

Verstoord gevoelsvermogen bij bekkenbodempatiëntiek: twee casuïstiekbeschrijvingen haptotherapie.

Gert A. Klabbbers^{1*}, Petra M. Bouwman², Marjolein Dekker³, J. Willem Hagg⁴, Renske R. Harte-Sluman⁵, Chantal Spil⁶ en Robert H. de Vos⁷.

Samenvatting

Het doel van dit artikel is om inzicht te geven in de therapeutische mogelijkheden van haptotherapie bij bekkenbodempatiëntiek. Haptotherapie en het begrip ‘verstoord gevoelsvermogen’ worden toegelicht, gevolgd door twee casuïstiekbeschrijvingen. De auteurs concluderen dat haptotherapie een waardevolle aanvullende therapie kan zijn voor patiënten met een verstoord gevoelsvermogen bij bekkenbodempatiëntiek en dat verder onderzoek wenselijk is om het positieve effect daarvan wetenschappelijk te bevestigen.

Kernwoorden: Haptotherapie, verstoord gevoelsvermogen, bekkenbodem.

Introductie

Bekkenbodempatiëntiek

De Stichting Bekkenbodempatiënten (2023) vermeldt meer dan dertig verschillende soorten bekkenbodempatiëntiek. Volgens de auteurs kan bij deze problemen sprake zijn van een verminderd gevoelsvermogen, wat een indicatie kan zijn voor haptotherapie. Het aantal Nederlanders met bekkenbodempatiëntiek is niet precies bekend, maar wordt geschat op circa een miljoen en omdat mensen met bekkenbodempatiëntiek zich mogelijk niet allemaal bij een (huis)arts melden, kan het aantal nog groter zijn (Stichting Bekkenbodem Patiënten, 2023).

Medische- en psychologische problemen kunnen een rol spelen als oorzaak en als gevolg bij bekkenbodempatiëntiek (Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie, 2023).

De bekkenbodem is een gebied dat door veel verschillende specialisten kan worden onderzocht en behandeld: de gynaecoloog, de uroloog, de urogynaecoloog, de colorectaal chirurg en de bekkenfysiotherapeut, maar ook de seksuoloog, de maagdarmlieverarts, de incontinentie verpleegkundige, de psycholoog en de psychiater kunnen een belangrijke rol spelen bij onderzoek en behandeling (Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie, 2023; Stichting Bekkenbodem Patiënten, 2023).

De beroepsgroep haptotherapie komt nog niet voor in bovenstaande opsomming van disciplines die betrokken zijn bij de zorg voor bekkenbodempatiëntiek, ook al werken gezondheidszorghaptotherapeuten wel samen met alle relevante disciplines,

zoals: bekkenfysiotherapie, psychiatrie, seksuologie, psychotherapie, verloskunde en gynaecologie.

Twee voorbeelden hiervan zijn: (1) in het Amsterdam Universitair Medisch Centrum, participeert een tweedelijns gz-haptotherapeut al twintig jaar lang, elke zes weken in een multidisciplinair overleg met vertegenwoordigers van de genoemde disciplines (Amsterdam UMC, 2023); en (2) In Apeldoorn zijn gedurende diezelfde periode, gz-haptotherapeuten al vanaf 2003 actief binnen een transmurale multidisciplinaire samenwerkingsverband, waarbij wordt samengewerkt met de disciplines verloskunde, gynaecologie en psychotherapie voor de hulp aan zwangeren met extreme bevallingsangst (Ketenzorg voor Zwangeren met Angst voor de Bevalling, 2023). In beide gevallen is de multidisciplinaire samenwerking op lokaal niveau georganiseerd en afhankelijk van enkele persoonlijke netwerken van individuele therapeuten en nog niet landelijk geïmplementeerd. Echter, uit dossieronderzoek van de aan dit artikel deelnemende auteurs blijkt dat gz-haptotherapeuten verspreid over heel Nederland regelmatig worden geconsulteerd door patiënten met bekkenbodempatiëntiek. Dit betreft vooral patiënten die zich melden met psychische trauma's, stress en een ervaring van seksueel misbruik, waarbij o.a. vaak ook een verstoord gevoelsvermogen is opgetreden.

Verstoord gevoelsvermogen

Zo'n verstoord gevoelsvermogen kan begrepen worden met het voorbeeld van het geven van een

Artikelhistorie: Ingediend 25-03-2023, herzien 23-04-2023, geaccepteerd 10-05-2023, vertaald 31-05-2023.

***Correspondentie:** praktijk@gertklabbbers.nl Therapiecentrum Ietje Kooi Straweg 25, 7311 GZ Apeldoorn, Nederland. Volledige lijst met informatie over de auteurs is beschikbaar aan het einde van dit artikel.

hand zonder gevoelsmatige betrokkenheid, wat ook een metafoor is voor vele andere situaties in menselijk contact. De hand van de ander wordt bijvoorbeeld wel geschud of geknepen, maar de hand van de ander en de ander als persoon worden niet echt gevoeld. Men laat zichzelf niet voelen en men neemt ook zichzelf niet voelend waar. Het gaat in voorafgaand voorbeeld om de ontbrekende gevoelsmatige betrokkenheid. Als dit onbedoeld en ongewenst optreedt en bij meer dan alleen het geven van een hand, dan is er vanuit haptotherapeutisch perspectief mogelijk sprake van een zogenoemd 'verstoord gevoelsvermogen', wat onderzocht en behandeld kan worden door een gz-haptotherapeut.

Het ontbreken van genoemde gevoelsmatige betrokkenheid kan geduid worden als een vorm van dissociatie (GGZ-standaarden, 2022).

Restrain Internal Sensitive Participation (RISP)

Klabbers (2014) heeft een specifiek voorbeeld van zo'n verstoord gevoelsvermogen rondom vaginaal onderzoek gelabeld als 'Restrain Internal Sensitive Participation' (RISP). Hij heeft dit als volgt beschreven: "Een zwangere vrouw die een vaginaal onderzoek ondergaat door een huisarts, verloskundige of gynaecoloog kan zich wat ongemakkelijk voelen, ook al begrijpt ze de noodzaak van zo'n fysiek onderzoek. De zwangere vrouw zal haar lichaam (het object) laten onderzoeken, maar zij zal proberen om er gevoelsmatig zo min mogelijk bij betrokken te zijn. Zij doet dat door zich op het moment van toucheren, gevoelsmatig terug te houden." Dit kan tijdens een vaginaal onderzoek weliswaar een adequate reactie zijn, omdat het onderzochte gebied door vrouwen uiteraard als privé wordt beschouwd. Maar als er sprake is van een permanente RISP en daardoor een belemmering in het normale functioneren, dan kun je spreken van een verstoord gevoelsvermogen, wat een indicatie kan zijn voor haptotherapie (Klabbers, 2020).

De doelstelling van dit artikel is om meer duidelijkheid te verschaffen aan therapeuten, opleiders, patiënten en verwijzers over de mogelijkheden van haptotherapie bij bekkenbodempromblematiek waarbij sprake is van een verstoord gevoelsvermogen. Er zijn bij de auteurs van dit artikel geen publicaties bekend waarin melding wordt gemaakt van de behandeling van een verstoord gevoelsvermogen bij bekkenbodempromblematiek zoals dat in de haptotherapie aan de orde komt en in dit artikel wordt beschreven.

Haptotherapie

De gz-haptotherapeut maakt gebruik van inzichtgevend gesprekken, vaardigheidsoefeningen en de affectieve aanraking om de patiënt zijn gevoelsvermogen bewust te maken en aan den lijve te laten ervaren (Plooi, 2005; Vereniging van

Haptotherapeuten, 2023). Als bijvoorbeeld een patiënt met burn-out klachten weinig gevoel heeft voor de eigen lichaamssignalen, dan kan gebruik worden gemaakt van lichaamsgerichte aandachtsoefeningen als eerste stap om weer meer betrokken te raken bij het eigen lichaam. Haptotherapeutische aanraking kan een volgende stap zijn op weg naar de gewaarwording van meer lichamelijkheid.

Plooi (2014) biedt in haar artikel 'Als aanraken nodig is' een overzicht van diverse vormen van affectieve aanraking: ter bemoediging en steun in een moeilijke periode, waarbinnen de handdruk valt en de arm om de schouder en aandacht voor 'self-touch' van de patiënt (Leijssen, 2006); als steun bij het uiten van gevoelens en bescherming tegen decompensatie of desintegratie (Leijssen, 2006); om emoties los te maken, terwijl het aanraken tegelijkertijd 'containment' biedt (Leijssen, 2006); als vangnet, voor ontspanning en om niet overspoeld te raken door gevoelens (Goodman, & Teicher, 1988); om bij nieuwe inhoud te komen, die op een andere manier niet bereikbaar is (Goodman & Teicher, 1988); om veiligheid waar te nemen (Main & Solomon, 1990) en ter geruststelling (Gray, Watt & Blass, 2000).

Klabbers (2021) heeft als mogelijke vorm van affectieve aanraking aan bovenstaande opsomming toegevoegd: om ervaringsgerichte kennis over te dragen (hapto-educatie), i.e.: om de patiënt op methodische wijze vertrouwd te laten worden met het zich openen- en sluiten voor gevoelsindrukken; en om de patiënt kennis te laten maken met het zichzelf voelend waarnemen en voelbaar aanwezig zijn, gevoel hebben voor de ruimte om zich heen en voor andere mensen in de ruimte om zich heen.

Affectieve aanraking in de haptotherapie: Een haptotherapeutische aanraking: is niet hetzelfde als het aanraken in het algemeen dagelijks leven; onderscheidt zich van medisch palperen en het objectiverend voelen van (ont)spanning; kenmerkt zich door het aanvoelen en waarnemen of de patiënt zichzelf, ook lichamelijk, bewust voelend waarneemt; heeft als doel om de patiënt meer in contact te brengen met zijn/haar lichamelijke- en innerlijke voelen, waarbij affectiviteit en affectief aanraken centraal staan (Klabbers, 2018, 2020; Plooi, 2007, 2010, 2017; Veldman, 2007).

Haptotherapie bij bekkenbodempromblematiek: Bij bekkenbodempromblematiek is de hapto-educatie niet zo eenvoudig, want lichaamsgerichte aandachtsoefeningen zijn vaak beladen en aanraking van de patiënt zijn/haar bekkenbodempromblematiek door de therapeut is nooit acceptabel. Als je moeite hebt om gevoelsmatig betrokken te zijn bij je

rechterknie, omdat je die een keer flink gestoten hebt, dan kun je als gz-haptotherapeut die knie aanraken en/of vasthouden en de patiënt vragen om van binnenuit te voelen wat er te voelen is, i.e., er kan een appèl gedaan worden op iemands gevoelsmatige betrokkenheid. Als er iets met die rechterknie aan de hand is, dan praten mensen soms ook over hun slechte been en hun andere goede been. Met haptotherapeutisch aanraken kan dat verschil vaak hersteld worden. Maar zo kun je niet met een bekkenbodem omgaan, want als je in dat gebied als therapeut zou gaan aanraken, dan is de kans groot dat iemand zich in dat gebied gevoelsmatig juist terugtrekt, zoals in het voorbeeld van de zwangere vrouw die getoucheerd wordt. Vanuit therapeutisch perspectief kan het echter wel wenselijk zijn dat een patiënt zijn/haar bekkenbodem gevoelsmatig herontdekt als normaal tactiel lichaamsdeel, zonder de lading van seksualiteit en/of erotiek.

Basispresentie: Mensen kunnen zichzelf voelend waarnemen, gevoel hebben voor de ruimte om zich heen en ze kunnen gevoel hebben voor andere mensen; zij kunnen invoelen, aanvoelen, doorvoelen, meevoelen en zij kunnen innerlijke gemoedsbelevingen bij zichzelf en bij de ander gewaarworden (Klabbers, 2020). Voor deze gevoelsvermogens kent de haptotherapie specifieke definities, waarvan het in de haptotherapie zogenoemde begrip 'basispresentie' zal worden toegelicht als inleiding op de in dit artikel beschreven casussen. Anatomisch-fysiologisch is de perineale zone, de basis van het lichaam, omgeven door de schaal die het bekken vormt, het schaambeentje en het heiligbeen van waaruit de wervelkolom oprijst, ondersteund door de benen waarop wij staan. Present zijn is dáár zijn, in de wereld zijn, aanwezig zijn met expressie van zichzelf in verbondenheid met de wereld en het leven. Mensen die gevoelsmatig aanwezig zijn (present zijn) in hun basis, voelen een innerlijke zekerheid waardoor zij de moed hebben om zichzelf te zijn, zelfs in de aanwezigheid van anderen en zij kunnen hun grenzen en verlangens uiten op een natuurlijke manier (Veldman, 2007).

Casuïstiekbeschrijvingen

De patiënten en hun partners van beide casussen hebben hun toestemming gegeven om hun casus geanonimiseerd te beschrijven. Zij hebben allemaal hun casusbeschrijving goedgekeurd.

De casuïstiekbeschrijvingen die hierna volgen hebben als gemeenschappelijkheid dat ze allebei betrekking hebben op de ontwikkeling van basispresentie. Ze zijn bedoeld om inzicht te geven in de werkwijze van haptotherapie bij bekkenbodemproblematiek, waarbij er geen noodzaak is om het gebied van de bekkenbodem aan te raken om verandering en ontwikkeling in dat gebied te

bewerkstelligen. De aanname is dat basispresentie, RISP vermindert en de gevoelsmatige betrokkenheid vergroot.

Casus-1

Een vrouw van 26 jaar met hoofdpijn werd door de huisarts verwezen voor haptotherapie met als indicatie 'stressgerelateerde spanningshoofdpijn'. *Somatisch:* Patiënt klaagde over hoofdpijn en voelde zich verder kerngezond. *Cognitief:* In eerste instantie had patiënt zelf het idee dat uitsluitend contextuele factoren een belangrijke rol speelden. In de loop van het intakegesprek kwamen ook persoonlijke factoren naar voren, zoals onvoldoende zelfvertrouwen. *Emotioneel:* Patiënt leek uiterlijk vrij onbewogen. *Gedrag:* De patiënt had een zogenoemde werkhouding ontwikkeld op het werk zowel als in relaties. Ze deed altijd haar best om iedereen tevreden te houden en kon moeilijk grenzen aangeven. *Sociaal:* De patiënt had wel behoefte aan hartelijkheid, maar zij kon de aandacht en de ondersteuning van haar partner en haar vrienden niet meer zo goed verdragen. *Affectief:* Bij doorvragen bleek een jeugd met weinig affectieve bevestiging.

De patiënt wilde graag minder hoofdpijn na conflictsituaties, en ook wilde ze grenzen kunnen stellen, kunnen opkomen voor zichzelf en leren om het gesprek hierover aan te gaan. Na uitleg over de leerroute en de werkwijze van de haptotherapie werden behandelafspraken gemaakt om te komen tot een opbouw van een basisgevoel van veiligheid en zelfvertrouwen. Eén van de ervaringsoefeningen die werd uitgevoerd, was een oefening in zit op de stoel. De oefening werd als volgt begeleid: 'Je legt je eigen hand onder je bil waarbij je zitbeenknobbel in je hand drukt. Voel met je hand de bil, voelt die bil warm of koud, hard of zacht, voelt de zitbeenknobbel groot of klein? Voel daarna met je handrug de zitting van de stoel. Voelt de zitting warm of koud, hard of zacht? Voel daarna met je bil je hand. Voelt de hand warm of koud, hard of zacht, groot of klein? En kan je door je hand heen ook de stoel voelen? Hoeveel ruimte neemt de hand in tussen bil en stoel? Daarna haal je de hand weg en ervaar je of er verschil is ontstaan in hoe je zit. Wat voor verschil kun je benoemen? Herhaal de oefening daarna aan de andere kant met je andere hand.' Gaandeweg het oefenen werd de patiënt zich bewust van lichamelijke spanning en ontspanning, en de gz-haptotherapeut kon haar begeleiden in het ervaren van het onderscheid tussen object- en subjectlichaam.*

*De term 'objectlichaam' verwijst naar het lichaam als een object dat bijvoorbeeld voor medische doeleinden kan worden onderzocht. De term 'subjectlichaam' verwijst naar de manier waarop het lichaam subjectief wordt ervaren (Merleau-Ponty, 1945; Ter Meulen & Van Woerkom, 2009).

Na vier behandelingen was duidelijk geworden dat er sprake was van complex met elkaar interfererende herstelbelemmerende factoren, waaronder diverse mantelzorgtaken en claimedrag van de familie.

Tijdens de vijfde behandeling kwam ter sprake dat patiënt – naar eigen zeggen – vaginistische reacties vertoonde als zij en haar man gemeenschap trachtten te hebben, hetgeen feitelijk dan ook niet lukte. Haar man was wel lief en geduldig. Ze vreeën zonder gemeenschap en hadden ieder afzonderlijk wel een seksualiteitsbeleving, maar altijd zonder penetratie. De ommekeer in de therapie ontstond toen de patiënt vertelde dat ze geen kinderen wilde, maar het wel sneu vond voor haar man die wel graag een kindje wilde en ze dat voor hem dan wel zou willen doen. Hij wilde het echter alleen als zij het ook echt zou willen. Op dit punt werd aan de patiënt voorgesteld om een keer samen met haar partner in de praktijk te komen, mits daar ook bij hem een draagvlak voor zou zijn.

De zesde behandeling bleek een start te zijn voor een nieuw traject. De patiënt had eigenlijk zelf toch ook een kinderwens, maar vanwege haar vermeende vaginisme* was ze zo bang voor een bevalling dat ze niet zwanger wilde worden. Ze kon zich niet bedenken hoe zo'n bevalling zou moeten verlopen, omdat het vrijen ook al niet echt goed verliep.

*Vaginisme is het onvrijwillig samentrekken van de bekkenbodemspieren rondom de vagina (Banaei, Kariman, Ozgoli, Nasiri, Roozbeh, & Zare, 2023).

Haar man leek – moe van alle afwijzingen in het begin van de relatie – zijn lot te dragen en gaf haar alle ruimte zonder haar nog echt aan te spreken, waardoor ze in een vicieuze cirkel terecht waren gekomen van elkaar verdragen zoals in een lift, heel dichtbij, maar zonder wezenlijk contact. Verspreid over een periode van ongeveer zes maanden werden er ervaringsoefeningen gedaan waarbij de partner in het contact met zijn vrouw steeds meer tevoorschijn kwam (ook met zijn boosheid). Zonder de lading van seksualiteit en het wel of niet zwanger worden, leerden zij stap voor stap genieten van een liefdevol contact. Na de openbaring dat patiënt een (verborgen) kinderwens had, waarbij zij en haar partner beiden spontaan in tranen uitbarsten, was de kinderwens voor hen een tijdlang geen gespreks-onderwerp meer.

Gaandeweg kwam de kinderwens na een aantal maanden wel weer terloops ter sprake, maar leek er tegelijkertijd ook altijd direct een soort van stilzwijgende overeenkomst te zijn dat de tijd er nog niet rijp voor was om hierover door te spreken. Gedurende het hele proces werd de partner steeds soepeler in zijn lijf, hij begon zich makkelijker te bewegen en de vrouw begon zichzelf meer te voelen en te ruiken. Dat laatste vond ze in het begin niet

prettig, maar ze raakte er na verloop van tijd wel aan gewend. Ze zei hierover: “Ik word me meer bewust van mijn lichaam”.

Op een gegeven moment bleek dat het vrijen zich spontaan begon te ontwikkelen en dat de patiënt eigenlijk helemaal niet vaginistisch was, maar dat er nooit de juiste aanloop was genomen. Het spel kon echter een tijdlang nog niet afgemaakt worden. Zij voelden dan beiden halverwege een drang om terug te vallen op de oude manier. Zij deden dat ook af en toe, waarna ze zich daar achteraf ontevreden over voelden, maar steeds vaker hadden ze ook de moed om dan maar tussentijds te stoppen.

Na anderhalf jaar bleek de patiënt zwanger te zijn. Er was niet meteen sprake van een affectief driemanschap (vader-moeder-kindje), want door de toch nog weer onverwachte zwangerschap leek het alsof ze eerst enigszins werden teruggeplaatst in hun ontwikkeling en wat voorzichtig waren geworden. Vervolgens speelde het probleem dat de vrouw tweewekelijks door wilde gaan met de haptotherapie en dat haar partner het nu wel even mooi vond en wilde wachten tot in de 30^{ste} week van de zwangerschap om dan te starten met de voorbereiding op de bevalling, omdat hij het allemaal te belastend vond worden. Als compromis werd de haptotherapie gecontinueerd met een vierwekelijkse frequentie.

Reflectie op therapeutisch handelen (Casus-1)

Wanneer men ziek is of iets mankeert, dan wil men daar over het algemeen zo snel mogelijk van af. Ziekte kan echter ook een signaal zijn om aan jezelf te werken. Zo kan een klacht iemand een mogelijkheid tot groei geven. Acceptatie van- of het leren omgaan met een klacht of ziekte gaat aan de mogelijke groei vooraf. Wanneer er bijvoorbeeld geen evenwicht bestaat tussen iemands gevoel en verstand, tussen dat wat men moet en wil en kan, geeft dat stress en kunnen klachten ontstaan van lichamelijke en/of psychische aard. De specifieke wijze waarop men reageert is voor ieder mens uniek (Vereniging van Haptotherapeuten, 2023).

In deze casus-1 richtte de gz-haptotherapeut zich bij aanvang van de therapie in eerste instantie op de opbouw van een basisgevoel van veiligheid en zelfvertrouwen. De gz-haptotherapeut zorgde voor een contact, waarin de patiënt zich veilig en vertrouwd voelde en waarin een ontmoeting kon plaatsvinden, waarbij gaandeweg de aandacht kon verschuiven van de lichamelijke pijnklachten en het probleem, naar de persoon. Er werden ervarings-situaties aangeboden, waarmee de patiënt haar eigen vermogens van de tast en haar contactuele vermogens kon (her)ontdekken, waardoor ze anders met zichzelf en haar klacht kon omgaan.

Verondersteld mag worden dat de veiligheid van de opgebouwde therapeutische relatie aan de patiënt de gelegenheid heeft geboden om tevoorschijn te komen met 'de klacht achter de klacht'. Als deze therapeut zich had beperkt tot bijvoorbeeld een massage van de nekschouderspieren en oefeningen ter ontspanning, dan was de achterliggende werkelijke problematiek mogelijk niet aan het licht gekomen. De patiënt kon nu, nadat ook haar partner erbij was betrokken, samen met hem werken aan beider sensitiviteit en responsiviteit, i.e., begeleid door hun therapeut konden zij hun eigen gevoels- en contactvermogens ontwikkelen.

Begeleid door de gz-haptotherapeut heeft in deze casus-1 de patiënt samen met haar man, haar eigen bekkenbodembodem (her)ontdekt, zonder dat de therapie daar expliciet op gericht was.

Als het wenselijk is om de bekkenbodembodem specifiek alleen te onderzoeken op spierspanning, dan werkt een gz-haptotherapeut daarvoor soms samen met een bekkenbodembodemfysiotherapeut. Echter, in dit geval was dat niet aan de orde, want het ging niet alleen om spanning/ ontspanning, maar met name om zichzelf, ook lichamenlijk, bewust voelend waar te nemen.

In deze casus-1 is gestart met de stoeloefening. Deze oefening is voor een kind uiteraard niet nodig, die gaat gewoon op schoot zitten. In de haptotherapie is de stoeloefening een goed alternatief voor op schoot zitten. In de ontwikkelingsfase van de haptotherapie in de jaren tachtig van de vorige eeuw werd een patiënt nog daadwerkelijk uitgenodigd om letterlijk op schoot te gaan zitten bij de therapeut, zoals een kind op schoot gaat zitten bij zijn ouders. Dat was toen heel gewoon, zoals wel meer gewoon was in die tijd, maar tijden veranderen en dat geldt ook voor de haptotherapie. Anno 2023 zetten we een patiënt niet zomaar meer op schoot. Als het al gebeurt, dan wordt het met argumenten onderbouwd en methodisch toegepast als onderdeel van een behandelplan dat van tevoren is besproken en goedgekeurd door de patiënt (Informed consent).

Onder invloed van de MeToo-beweging (2017-2023) en de Covid-19 pandemie (2019-2023) worden 'afstand en nabijheid' tegenwoordig soms anders ervaren en daarom is nu nog meer zorgvuldigheid noodzakelijk. Zorgvuldigheid was altijd al wel belangrijk, maar tegenwoordig nog meer.

Casus-2

Een 28-jarige vrouw met een eerste kind van 7 jaar oud, werd in de 20^{ste} week van haar tweede zwangerschap door haar verloskundige verwezen voor haptotherapie i.v.m. bevallingsangst. Zij had een WDEQ-score 107, wat betekent dat zij extreem

angstig was voor de bevalling (Wijma, Wijma & Zar, 1998). Lichamenlijk waren er geen bijzonderheden en voelde ze zich kerngezond. Echter, de vierdimensionale klachtenlijst 4DKL (Tebbe, Terluin, & Koelewijn, 2014), vertoonde in alle vier dimensies verhoogde scores: distress-25; depressie-5; angst-11; somatisatie-13. Haar reactie op deze uitslag was: "Tijdens mijn eerste bevalling, was ik af en toe in paniek. Ik verwacht dat deze tweede bevalling nog moeilijker zal worden". Tijdens de intake keek de vrouw naar haar buik, maar zij leek daar gevoelsmatig niet bij betrokken te zijn. Zij zei dat haar buik het niet kon verdragen om aangeraakt te worden.

Op verzoek van de patiënt werd een behandeltraject afgesproken van acht sessies, waarvan de laatste vier samen met haar man. Het doel was om vertrouwd te raken met het ervaren van de eigen lichamenlijkheid die nodig is voor het aanleren van het juiste gebruik van de abdominale druk tijdens het persen, opvangen van de weeën en het omgaan met pijn tijdens de bevalling. Deze casuïstiekbeschrijving is overigens geen volledig verslag van alle sessies en beperkt zich tot een aantal specifieke aspecten met betrekking tot zwangerschap en geboorte.

Openen en sluiten: Patiënt: "Na de eerste zwangerschap voelde ik leegte en hoewel mijn buik nu vol is van een nieuwe zwangerschap, voel ik nog steeds ook leegte in mijn buik". Toen haar werd geleerd om het verschil te voelen tussen affectieve toewending en afwending van het contact met (de hand van) haar man, zei ze: "Wanneer ik het contact met zijn hand op mijn buik voel, voel ik ook de zachtheid weer in mijn buik. Dit is verassend leuk om te leren en ik ben blij dat ik me nu zo voel". Benadrukt werd dat dit vermogen om contact te maken met haar man en zijn hand, haar eigen vermogen is en dat ze een keuze heeft om zich te openen en te sluiten voor gevoelsindrukken. Nadat ze na een aantal sessies ook meer vertrouwd raakte met de interactie met haar baby, werd ze zich meer bewust van de ruimte om zich heen, wat – zoals ze vertelde – ook resulteerde in een meer ontspannen contact thuis met haar man.

Richtingsgevoel bij het persen: De eerste keer dat het persen werd geoefend, blies de patiënt haar gezicht op en perste ze in alle richtingen, behalve naar haar bekkenbodembodem. Deze techniek werd verbeterd, zodat het persen meer effectief zou kunnen zijn tijdens de uitdrijving. Dit gaf haar zelfvertrouwen. Vervolgens leerde ze om gevoelsmatig betrokken te zijn tijdens het persen.

Opvangen van de weeën en omgaan met pijn: Om haar gevoelens over de aanstaande geboorte van haar kindje uit te drukken, zei de patiënt na een aantal sessies: "Ik weet nog niet hoe, maar als ik aan de

aanstaande bevalling denk, krijg ik het gevoel dat er een weg lijkt te zijn". Haar man leerde dat hij in staat was om haar gevoelsmatige betrokkenheid te wekken met zijn affectieve aandacht. Dit hielp haar om beter om te gaan met de oefening van het omgaan met pijn. Uiteindelijk werd het duidelijk dat het niet de pijn was die zij vreesde, maar het controleverlies tijdens de bevalling. Haar man leerde om zijn vrouw te steunen, wat hem het gevoel gaf dat hij een bijdrage kon leveren. Zij zei: "Tijdens de eerste bevalling, verkrampde ik tijdens de weeën en tussendoor probeerde ik wanhopig om te ontspannen. Nu realiseer ik me dat ik ook tijdens de weeën kan ontspannen en actief kan meewerken. Ik voel minder leegte in mijn buik en ik begrijp nu hoe belangrijk gevoelsmatige betrokkenheid is tijdens de bevalling". Als bijkomend resultaat, leek er een meer harmonieuze relatie tussen de ouders onderling en tussen de ouders en hun kind te zijn ontstaan.

Bevalling: In de aanloop naar de bevalling bleef alleen de stressscore licht verhoogd, alle andere scores waren afgenomen tot normaal. Er volgde thuis een ongecompliceerde vaginale bevalling, die werd begeleid door een eerstelijns verloskundige.

Na veertig minuten persen, werd een gezond kind geboren. Een dag na de bevalling stuurde de patiënt een bericht aan haar therapeut. "Hallo, gewoon even een klein berichtje: Gisteren ben ik thuis bevallen, ik had heftige weeën vanaf 18:00 uur, om 19:00 uur drie cm. ontsluiting, om 21:00 uur tien cm. ontsluiting en de geboorte was om 21:40 uur. Wie had gedacht dat dit zo snel zou gebeuren. Ik ben nog steeds in de war, maar onze baby doet het goed. Omdat ik deze verloskundige niet kende, moest ik tijdens de bevalling uit mijzelf vertellen hoe ik me voelde en wat ik wilde. Het ging heel erg goed. Heel verrassend was het en zelfs bevrijdend dat ik voor mezelf durfde op te komen."

Na afloop van de postpartum nabespreking werd de therapeut zowel door de patiënt zelf als door haar man omhelst en vertelde de patiënt hoe blij ze was dat ze in staat waren geweest om met elkaar in contact te blijven tijdens de bevalling.

Reflectie op therapeutisch handelen (Casus-2)

De begeleiding van de zwangere met angst voor de bevalling (en haar partner) werd uitgevoerd door een gz-haptotherapeut die ook gediplomeerd is als haptonomisch zwangerschapsbegeleider, i.e., de begeleiding was een compilatie van haptotherapie en zwangerschapshaptonomie.

De uitleg en vaardigheidsoefeningen over het richtingsgevoel bij het persen en het oefenen van opvangen van (pijnlijke) weeën maken standaard deel uit van de zwangerschapshaptonomie. Het tastbaar maken van het verschil tussen wel of geen

gevoelsmatige betrokkenheid hoort daar ook bij. Echter, de gevoelsmatige betrokkenheid van de zwangere was ernstig geblokkeerd. Wellicht werd dit veroorzaakt door negatieve ervaringen van de vorige bevalling, mogelijk dateerde het deels ook al van voor die tijd. Voor deze zwangere waren er in ieder geval enkele haptotherapeutische interventies nodig om de gewenste gevoelsmatige betrokkenheid te realiseren.

De gz-haptotherapeut in deze casus-2 beoordeelde de omhelzing aan het einde van de sessie als gepast. Binnen de therapeut-patiënt relatie heeft de afscheidsomhelzing/knuffel een ontwikkeling doorgemaakt. Dat was veertig jaar geleden heel gewoon, maar dat doen we nu niet meer zomaar uit gewoonte. Als het al gebeurt, dan heeft het een therapeutische functie en gebeurt het eerder in het midden van de sessie dan aan het einde van de therapie(sessie), zodat er na afloop van de ervarings-oefening kan worden gereflecteerd.

Casus-2 zal mogelijk niet direct herkend worden als bekkenbodempromblematiek, omdat er niet specifiek iets aan de hand was met de bekkenbodem zelf. In dit geval ging het om het hele buikgebied waar de bekkenbodem deel van uitmaakt.

Als de buik ter sprake komt, dan wordt er vaak alleen maar gedacht aan de voorzijde van de buik, maar onze buik heeft ook een achterzijde (rug), een bovenzijde (diafragma), en een onderzijde (bekkenbodem). Klachten in en rondom het buikgebied die in het algemeen door patiënten worden genoemd als ze bij de gz-haptotherapeut komen, zijn o.a.: pijn in de rug en stijve wervelkolom en bekken; verhoogde diafragmaspanning, die soms ook tot hyperventilatie leidt; een leeg buikgevoel, een pijnlijke buik en misselijkheid, een spanningsgevoel in de buik; en onvoldoende gevoelsmatige betrokkenheid bij de eigen bekkenbodem (RISP) (Klabbers, 2020). Bij doorvragen blijkt dat er vaak sprake is van meerdere klachten en de auteurs hebben in hun praktijk gemerkt dat daarbij bijna altijd ook sprake is van permanente RISP.

Discussie

Last but not least moeten we de verschillende veranderingen in de hulpvragen bespreken: van hoofdpijn, naar bekkenbodem, naar vaginisme en seksuele problemen, naar wel of geen kinderwens (casus 1); en de verandering van de verhoogde scores op alle vier de dimensies van de 4DKL en angst voor de bevalling, naar ontspannen en voor zichzelf kunnen opkomen, een zachtheid in haar buik voelen en met elkaar verbonden blijven tijdens de bevalling en bevalling (casus 2). Waarom en hoe zijn deze veranderingen tot stand gekomen en wat was de rol van de therapeut in deze ontwikkelingen?

In de beschreven casussen heeft de gz-haptotherapeut gezorgd voor een veilige therapeutische omgeving waarin de patiënten zelf explorerend hun gevoelsmatige betrokkenheid bij zichzelf en met elkaar konden (her)ontdekken. De gz-haptotherapeut zorgde voor een contact, waarin de patiënt zich veilig en vertrouwd voelde en waarin een ontmoeting kon plaatsvinden. In dit contact was er ruimte voor de patiënt om ervaring op te doen met: de uitgangspunten en werkwijze van de haptotherapie; de betreffende therapeut als persoon; de eigen vermogens van de tast en de contactuele gevoelsvermogens; de samenhang tussen het omgaan met zichzelf en anderen; en hoe dat lichamelijk werd ervaren. Bij dit alles speelde de gz-haptotherapeut ook als persoon een rol, want het ging niet alleen sec om de ervaringsoefeningen, maar ook om door wie en hoe de patiënt begeleid werd. Met bijvoorbeeld onrustige therapeutische aanwijzingen wordt er minder rust gecreëerd, dan wanneer er rustig wordt gewerkt. Als zodanig was het ook voor de gz-haptotherapeut zelf van belang om basispresent te zijn.

De beschreven casussen ($n=2$) vormen een weergave van succesvolle behandelingen haptotherapie bij bekkenbodempatiënten en de betreffende patiënten waren na afloop zeer tevreden over de behandeling en over het resultaat.

In beide casuïstiekbeschrijvingen werd de therapeut-patiënt relatie niet expliciet benoemd. De auteurs hopen echter dat de zijnsfactor van de gz-haptotherapeut doorklinkt in de zorgvuldigheid waarmee de beide casussen zijn beschreven.

Een kernwaarde van de haptotherapie is het herstellen van het vermogen om te voelen. De behandeling van het zogenoemde verstoord gevoelsvermogen mag dan ook verondersteld worden medebepalend te zijn voor de meerwaarde van de haptotherapie bij bekkenbodempatiënten.

Beperkingen

(1) Omdat er slechts twee casussen zijn beschreven, kunnen de in dit artikel beschreven positieve uitkomsten van de haptotherapie nog niet veralgemeniseerd worden.

(2) Er zijn geen gevalideerde meetinstrumenten gebruikt die de positieve effecten van haptotherapie kunnen bevestigen.

Sterke punten

(1) Het beeld van de haptotherapie dat in dit artikel wordt geschetst komt volgens de auteurs sterk overeen met de alledaagse werkelijkheid in de praktijk haptotherapie, i.e., het heeft een hoge ecologische validiteit.

(2) Haptotherapie werkt weliswaar soms met richtlijnen, zoals voor bevallingsangst en voor

chronische pijn (werkgroep bevallingsangst, 2021; werkgroep chronische pijn, 2021), maar haptotherapie is bij uitstek ook een tailormade therapie. De auteurs hopen dat dit artikel daarvan een goede indruk geeft.

Aanbeveling voor toekomstig wetenschappelijk onderzoek

Om het positieve effect van haptotherapie bij bekkenbodempatiënten wetenschappelijk te bevestigen, is een grotere groep patiënten nodig.

Het is wenselijk om te onderzoeken bij welke bekkenbodempatiënten haptotherapie zinvol is en bij welke niet, alsmede welke specifieke therapiefactoren hierbij een rol spelen.

Conclusie

In de klinische praktijk blijkt haptotherapie een waardevolle aanvullende therapie te zijn voor mensen met bekkenbodempatiënten. Er is meer klinisch onderzoek nodig om het positieve effect van haptotherapie bij bekkenbodempatiënten wetenschappelijk te bevestigen.

Dankwoord

De patiënten en hun partners die toestemming hebben gegeven om hun casus geanonimiseerd te mogen beschrijven, zijn wij veel dank verschuldigd, evenals de patiënten die ons artikel in de ontwerpfase hebben bestudeerd en van commentaar hebben voorzien.

Emeritus Professor Dr. Ad J. J. M. Vingerhoets bedanken wij graag voor zijn commentaar op de voorlaatste versie van dit artikel.

Bijdragen van de auteurs

Dit artikel is geschreven door de eerste auteur GAK, in samenwerking met PMB, MD, JWH, RRHS, CS en RHdV. Alle auteurs hebben het artikel gelezen en goedgekeurd.

Informatie over de auteurs

¹Dr. Gert A. Klabbers, Postdoctoraal onderzoeker at Tilburg University, Warandelaan 2, 5037 AB Tilburg, Nederland & Haptotherapiepraktijk Ietje Kooi Straweg 25, 7311 GZ Apeldoorn.

²Petra M. Bouwman MSc, Haptotherapiepraktijk Prinses Beatrixlaan 42, 1381 AJ Weesp, Nederland.

³Marjolein Dekker, Haptotherapiepraktijk Noorderplein 7, 7412 VS, Deventer, Nederland. ⁴J. Willem Hagg, Haptotherapiepraktijk Kozakkenlaan 21, 7231 DK Warnsveld, Nederland. ⁵Renske R. Hartesluman, Haptotherapiepraktijk Horn 775, 1381 HC Weesp, Nederland. ⁶Chantal Spil, Haptotherapiepraktijk Geulstraat 20 BG, 1078 LA Amsterdam, Nederland. ⁷Robert H. de Vos MSc MA, Haptotherapiepraktijk Prinses Beatrixlaan 42, 1381 AJ Weesp, Nederland.

Referenties

- Amsterdam Universitair Medische Centrum (UMC) (2023). Informatie beschikbaar via: <https://www.amc.nl/web/home.htm>
- Banaei, M., Kariman, N., Ozgoli, G., Nasiri, M., Roozbeh, N., & Zare, F. (2023). Sexual function among women with vaginismus: a biopsychosocial approach. *The Journal of Sexual Medicine*, 20(3), 298-312.
- Bonitz, V. (2008). Use of physical touch in the “talking cure”: A journey to the outskirts of psychotherapy. *Psychotherapy, Theory, Research, Practice, Training*, 45(3): 391-404.
- Covid-19 pandemic (2019-2023). *Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu*. Informatie beschikbaar via: <https://www.rivm.nl/coronavirus-covid-19>.
- GGZ-standaarden (2022). *Dissociatieve stoornissen*. Informatie beschikbaar via: <https://www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/dissociatieve-stoornissen/introductie>.
- Gray, L., Watt, L., Blass, E.M. (2000). Skin-to-Skin Contact is Analgesic in Healthy Newborns. *Pediatrics*, 2000, 105 (1): 1-6.
- Goodman, M., & Teicher, A. (1988). To touch or not to touch. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 25(4): 492–500.
- Hetherington, A. (1998). The use and abuse of touch in therapy and counselling. *Counselling Psychology Quarterly*, 11(4): 361-364.
- Kertay, L., & Reviere, S. L. (1993). The use of touch in psychotherapy: Theoretical and ethical considerations. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 30(1): 32–40.
- Ketenzorg voor zwangeren met bevallingsangst (2023). Informatie beschikbaar via: www.geboortezorgapeldoorn.nl.
- Klabbers, G.A., Wijma, K., Paarlberg, K. M., Emons, W. H., & Vingerhoets, A. J. (2014). Treatment of severe fear of childbirth with haptotherapy: design of a multicenter randomized controlled trial. *BMC complementary and alternative medicine*, 14(1): 1-10.
- Klabbers, G.A. (2018). *Can haptotherapy reduce fear of childbirth? Some first answers from a randomized controlled trail*. ISBN: 978-90-815247-4-2.
- Klabbers, G.A. (2020). Impaired ability to feel: indication for haptotherapy. *International Journal of Haptonomy and Haptotherapy*, 3: 12-14.
- Klabbers, G. A. (2021). *Hapto-educatie: een kerntaak van de hands-on gezondheidszorghaptotherapeut?* Informatie beschikbaar via: <https://www.gertklabbers.nl/wp-content/uploads/2021/01/Hapto-educatie.pdf>.
- Leijssen, M. (2006). Validation of the body in psychotherapy. *Journal of humanistic psychology*, 46(2): 126-146.
- Main, M., & Solomon, J. (1990). Procedures for identifying infants as disorganized during the Ainsworth Strange Situation. *Attachment in the preschool years: Theory, research, and intervention*, 1, 121-160.
- Merleau-Ponty, M. (1945). *Phénoménologie de la perception*. Parijs: Gallimard.
- MeToo-beweging (2017-2023). *Beweging tegen seksueel grensoverschrijdend gedrag*. Informatie beschikbaar via: <https://nl.wikipedia.org/wiki/MeToo-beweging>.
- Meulen, B.C. ter, Woerkom T.C.A.M. van (2009). Het verklaren van symptomen: lichaam-object en lichaam subject. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 3, 151–160.
- Nederlandse Vereniging voor Bekkenfysiotherapie (2023). Informatie beschikbaar via: <https://www.bekkenfysiotherapie.nl/>.
- Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (2023). Informatie beschikbaar via: <https://www.degynaecoloog.nl/onderwerpen/bekkenbodemp Problemen/>.
- Plooi, E. (2005). *Haptotherapie, Praktijk en theorie*, Amsterdam, Nederland: Harcourt.
- Plooi, E. (2007). *Haptotherapeuten over hun werk, Gevoel voor Leven*. Van der Veer Media: Blaricum, Nederland.
- Plooi, E. (2010). ‘Voel je wel?': Haptotherapie in de eerstelijnsgezondheidszorg. *Bijblijven*, 26: 8–14.
- Plooi, E. (2014). Als aanraken nodig is. *De Psycholoog*, 22-29.
- Plooi, E. (2017). Wij hebben verstand van voelen: *Vakblad sociaal werk*, 5: 30-31.
- Stichting Bekkenbodem Patiënten (2023). Informatie beschikbaar via: <https://bekkenbodem4all.nl/>.
- Storksens, H. T., Eberhard-Gran M., Garthus-Niegel S., Eskild A. (2012). Fear of childbirth; the relation to anxiety and depression. *Acta Obstetrica et Gynaecologica Scandinavica*, 91(2): 237–242.
- Tebbe, B, Terluin, B, & Koelewijn, J.M., (2014). Assessing psychological health in midwifery practice: a validation study of the Four-Dimensional Symptom Questionnaire (4DSQ), a Dutch primary care instrument. *Midwifery*, 29: 608–61.
- Veldman, F. (2007). *Levenslust en Levenskunst. Zin, inhoud en betekenisverlening aan het persoonlijk leven binnen de menselijke samenleving*. Van der Veer Media: Blaricum, Nederland.
- VVH (2023). *Vereniging-van-Haptotherapeuten*, (2023). Informatie beschikbaar via: <https://www.haptotherapeuten-vvh.nl>.
- Werkgroep-bevallingsangst (2021). *Richtlijn haptotherapie bij bevallingsangst*. Informatie beschikbaar via: <https://www.haptotherapeutenapeldoorn.nl/weten-schappelijk-onderzoek-haptotherapie-bij-chronische-pijn-2019-heden/>.
- Werkgroep-chronische-pijn (2021). *Richtlijn haptotherapie bij chronische pijn*. Informatie beschikbaar via: <https://www.haptotherapeutenapeldoorn.nl/weten-schappelijk-onderzoek-haptotherapie-bij-chronische-pijn-2019-heden/>.
- Wijma, K., Wijma, B., & Zar, M. (1998). Psychometric aspects of the W-DEQ; a new questionnaire for the measurement of fear of childbirth. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynaecology*, 19(2): 84-97.