

Haptotherapie bij trauma-gerelateerde klachten: een casuïstiekbeschrijving

Gert A. Klabbers¹

Samenvatting

Dit artikel beschrijft een aantal sessies haptotherapie bij een patiënt met trauma-gerelateerde klachten, die door de huisarts werd verwezen in verband met het vermoeden van een verstoord gevoelsvermogen. Het doel van deze casuïstiekbeschrijving is om inzicht te geven in de processen en dynamieken die zich afspelen binnen de praktijk van de haptotherapie. De werkwijze van de haptotherapeut wordt toegelicht met praktische voorbeelden. Uit de evaluatie blijkt dat de patiënt tevreden was over het resultaat van de behandeling. Het effect van de haptotherapie werd bevestigd door de positieve veranderscores op de 4-Dimensionale Klachten Lijst (4DKL) en de Haptotherapeutische Welbevinden Schaal (HWS), die voor aanvang van de haptotherapie en na acht sessies werden ingevuld. Hoewel de positieve resultaten van deze enkelvoudige casus bemoedigend zijn, kunnen hieruit geen algemene conclusies worden getrokken. Het is daarom aan te bevelen om een kwantitatieve effectmeting uit te voeren om het waargenomen positieve effect te valideren en te onderbouwen, bij voorkeur middels een randomized controlled trial (RCT).

Trefwoorden: trauma-gerelateerde klachten, haptotherapie.

Introductie

Voor de geanonimiseerde publicatie van deze casuïstiekbeschrijving heeft de betreffende patiënt (P.) toestemming gegeven.

Achtergrond

P. (54 jr.) werkt 4 dagen per week in de thuiszorg als verpleegkundige. Ze is weduwe en ze heeft twee volwassen thuiswonende dochters.

Bij binnenkomst zegt ze meteen: “Ik kom hier eigenlijk liever niet, maar ik ben al mijn hele leven schrikachtig en ik ben er nu echt klaar mee”.

In het gesprek dat daarna volgt, blijkt dat ze nooit geklaagd heeft, waarschijnlijk omdat ze werd opgevoed met het motto: ‘flink zijn en doorzetten’. Gaandeweg het intakegesprek begint ze echter zachtjes te huilen als ze vertelt over wat ze heeft meegemaakt.

P.: “In mijn jeugd had ik er nog geen last van, maar het is misgegaan nadat ik op 22-jarige leeftijd een keer aangerand ben door mijn zwager”.

Ze bagatelliseerde het meteen: “Eigenlijk is er niet veel gebeurd, hij heeft alleen maar aan mijn borsten gezeten, maar het voelde echt niet fijn en het was ook daarna heel erg ongemakkelijk. Sindsdien schrik ik altijd als iemand onverwachts te dichtbij komt of me zomaar aanraakt”.

Hulpvraag

P.: “Mijn man is zes jaar geleden overleden en ik wil graag vrienden maken, maar ik voel me geremd om initiatief te nemen vanwege mijn schrikachtigheid. Mijn man accepteerde het en was eraan gewend, maar zo’n man vind ik niet weer. Ik wil niet meer zo schrikken als iemand dichterbij komt of me goedbedoeld aanraakt.”

Aanmelding en intake

P. werd verwezen door haar huisarts in verband met het vermoeden van een ‘verstoord gevoelsvermogen’ (Klabbers, 2020), waarbij haptotherapie mogelijk kan helpen. Tijdens het intakegesprek wordt duidelijk dat het rouwproces vanwege het overlijden van haar man nog actueel is. Het aanhoudende rouwproces was eveneens door de huisarts vastgesteld; de patiënt gaf echter aan daar niet te veel de nadruk op te willen leggen. Zoals zij het verwoordde: “Ik wil mijn man niet vergeten, en mijn rouwproces heeft gewoon meer tijd nodig.” Daarom werd op dit moment een aanvullende consultatie met een psychiater voor verdere diagnostische beoordeling niet aanbevolen. Daarnaast meldde zij fysieke klachten, waaronder frequente hoofdpijn en spierpijn in de nek en onderrug. Volgens de huisarts waren deze klachten hoogstwaarschijnlijk het gevolg van stress- en spanning gerelateerde factoren.

¹ Dr. Gert A. Klabbers. Correspondentie: praktijk@gertklabbers.nl

Artikelgeschiedenis: Ingediend: 16-04-2025, eerste revisie 04-06-2025, tweede revisie 18-06-2025, accepted 23-06-2025.

Vragenlijsten 4DKL en de HWS

Bij aanvang van de haptotherapie en na acht sessies, werd de vierdimensionale klachtenlijst (4DKL) afgenomen (Terluin et al., 2006) en de Haptotherapeutische Welbevinden Schaal (HWS) (Klabbers & Vingerhoets, 2022).

Haptotherapeutische Welbevinden Schaal

De HWS is ontwikkeld om het welbevinden van patiënten te meten vanuit haptotherapeutisch perspectief (Klabbers & Vingerhoets, 2021a, 2022). De HWS bestaat uit veertien klinische items, die elk worden beoordeeld op een 5-punts Likertschaal. De schaal is onderverdeeld in vijf subschalen: psychisch welbevinden (items 1, 9, 11, 14), lichamelijk welbevinden (items 2, 3), autonomie (items 4, 7, 10), relatie tot anderen (items 5, 6, 8), en aanraken en aangeraakt worden (items 12, 13). In een onderzoek naar de effecten van haptotherapie bij patiënten met chronische pijn varieerde de Cronbach's alpha voor de HWS, gemeten op drie verschillende meetmomenten, van .78 tot .89 (Klabbers & Vingerhoets, 2021a). De betrouwbaarheid van de HWS werd bevestigd in twee vervolgstudies (Klabbers & Vingerhoets, 2022; Küçükkaya, Işık, & Rathfisch, 2024).

De totale HWS-score was 29 punten en dat is op de lineaire HWS-schaal van 14-70 punten een lage score inzake welbevinden. De subschalen geven het volgende beeld: *Psychisch welbevinden*: 6 v/d 20 punten (30%), *Lichamelijk welzijn*: 5 v/d 10 punten (50%), *Autonomie*: 11 v/d 15 punten (73,3 %), *Relatie met anderen*: 4 v/d 15 punten (26,7%), *Aanraken en aangeraakt worden*: 2 v/d 10 punten (20%).

Vier Dimensionale Klachten Lijst

De 4DKL bestaat uit 50 items met betrekking tot psychologische en psychosomatische klachten zoals vermeld in de DSM-5-TR (American Psychiatric Association, 2022). Klachten van distress, angst, depressie en somatisatie worden gemeten als afzonderlijke dimensies (Terluin et al., 2006). De schalen van de 4DKL hebben een hoge interne consistentie (Cronbach's alpha: 0.84 tot 0.94) (Terluin et al., 2006). De 4DKL wordt veel gebruikt binnen de haptotherapie en is opgenomen in de richtlijn voor verslaglegging bij haptotherapie (Intramed, 2022).

De 4DKL-scores waren: *Distress*: 24 v/d 32 (75%), *Depressie*: 1 v/d 12 (8,3%), *Angst*: 6 v/d 24 (25%), *Somatisatie*: 16 v/d 32 (50%). Dit betekent respectievelijk dat er ernstige spanningen zijn met een grote kans op disfunctioneren, dat er waarschijnlijk geen depressieve stoornis is en geen angststoornis, en dat er mogelijke somatisatie is met dreigend disfunctioneren.

SCEGS + A

Als hulpmiddel bij het gesprek om samen met P. te komen tot een verklaring van de klachten of een gezamenlijke probleemdefinitie werd gebruik gemaakt van het SCEGS-model (Somatisch, Cognitief, Emotioneel, Gedragmatig, Sociaal) (Hoedeman, Wijers, van der Beek & te Koppele, 2006). De SCEGS werd uitgebreid met vragen over Affectiviteit (Klabbers, 2023). **Somatisch**: Klaagt over hoofdpijn, gespannen nek-schouderspieren en pijnlijke gespannen onderrug. **Cognitief**: Begrijpt dat het verstandig is om haar copingstijl van 'flinkzijn en doorzetten' te veranderen. **Emotioneel**: Is af en toe verdrietig¹, maar drukt dat dan weg. Bij aanvang van de therapie is het nog niet meteen duidelijk of het verdriet het grensoverschrijdend gedrag betreft, het rouwproces, of anderszins. **Gedrag**: Doet vaak haar best om zoveel als mogelijk iedereen tevreden te houden en kan moeilijk grenzen aangeven. **Sociaal**: Geeft graag aandacht aan anderen. Wil zelf liever niet op de voorgrond staan. **Affectief**: Komt uit een warm gezin en is als kind bekend met hartelijkheid en tederheid, maar zoals ze dat zelf zegt: "dat gevoel is me afgenomen".

Onderzoek

Waarneming

Bij binnenkomst geeft P. me een hand, maar ik voel alleen haar vingers die ze in mijn hand legt en ze maakt geen contact. Terwijl ze gaat zitten, kijkt P. onwennig om zich heen, ze vertoont veel motorische onrust tijdens het intakegesprek en ze heeft een oppervlakkige ademhaling.

Lichamelijk

Haar nek- en schouderspieren zijn pijnlijk en haar hele bovenlichaam is gespannen. Haar benen lijken gevoelsmatig niet te bestaan, want ze zegt: "Ik voel ze niet".

Contact

Tijdens oefeningen wordt duidelijk dat P. weliswaar bereidwillig overal aan meedoet, maar dat ze er gevoelsmatig niet bij betrokken is. Ze geeft zich niet en dat lijkt geen keuze te zijn, maar onvermogen, want ze is zich ervan bewust en zegt: "Het lukt me niet, ik doe het wel, maar het voelt alsof ik er niet echt bij ben".

Contra-indicaties

Voor de volledigheid dient vermeld te worden dat er contra-indicaties zijn voor haptotherapie, namelijk als er sprake is van ernstige psychiatrische symptomen die niet- of onvoldoende onder controle zijn, zodat zelfs met ondersteuning van psychiatrische medebehandeling, een werkzame behandelrelatie niet mogelijk is of als er taal- of communicatieproblemen zijn, die het volgen van haptotherapie onmogelijk maken. In deze casus werden geen contra-indicaties vastgesteld.

Behandeling

Plan

Samen met P. werd een behandelplan besproken op basis van de uitkomsten van de intake en het onderzoek, alsmede de uitkomsten van de vragenlijsten. Afgesproken werd dat de hulpvraag van P. centraal zou staan en dat gaandeweg aandacht zou worden besteed aan zowel het rouwproces vanwege het overlijden van haar man als het verwerken van de aanranding.

Doelstelling

P. zegt tevreden over de therapie te zijn, als ze minder schrikachtig wordt en zich wat vrijer voelt in het contact met anderen. Ze hoopt ook dat de lichamelijke klachten zullen afnemen.

Behandelverslag

De eerste (intake)sessie deed een flink appel op het nadenkend vermogen van de patiënt en de therapeut. Immers, vragenlijsten invullen, vragen stellen en beantwoorden, samen op een rij zetten wat er precies aan de hand is en gezamenlijk een behandelstrategie bespreken, is toch vooral een hoofdactiviteit, ook al komen er af en toe tranen en wordt er ook gevoeld.

Om vertrouwd te raken met werkwijze van de haptotherapie werd afgesproken om na de eerste (intake)sessie tenminste twee sessies uit te trekken om kennis te maken met enkele lichaamsgerichte ervaringsoefeningen en de affectieve contactgerichte therapeutische aanraking.

Inleiding op drie oefeningen

“Mensen kunnen zichzelf voelend waarnemen, gevoel hebben voor de ruimte om zich heen en ze kunnen gevoel hebben voor andere mensen. Mensen kunnen invoelen, aanvoelen, doorvoelen, meevoelen en bovenal kunnen zij innerlijke gemoedsbelevingen bij zichzelf en bij de ander gewaarworden en gewaarzijn.” (Klabbers, 2020). Echter, al dat voelen begint en eindigt bij jezelf en als dat door gebeurtenissen in iemands leven is verstoord, dan is er een zorgvuldige opbouw nodig om iemand opnieuw de weg te wijzen. Die opbouw zag er in deze situatie als volgt uit:

Oefening op de stoel

P. zat tijdens de eerste (intake)sessie voortdurend op het puntje van haar stoel en ook bij aanvang van de tweede sessie zat zij voorop de stoel alsof ze aanstalten maakte om op te staan. Therapeut (T): zou je eens naar achteren willen schuiven totdat je helemaal achterin de stoel zit, laat je voeten plat op de grond staan en zoek met je rug contact met de rugleuning. Gewillig deed P. alles wat T. vroeg. Echter, ze maakte nog steeds een indruk alsof ze klaar was om op te staan. T.: “Wil je je rechterschoen eens uittrekken, voel eens of dan het contact met de grond rechts anders aanvoelt dan links”. P.: “Ja, dat voelt wel anders”. T.: “Als je nu mag kiezen, wil je dan je rechterschoen weer aantrekken of

wil je liever je linkerschoen uittrekken.” P.: “Dan heb ik liever mijn beide schoenen uit”. T.: “Je bent nu met je voeten aan het voelen. Kun je op eenzelfde manier met je zitvlak de stoelzitting voelen en met je rug de rugleuning?” Zogezegd, zo gedaan. T.: “Merk je verschil in de manier waarop je nu zit?”. P.: “Ja, ik zat net op de stoel en ik zit nu meer in de stoel en mijn benen worden rustiger”.

Vanuit het perspectief van de lezer lijkt het misschien alsof het uitvoeren van deze oefening ongeveer vijf minuten in beslag neemt. In de praktijk duurde deze oefening echter veel langer, omdat er tussendoor telkens gesprekken ontstonden over het algemeen dagelijks leven waarin P. het tegenkwam dat als ze op een stoel zat, niet echt ging zitten. En het raakte haar dat ze met zo’n eenvoudige oefening even tot stilstand kwam en iets ging voelen, al was het nog maar een stoel en het gevoel dat het zonder schoenen fijner aanvoelt dan met schoenen.

Oefening met jezelf

T.: “zou je met je beide handen je rechterbeen willen aanraken, je bovenbeen, je knie en voor zover je erbij kunt je onderbeen en neem even je tijd om dat een aantal keren rustig te herhalen”. P. verricht de handeling in eerste instantie mechanisch. T.: “Doe maar net of je washandjes om je handen hebt en je been gaat wassen”. Na een aantal herhalingen vraagt T. aan P.: “Voel je nu een verschil tussen je rechterbeen en je linkerbeen?”. P.: “Ja, het lijkt alsof ik de aanwezigheid van mijn rechterbeen iets beter voel”. T.: “Hoe zou dat veranderd zijn?”. P.: “Omdat ik dat been aangeraakt heb”. T.: “Welk been voelt fijner?”. P.: “Mijn rechterbeen”. T.: “Wat zou je nu kunnen doen?”. P. lacht en zegt: “Mijn andere been ook aanraken?”. T.: “Wat let je, ga je gang”.

Hiernavolgend ontstaat een gesprek over zelfzorg en je eigen lichaam aanraken. Het zijn kleine stapjes op weg naar meer vertrouwd raken met voelen.

Inmiddels zijn er drie sessies voorbij en zes weken verstreken, waarin de intake en beide oefeningen hebben plaatsgevonden en herhaald zijn, en staat de volgende keer het onderwerp ‘contact’ op de agenda.

Oefening samen met de therapeut

P. ligt gekleed op haar buik op de behandeltafel. T.: mag ik een hand op je rug leggen?”. P.: “Oké”. T. legt een hand op haar rug en voelt dat P. verstijfd en zich schrap zet tegen wat komen gaat. T.: “Weet je nog dat we de oefening op de stoel hebben gedaan, waarbij je met je voeten de grond voelde en met je zitvlak de stoelzitting en met je rug de leuning van de stoel? Wil je nu op dezelfde manier de behandeltafel voelen waarop je ligt. Als de aandacht van P. zich op de behandeltafel richt, lijkt ze iets minder alert te worden. De contouren van de spieren in haar nek verzachten en ze legt bijna haar hoofd echt neer. T.: “Leg je hoofd maar echt op de behandeltafel en neem even de tijd om te wennen aan alle indrukken”. Het duurt even en dan klinkt er een

diepe zucht als P. de controle loslaat en schijnbaar ook de hand van T. op haar rug even is vergeten. T. wacht nog even en zegt dan: “Zoals je je kunt richten op wat je voelt van de behandeltafel waarop je ligt, zo kun je je ook richten op wat je voelt van mijn hand op je rug. Heb er ook maar gevoel voor dat daar een arm aan vastzit en dat die arm aan mij vastzit.” Als P. nog even aan het zoeken is, zegt T.: “We hebben geen haast, neem je tijd om te onderzoeken wat er te voelen is”. Een tijdje later gaat P. plotseling rechtop zitten en zegt ze: “Zo is het genoeg”. T.: “Prima, kom maar weer op de stoel zitten, dan kunnen we nog even napraten”.

In het gesprek dat volgt, vertelde P. dat het wel fijn voelde om even los te laten, maar dat ze er ook van schrok toen ze echt even contact voelde. P.: “Ik kan er echt niets aan doen, het voelde op een bepaalde manier wel goed, maar voordat ik het mij beseftte zat ik rechtop”. T.: “Zou het zo kunnen zijn dat je datgene waar je naar op zoek bent, zoals hartelijkheid, tederheid en echt menselijk contact waarin je je kunt geven, dat je daar behoefte aan hebt, maar dat je dat tegelijkertijd niet (meer) zo goed kunt verdragen?”. Dit werd door P. bevestigd.

Aan het einde van deze vierde sessie ontstond een kantelpunt in de therapie: P. realiseerde zich dat als ze het voelen in haar leven wilde herontdekken en zich verder wilde ontwikkelen, dat er een soort van exposure nodig was. P.: “De therapie brengt me telkens bij een keuzemoment om het wel of niet aan te gaan en daarbij kom ik ook emoties tegen. Laten we daar de volgende keer maar gewoon mee doorgaan”.

Herstellen en verwerken

P. werd door de haptotherapeut op een affectieve contactgerichte therapeutische manier aangeraakt, met als doel haar te helpen opnieuw te voelen waar en hoe zij in haar lichaam aanwezig was. Tijdens de vijfde sessie raakte P. heftig geëmotioneerd. Het is dan van belang dat de T. in de affectieve contactgerichte therapeutische aanraking present kan blijven bij zichzelf en de P. om zodoende P. ruimte te bieden om in het hier en nu in contact te kunnen blijven met haar emoties en haar lichaam.

Affectieve contactgerichte therapeutische aanraking kan bedoeld zijn om te bemoedigen, te beschermen, emoties los te maken, gerust te stellen, te bevestigen, verborgen inhoud open te leggen en te confronteren (Leijssen, 2006). Binnen de haptotherapie wordt daarnaast benadrukt dat aanraking kan helpen om de patiënt vertrouwd te maken met het openen en sluiten voor gevoelsindrukken, het waarnemen van zichzelf via het voelen, het voelbaar aanwezig zijn, het ontwikkelen van gevoel voor de ruimte om zich heen en het afstemmen op andere mensen in diezelfde ruimte (Klabbers, 2021).

De dynamiek in deze sessie was duidelijk anders dan de sessies in het begin van de therapie, i.e., tijdens de eerste vier sessies was er vooral aandacht voor het

opbouwen van een vertrouwensrelatie en het herstellen van het (verstoorde) gevoelsvermogen en tijdens de vijfde sessie lag het accent met name op het psychisch verwerken van de traumatische gebeurtenis.

Na een tijdje zei T.: “Hoe is het nu?” P.: “Ik voel opluchting en ik wil wel graag wat vertellen”.

Hierna ontstond een gesprek over wat er destijds was voorgevallen. Dat had P. tijdens de intake al een keer kort genoemd, maar nu begon ze er echt over te praten, terwijl de tranen vrijelijk bleven stromen. Dit proces heeft zich nog enkele malen herhaald tijdens de erop volgende sessies 6 t/m 8.

Evaluatie

Na 8 sessies haptotherapie werden nogmaals de 4DKL en de HWS afgenomen. De 4DKL-scores waren: Distress 8 van de 32 (25%), Depressie 1 van de 12 (8.3%), Angst 5 van de 24 (41.7%), Somatisatie 12 van de 32 (37.5%), i.e., de resultaten vergeleken met de eerste metingen: Distress -16, Depressie 0, Angst -1, Somatisatie -4. Dit betekent met name dat er sprake was van minder stressklachten.

De HWS-score was: 48 van de 70 punten (64%), wat duidt op een flinke verbetering van welbevinden. De subschalen geven het volgende beeld: *psychisch welbevinden* 14 v/d 20 punten (70%), *lichamelijk welzijn* 7 v/d 10 punten (70%), *autonomie* 11 v/d 15 punten (73.3 %), *relatie met anderen* 10 v/d 15 punten (66.7%), *aanraken en aangeraakt worden* 6 v/d 10 punten (60%), i.e., de resultaten vergeleken met de eerste metingen: psychisch welbevinden +8, lichamelijk welbevinden +2, autonomie 0, relatie tot anderen +6, en aanraken en aangeraakt worden +4.

De positievere scores op de 4DKL en de HWS werden tijdens de evaluatie door P. bevestigd, want ze voelde zich een stuk beter, ze had minder vaak hoofdpijn en ook minder last van haar rug. Nieuwe vrienden maken, dat was er nog niet echt van gekomen, maar ze begreep wel dat zoiets ook moet ontstaan. Ze voelde zich wat vrijer en gemakkelijker in het contact met anderen en had er vertrouwen in dat het wel goed zou komen.

P. had zich inmiddels opgegeven voor een schildercursus en ze was gestart bij een sportclub en alles bij elkaar was ze daar heel tevreden over. P.: “De grootste winst is dat ik minder schrikachtig ben en met mijn gevoel meer in het hier en nu ben”.

Ze was af en toe nog wel verdrietig vanwege het overlijden van haar man, maar dat bleek ze achteraf bekeken eigenlijk grotendeels al verwerkt te hebben voor aanvang van de therapie. Bij aanvang van de therapie was vooral de traumatische gebeurtenis die destijds op 22-jarige leeftijd had plaatsgevonden, nog actueel. Echter, inmiddels was ook dat voor haar voldoende aangeraakt en besproken, om te kunnen zeggen dat het verwerkingsproces daarvan op gang was gekomen.

Daarna werden twee vervolgsessies gepland, ongeveer vier weken en vier maanden later, waarna de

therapie werd afgesloten. Bij beëindiging van de therapie werden geen verdere metingen uitgevoerd.

Discussie

Haptotherapie lijkt een positief effect te hebben gehad. De langetermijneffecten daarvan zijn nog niet beschikbaar.

Haptotherapie maakt gebruik van inzichtgevende gesprekken, lichaamsgerichte ervaringsoefeningen en affectieve contactgerichte therapeutische aanraking.

Specifieke en aspecifieke therapiefactoren binnen de haptotherapie zijn recent uitvoerig besproken in twee artikelen (Klabbers & Vingerhoets, 2021b.; Klabbers, Boot, Dekker & Hagg, 2024). Het is aannemelijk dat deze factoren ook van toepassing zijn op deze casus.

Echter, om in de veelheid van alle specifieke en aspecifieke therapiefactoren die waarschijnlijk een cumulatieve rol spelen binnen de haptotherapie, de meest essentiële factor te bepalen, is meer wetenschappelijk onderzoek nodig.

Als deze factor bekend zou zijn, dan blijft nog staan de vraag hoe het werkt, i.e., wat gebeurt er precies in de black box van de haptotherapie?

Het is bekend dat de kwaliteit van de therapeut-patiënt relatie één van de belangrijkste factoren voor een succesvol therapieverloop is (Horvath, Del Re, Flückiger, & Symonds, 2011).

Volgens de auteur treden de meest gunstige uitkomsten waarschijnlijk op wanneer dit wordt gecombineerd met een degelijke methodologie.

In deze casuïstiekbeschrijving wordt na het opbouwen van een veilige therapeut-patiënt relatie gesproken over de psychische verwerking van een traumatische ervaring en het herstellen van een (verstoord) gevoelsvermogen.

Verondersteld mag worden dat deze processen binnen de haptotherapie nauw met elkaar zijn verbonden en in deze casus blijkt haptotherapie effectief te zijn.

Hoewel talrijke op aanraking gebaseerde interventies zijn onderzocht (Packheiser, Hartmann, Fredriksen, Gazzola, Keysers, & Michon, 2024), zijn er nog maar weinig gerandomiseerde gecontroleerde onderzoeken (RCT's) die de effectiviteit van haptotherapie aantonen. Om deze bevindingen te kunnen generaliseren, is daarom verder wetenschappelijk onderzoek naar haptotherapie noodzakelijk.

Persisterende Rouwstoornis

Hoewel de therapeutische interventie als succesvol werd beschouwd, vroeg de auteur/haptotherapeut zich achteraf af of het rouwproces tijdens de behandeling voldoende aandacht had gekregen. Met name rees de vraag of de symptomen van de cliënt voldeden aan de diagnostische criteria voor een *Persisterende Rouwstoornis*, zoals gedefinieerd in de DSM-5-TR (American Psychiatric Association, 2022).

P. gaf expliciet de voorkeur aan om de nadruk op het rouwproces te beperken, een voorkeur die werd gerespecteerd door de behandelend haptotherapeut. Deze vermijding zou echter op zichzelf een mogelijke manifestatie kunnen zijn van een Persisterende Rouwstoornis.

Een belangrijk overweging in het klinisch redeneren was dat P.'s primaire klachten — namelijk nervositeit en een verhoogde schrikreactie — al aanwezig waren vóór het overlijden van haar partner. Bovendien bleef haar sociaal en beroepsmatig functioneren grotendeels intact. De gepresenteerde symptomen zouden ook verklaard kunnen worden door een eerdere traumatische ervaring met seksueel geweld.

Traumaverwerking op Meerdere Niveaus

Binnen de haptotherapie wordt traumaverwerking benaderd als een proces dat zich op meerdere, onderling verbonden niveaus voltrekt. Traumatische ervaringen laten niet alleen sporen na in het cognitieve en emotionele functioneren, maar nestelen zich vaak ook in het lichaam en beïnvloeden het relationele en existentiële bewustzijn van de cliënt.

Cognitieve schema's kunnen verstarren of vermijdend worden, wat het proces van betekenisverlening verstoort en het mentale gevoel van veiligheid ondermijnt (Ehlers & Clark, 2000). Op emotioneel vlak uit trauma zich vaak in onderdrukte of onregelde reacties, waarbij gevoelens van angst, schaamte of machteloosheid de toegang tot het eigen gevoelsleven belemmeren (Van der Kolk, 2014). Lichamelijk komt dit regelmatig tot uiting in verhoogde spierspanning, een verstoord lichaamsbewustzijn of een gebrek aan affectieve afstemming op het lichaam (Ogden, Minton & Pain, 2006; Levine, 2010).

In de haptotherapie krijgt dit lichamelijke niveau expliciete aandacht door middel van affectief, contactgericht therapeutisch aanraken en ervaringsgerichte lichaamsgerichte oefeningen. Deze zijn gericht op het herstellen van belichaamd aanwezig zijn en het bevorderen van affectieve afstemming. Ook het relationele niveau speelt een centrale rol: trauma verstoort vaak het vermogen tot veilige, afgestemde nabijheid en vertrouwen. De haptotherapeutische relatie biedt een veilige context waarin de cliënt opnieuw kan ervaren wat het betekent om in contact te zijn, zonder overspoeld of afgewezen te worden (Herman, 1992).

Soms raakt trauma ook aan existentiële thema's, zoals verlies van zingeving of een gevoel van vervreemding van zichzelf en de wereld. Haptotherapie biedt ruimte om deze diepere lagen in het lichamelijke hier-en-nu ervaarbaar te maken, en zo bij te dragen aan integratie tussen voelen, denken en zijn (Levine, 2010).

De beschreven casus laat zien hoe het werken op deze verschillende niveaus een proces van heling op gang kan brengen, waarbij ruimte ontstaat voor hernieuwde verbinding met zichzelf en de wereld.

Beperkingen

Dit artikel beschrijft slechts één casus en op grond daarvan kunnen geen algemene conclusies getrokken worden, evengoed is deze casuïstiekbeschrijving toereikend om een indruk te krijgen van de potentiële reikwijdte van de HT. Het feit dat de 4DSQ en de HWS bij de afronding niet opnieuw zijn afgenomen, benadrukt een veelvoorkomende uitdaging in de klinische praktijk, waar casussen die aanvankelijk als reguliere zorg worden behandeld, later worden gebruikt voor academische rapportage. Het ontbreken van aanvullende gestandaardiseerde metingen bij het beëindigen van de therapie kan de diepgang van de empirische analyse en de stevigheid van de uitkomstbeoordeling beperken. Tijdige bewustwording van onderzoek intenties kan leiden tot meer systematische dataverzameling, wat de validiteit en generaliseerbaarheid van casus gebonden bewijs vergroot. Dit onderstreept het belang van het integreren van een onderzoek gerichte benadering binnen klinische werkprocessen om zowel de patiëntenzorg als de wetenschappelijke bijdrage te optimaliseren.

Sterke punten

Deze casuïstiekbeschrijving heeft een hoge ecologische validiteit, i.e., het geeft een goed beeld van wat en hoe haptotherapie bij kan dragen aan de behandeling van trauma-gerelateerde klachten en hoe dat opgebouwd wordt.

Conclusie

Hoewel de positieve resultaten van deze individuele casus bemoedigend zijn, kunnen er geen algemene conclusies worden getrokken op basis van één casuïstiekbeschrijving. Daarom wordt aanbevolen om kwantitatief onderzoek uit te voeren om de geobserveerde uitkomsten te valideren en te onderbouwen, bij voorkeur in de vorm van een gerandomiseerde gecontroleerde trial (RCT).

Dankwoord

Collega haptotherapeuten Henriëtte van de Goor, Willem Hagg en Lonneke Kegels, hartelijk dank voor jullie waardevolle feedback op (delen van) de conceptversie van deze casuïstiekbeschrijving.

Auteurgegevens

¹ Dr. Gert A. Klabbers, haptotherapeut, Therapiecentrum, Ietje Kooistraweg 25, 7311 GZ Apeldoorn, Nederland & Postdoctoraal onderzoeker aan de Universiteit van Tilburg, Warandalaan 2, 5037 AB Tilburg, Nederland.

Literatuurlijst

American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.;

- DSM-5-TR). American Psychiatric Publishing. ISBN-13: 978-0-89042-576-3.
- Ehlers, A., & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38(4), 319–345.
[https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(99\)00123-0](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(99)00123-0)
- Herman, J. L. (2015). *Trauma and recovery: The aftermath of violence from domestic abuse to political terror* (Orig. pub. 1992; Rev. ed.). Basic Books.
ISBN-13: 978-0465061716
- Hoedeman, R., Wijers, J. H. L., Beek, E. J. van der, Koppele, A. te (2006). Toepassing van het SCEGS-model in de begeleiding van somatiserende werknemers. *Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde*, 14: p. 441 444.
<https://doi.org/10.1007/BF03074454>
- Horvath, A. O., Del Re, A. C., Flückiger, C., & Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy*, 48(1), 9.
<https://doi.org/10.1037/a0022186>
- Intramed (2025). *Intramed online for haptotherapy*. Beschikbaar via: <https://www.intramed.nl/wp-content/uploads/Intramed-Online-voor-haptotherapie.pdf>.
- Klabbers, G. A. (2020). Impaired ability to feel: indication for haptotherapy. *International Journal of Haptonomy and Haptotherapy*, 3, 12-14.
<https://doi.org/10.61370/fjnc3900>
- Klabbers, G. A. (2021). *Hapto-educatie: een kerntaak van de hands-on gezondheidszorghaptotherapeut*. Beschikbaar via: <https://www.gertklabbers.nl/wp-content/uploads/2021/01/Hapto-educatie.pdf>
- Klabbers, G. A., & Vingerhoets A. J. J. M. (2021a). What is the effect of haptotherapy on patients with chronic pain? *International Journal of Haptonomy and Haptotherapy*, 1:1-9.
<https://doi.org/10.61370/xzug1370>
- Klabbers, G. A., & Vingerhoets, A. J. J. M. (2021b). Satisfaction and specific and non-specific therapy factors: haptotherapy from a patient perspective. *International Journal of Haptonomy and Haptotherapy*, 3, 20-29.
<https://doi.org/10.61370/llsi4445>
- Klabbers, G. A., & Vingerhoets A. J. J. M. (2022). Measuring patient well-being: an exploratory study of the Haptotherapeutic Well-being Scale (HWS). *International Journal of Haptonomy and Haptotherapy*, 1:1-7. <https://doi.org/10.61370/vnby4466>
- Klabbers, G. A. (2023). Clinical reasoning in Haptotherapy: Use of the SCEBS and Questions about Affectivity. *International Journal of Haptonomy and Haptotherapy*, 11(2):9-11.
<https://doi.org/10.61370/idvx9733>
- Klabbers, G. A., Boot, B., Dekker, M., & Hagg, J. W. (2024). Mechanisms of Haptotherapy: specific and nonspecific therapy factors. *International Journal of Haptonomy and Haptotherapy*, 12(1), 1-7.
<https://doi.org/10.61370/veme5018>

- Küçükkaya, B., Işık, H. K., & Rathfisch, G. (2024). Turkish validity and reliability of the Haptotherapeutic Well-Being Scale. *BMC Complementary Medicine and Therapies*, 24(1), 323. <https://doi.org/10.1186/s12906-024-04613-z>
- Leijssen, M. (2006). Validation of the body in psychotherapy. *Journal of humanistic psychology*, 46(2): p. 126-146. <https://doi.org/10.1177/0022167805283782>
- Levine, P. A. (2010). *In an unspoken voice: How the body releases trauma and restores goodness*. North Atlantic Books. ISBN-13: 978-1556439438
- Ogden, P., Minton, K., & Pain, C. (2006). *Trauma and the body: A sensorimotor approach to psychotherapy*. W. W. Norton & Company. ISBN 0-393-70457-2
- Packheiser, J., Hartmann, H., Fredriksen, K., Gazzola, V., Keyzers, C., & Michon, F. (2024). A systematic review and multivariate meta-analysis of the physical and mental health benefits of touch interventions. *Nature human behaviour*, 8(6), 1088-1107. <https://doi.org/10.1038/s41562-024-01841-8>
- Terluin, B., Marwijk, H. W. van, Adèr, H. J., Vet, H. C. de, Penninx, B. W., Hermens, M. L., Boeijen C. A. van, Balkom A. J. L. M. van, Klink J. J. L. van der & Stalman, W. A. (2006). The Four-Dimensional Symptom Questionnaire (4DSQ): a validation study of a multidimensional self-report questionnaire to assess distress, depression, anxiety, and somatization. *BMC Psychiatry*, 6(1), 1-20. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-6-34>
- Van der Kolk, B. A. (2014). *The body keeps the score: Brain, mind, and body in the healing of trauma*. New York, 3.