vrgl16 1 = andere hulp veel beter
 2 = andere hulp iets beter
 3 = even goed
 4 = hapto iets beter
 5 = hapto veel beter

17. wrom17
- 1 = verschildt per persoon/klachten
 - 2 = hapto is directer/ervaringen voelen/lichamelijk contact/ minder rationeel/combinatie lichaam, gesprek, voelen
 - 3 = combinatie van hapto en andere is beste
 - 4 = je kan jezelf zijn/ persoonlijker
 - 5 = je wordt gezien als geheel
 - 6 = je leert zelf actief met problemen omgaan
 - 7 = jezelf leren kennen
 - 8 = weenie
 - 9 = anders (noteren op speciale lijst)

18. verw18 1 = klachten helemaal verdwenen
 2 = klachten grotendeels verdwenen
 3 = klachten gelijk gebleven
 4 = klachten enigszins verergerd
 5 = klachten veel erger geworden
19. cont19 1 = geheel niet
 2 = nauwelijks
 3 = enigszins
 4 = tamelijk veel
 5 = heel veel
20. wat20 1 = lichamelijke aanraking
 2 = gesprekken met haptotherapeut
 3 = persoonlijke aandacht
 4 = anders (noteren op speciale lijst)
 5 = lichamelijke aanraking + gesprekken
 6 = lich. aanraking + pers. aandacht
 7 = lich. aanraking + gesprekken + pers. aandacht
 8 = gesprekken + pers. aandacht
 9 = acceptatie eigen gevoel/bewustworden eigen gevoelens
 10 = oefeningen
 99 = nvt
21. kwal21 1 = geheel niet
 2 = nauwelijks
 3 = enigszins
 4 = tamelijk veel
 5 = heel veel
22. wat22 1 = lichamelijke aanraking
 2 = gesprekken met haptotherapeut
 3 = persoonlijke aandacht
 4 = anders (noteren op speciale lijst)
 5 = lichamelijke aanraking + gesprekken
 6 = lich. aanraking + pers. aandacht
 7 = lich. aanraking + gesprekken + pers. aandacht
 8 = gesprekken + pers. aandacht
 9 = acceptatie eigen gevoelens/bewustwording eigen gevoelens
 10 = oefeningen
 99 = nvt
23. ses23 1 = 1 tm. 10 keer
 2 = 11 tm. 20 keer
 3 = 21 tm. 30 keer
 4 = meer dan 30 keer

24. zkh24 1 = nooit
2 = 1 tm. 3 keer
3 = meer dan 3 keer
25. kla24 antwoorden noteren!
1 = licht
2 = matig
3 = zwaar
4 = psychische problemen
99 = nvt
26. riag26 1 = nooit
2 = 1 tm. 10 keer
3 = 11 tm. 20 keer
4 = meer dan 20 keer
27. klachtenriagg 1 = ja
2 = nee
- relat27 relatieproblemen, communicatieproblemen/scheidingsproblemen
socia27 sociale probl./contacten/eenzaamheid
depre27 depressiviteit/suicidaliteit
angst27 angst/fobie/dwang/neurotisch
span27 spanningsklachten/hyperventilatie/overspannenheid/burnout
incest27 verwerkingsproblematiek (traumatisch)/incest/seksueel misbruik
onzek27 onzekerheid/zelfvertrouwen/negatief zelfbeeld/identiteit/faalangst
moe27 moeheid/somatische klachten/ energieproblemen
rouw27 rouw, verwerking ziekte/handicap
seks27 seksuele problematiek
eet27 eetproblemen
voel27 aandacht/blokkades gevoelens, niet lekker in vel, enz
slaap27 slaapproblemen
werk27 problemen werk/school
overig27
99 = nvt
28. apz28 1 = nooit
2 = 1 keer
3 = 2 of 3 keer
4 = meer dan 3 keer

29. klachten apz 1 = ja
2 = nee

relat29 relatieproblemen, communicatieproblemen/scheidingsproblemen
 socia29 sociale probl./contacten/eenzaamheid
 depre29 depressiviteit/suicidaliteit
 angst29 angst/fobie/dwang/neurotisch
 span29 spanningsklachten/hyperventilatie/overspannenheid/burnout
 incest29 verwerkingsproblematiek (traumatisch)/incest/seksueel misbruik
 onzek29 onzekerheid/zelfvertrouwen/neg zelfbeeld/identiteit/faalangst
 moe29 moeheid/somatische klachten/energieproblemen
 rouw29 rouw, verwerking ziekte/handicap
 seks29 seksuele problematiek
 eet29 eetproblemen
 voel29 aandacht/blokkades gevoelens, niet lekker in vel, enz
 slaap29 slaapproblemen
 werk29 problemen werk/school
 overig29
 99 = n.v.t.

30. fys30 1 = nooit
2 = 1 tm. 10 keer
3 = 11 tm. 20 keer
4 = meer dan 20 keer

31. klachten fysio 1 = ja
2 = nee

rug31 rugklachten, nek, schouders, whiplash
 gewri31 gewrichtsklachten, reuma
 hyp31 hyperventilatie, ademhalingsprobl
 migra31 migraine, hoofdpijn
 overig31
 99 = n.v.t.

32. psy32 1 = geen
2 = 1 tm. 10
3 = 11 tm. 20
4 = meer dan 20

33. klachtenpsy 1 = ja
2 = nee
- relat33 relatieproblemen, communicatieproblemen/scheidingsproblemen
 socia33 sociale probl./contacten/eenzaamheid
 depre33 depressiviteit/suicidaliteit
 angst33 angst/fobie/dwang/neurotisch
 span33 spanningsklachten/hyperventilatie/overspannenheid/burnout
 incest33 verwerkingsproblematiek (traumatisch)/incest/seksueel misbruik
 onzek33 onzekerheid/zelfvertrouwen/neg zelfbeeld/identiteit/faalangst
 moe33 moeheid/somatische klachten/energieproblemen
 rouw33 rouw, verwerking ziekte/handicap
 seks33 seksuele problematiek
 eet33 eetproblemen
 voel33 aandacht/blokkades gevoelens, niet lekker in vel, enz
 slaap33 slaapproblemen
 werk33 problemen werk/school
 overig33

99 = n.v.t.

34. ander34 1 = ja
2 = nee

35. welke34 1 = ja
2 = nee
- Rutger35 Rutgersst., seksuoloog
 cesar35 cesar, mensendieck, massage
 Reik35 Reiki, Touch for Health
 magne35 magnetiseur, iriscopist, voetreflex, acupunctuur, yoga
 homeo35 homeopathie, voedingsdesk
 gestalt35 Gestalttherapie
 psych35 psychiatr. dagbeh., herst. Oord
 AMW35 algemeen maatschappelijk werk
 opvang35 opvanghuis
 overig35

99 = n.v.t.

Beck vragenlijst: coderen met nummers die voor gegeven antwoorden staan; bij meerdere antwoorden: hoogste score noteren. Missing value = 99

36. b36 Beck1
 37. b37 Beck2
 38. b38 Beck3
 39. b39 Beck4
 40. b40 Beck5
 41. b41 Beck6
 42. b42 Beck7
 43. b43 Beck8

44.	b44	Beck9
45.	b45	Beck10
46.	b46	Beck11
47.	b47	Beck12
48.	b48	Beck13
49.	b49	Beck14
50.	b50	Beck15
51.	b51	Beck16
52.	b52	Beck17
53.	b53	Beck18
54a.	b54a	Beck19a
54b.	b54b	Beck19b
55.	b55	Beck20
56.	b56	Beck21

Lichaamsbeeldvragenlijst

57. L57 gezicht zelf
- 1 = heel mooi
 - 2 = mooi
 - 3 = neutraal
 - 4 = niet zo mooi
 - 5 = helemaal niet mooi
58. L58 lijf zelf
- 1 = heel mooi
 - 2 = mooi
 - 3 = neutraal
 - 4 = niet zo mooi
 - 5 = helemaal niet mooi
59. L59 grootte
- 1 = veel te groot
 - 2 = te groot
 - 3 = goed
 - 4 = te klein
 - 5 = veel te klein
60. L60 dikte
- 1 = veel te dik
 - 2 = te dik
 - 3 = goed
 - 4 = te dun
 - 5 = veel te dun
61. L61 lijnen
- 1 = altijd
 - 2 = vaak
 - 3 = soms
 - 4 = zelden
 - 5 = nooit

62. L62 gezichtzelf 1 = heel positief
2 = positief
3 = neutraal
4 = negatief
5 = heel negatief
63. L63 lichaamzelf 1 = heel positief
2 = positief
3 = neutraal
4 = negatief
5 = heel negatief
64. L64 specgez 1 = heel graag
2 = graag
3 = misschien
4 = waarschijnlijk niet
5 = zeer zeker niet
65. L65 speclich 1 = heel graag
2 = graag
3 = misschien
4 = waarschijnlijk niet
5 = zeer zeker niet
66. L66 plchirgez 1 = heel graag
2 = graag
3 = misschien
4 = waarschijnlijk niet
5 = zeer zeker niet
67. l67 plchirlich 1 = heel graag
2 = graag
3 = misschien
4 = waarschijnlijk niet
5 = zeer zeker niet
68. L68 mannengez 1 = heel mooi
2 = mooi
3 = neutraal
4 = niet zo mooi
5 = helemaal niet mooi
69. L69 mannenlich 1 = heel mooi
2 = mooi
3 = neutraal
4 = niet zo mooi
5 = helemaal niet mooi

70. L70 vrouwengez 1 = heel mooi
 2 = mooi
 3 = neutraal
 4 = niet zo mooi
 5 = helemaal niet mooi

71. L71 vrouwenlich 1 = heel mooi
 2 = mooi
 3 = neutraal
 4 = niet zo mooi
 5 = helemaal niet mooi

Bijlage VII: Klachten afgelopen vijf jaar

Klachten bij ziekenhuisopnames aantal personen: 128		
<i>Klacht</i>	<i>Freq.</i>	<i>Percent.</i>
Licht	32	25.0
Matig	45	35.2
Zwaar	42	32.8
Psychisch	8	6.3

Klachten bij de fysiotherapeut aantal personen: 296		
<i>Klacht</i>	<i>Freq.</i>	<i>Percent.</i>
Rug	201	67.9
Gewricht	94	31.8
Migraine	28	9.5
Hyperventilatie	15	5.1
Overig	54	18.2

Klachten opname APZ aantal personen: 25		
<i>Klacht</i>	<i>Freq.</i>	<i>Percent.</i>
Angst	4	16.0
Depressief	14	56.0
Eetproblemen	1	4.0
Incest	6	24.0
Energieproblemen	1	4.0
Onzekerheid	2	8.0
Spanning	2	8.0
Gevoelens	5	20.0
Werkproblemen	1	4.0
Sociale problemen	1	4.0
Relaties	1	4.0
Rouw	-	0.0
Seksuele problemen	-	0.0
Slaapproblemen	-	0.0
Overig	8	32.0

Klachten bij bezoek RIAGG aantal personen: 113		
<i>Klacht</i>	<i>Freq.</i>	<i>Percent.</i>
Angst	16	14.2
Depressief	27	23.9
Eetproblemen	2	1.8
Incest	15	13.3
Energieproblemen	7	6.2
Onzekerheid	6	14.2
Spanning	21	18.6
Gevoelens	11	9.7
Werkproblemen	3	2.7
Sociale problemen	7	6.2
Relaties	24	21.2
Rouw	8	7.1
Seksuele problemen	4	3.5
Slaapproblemen	2	1.8
Overig	23	20.4

Klachten bij bezoek psycholoog aantal personen: 278		
<i>Klacht</i>	<i>Freq.</i>	<i>Percent.</i>
Angst	38	13.7
Depressief	71	25.5
Eetproblemen	8	2.9
Incest	41	14.7
Energieproblemen	16	5.8
Onzekerheid	46	16.5
Spanning	52	18.7
Gevoelens	27	9.7
Werkproblemen	15	5.4
Sociale problemen	16	5.8
Relaties	52	18.7
Rouw	20	7.2
Seksuele problemen	10	3.6
Slaapproblemen	8	2.9
Overig	46	16.5

Wetenschapswinkel Sociale Wetenschappen, Heidelberglaan 1, 3584 CS Utrecht, 030 - 2534633

