

Van overleven naar leven na een CVA

Een aanzet tot structurering van behandeling van status na CVA vanuit

haptotherapeutisch perspectief

Françoise Wibbels-Pancras, GZ-haptotherapeute, Haptonomie Hengelo, Hermanstraat 1, 7553

LA Hengelo, contact@haptonomiehengelo.nl

Keywords: affective touch, CVA, fasen van herstel, haptotherapie, haptonomie, niet aangeboren hersenletsel, revalidatie, sensorische integratie, trauma.

Samenvatting

In dit artikel is aan de hand van een casus het herstelproces vanuit haptotherapeutisch perspectief na een cerebrovasculair accident beschreven. Dit artikel introduceert tevens 3 fasen van herstel vanuit haptotherapeutisch perspectief: van overleven naar hervinden naar leven, geïnspireerd op de fasen van herstel vanuit psychisch trauma zoals beschreven door Judith Herman (Herman, 2017). Er is voor gekozen om de theorie en modellen van Frans Veldman (Veldman, 2007) als uitgangspunt te nemen. Omdat in dit artikel ook wordt getracht niet-haptonomisch geschoolde zorgprofessionals een inkijk te geven in het gedachtengoed en de werkwijze van de haptotherapeut, worden deze toegelicht.

Deze fasen kunnen als basis dienen om een behandelrichtlijn te ontwikkelen voor haptotherapie na status van een cerebrovasculair accident in de tweedelijnsgezondheidszorg. Op basis van deze behandelrichtlijn kunnen de haptotherapeut en de cliënt in overleg een zinvol behandelplan formuleren waarbij de voorkeuren van de cliënt centraal staan. Deze behandelrichtlijn kan tevens dienen als theoretisch document voor verder onderzoek naar haptotherapie en CVA.

Inleiding

Haptotherapie is een therapievorm waarbij aanraken, voelen (zowel het aanspreken van de interoceptie, proprioceptie als de exteroceptie), beleven, bewogen worden, verbondenheid, hechten/onthechten belangrijke kernwaardes zijn. Voelen en aanraken kunnen als de taal gezien worden waarmee de haptotherapeut met zijn patiënt/cliënt communiceert. Door middel van aanraking, één van de voornaamste contactinterventies binnen de haptotherapie, laat de haptotherapeut de cliënt zich bewust worden van de gevoelens, emoties en/of andere signalen van zijn lichaam en hoe hij hierover verbaal of non-verbaal over communiceert. Haptonomie is de kennis waarop de haptotherapie gestoeld is. De haptonomie is ontstaan uit het holistisch mensbeeld van de fenomenologische antropologie (Buytendijk, Rümke, Lersch, van den Berg, Merleau-Ponty en Binswanger (Veldman, 2004; Verhoeven, 2013)). Ze heeft ook raakvlakken met non-dirigistische psychologische stromingen zoals de existentiële en humanistische (Rogers, Maslow (Veldman, 2004)).

Haptotherapie is een behandelvorm die met haar interventies aansluit op het proces en hulpvraag van de cliënt. In het algemeen wordt er begonnen met enkele introductiesessies (Instituut Toegepaste Haptonomie, 2017; Lindeboom, 2012; Veldman, 2004), die ook hapto-educatie genoemd kunnen worden (Klabbers, 2021). Hierbij laat de haptotherapeut de cliënt ervaren hoe hij zelf over zijn vermogens tot voelen kan beschikken en welke uitwerkingen dit heeft op zijn gevoel van innerlijke veiligheid, gevoel van zelfbeschikking, musculaire basistonus, arousal, ademhaling en interactie met de ander. Daarnaast volgt de haptotherapeut het proces van de cliënt en stemt zijn behandeling daarop af. Verreweg de meeste haptotherapeuten werken in Nederland in de particuliere praktijk die gepositioneerd is in de eerstelijnsgezondheidszorg.

In Nederland is revalideren van een cerebrovasculair accident (CVA) georganiseerd in regionale ketenzorg. Haptotherapie maakt tot op heden, op een enkele uitzondering na, geen onderdeel uit van deze ketenzorg. Als een patiënt met een status na CVA een traject haptotherapie zou willen dan moet hij dat zelf initiëren.

Om de complexiteit aan zorgaanbod te coördineren en waarborgen zijn duidelijke afspraken gemaakt met de verschillende deelnemende zorginstellingen en zorgprofessionals. In de acute fase ligt de patiënt nog op de stroke unit van het ziekenhuis en is de neuroloog verantwoordelijk voor het stellen van prioriteiten in behandeling. Nadien wordt een individueel behandelplan voor revalidatie opgesteld door een multidisciplinair team. Dit team kan bestaan uit: een neuroloog, revalidatiearts, huisarts, arts-assistent, verpleegkundig specialist, verpleging en verzorging, fysiotherapeut, ergotherapeut, logopedist, diëtist, maatschappelijk werkende, psycholoog, activiteitentherapeut, re-integratiebegeleider en/of bewegingsagoog. Afhankelijk van de zorgbehoefte in het beloop van herstel kan de samenstelling van dit multidisciplinaire team veranderen. Deze verschillen zorgprofessionals hebben regelmatig met elkaar een multidisciplinair overleg (MDO). Afhankelijk van de complexiteit van het klachtenbeeld wordt ervoor gekozen om de patiënt vanuit de thuissituatie te laten revalideren 1) met de niet gespecialiseerde eerstelijnszorg, 2) met dagbehandeling of poliklinische geriatrische revalidatie in het verpleeghuis of 3) met poliklinische revalidatiebehandeling op een revalidatieafdeling van het ziekenhuis of een revalidatiecentrum. Bij toenemende complexiteit of onvoldoende steunmogelijkheid in de thuissituatie is 4) klinische geriatrische revalidatie in een verpleeghuis of 5) klinische revalidatie in een revalidatiecentrum geïndiceerd (Limburg, Voogdt & Werkgroep Zorgstandaard CVA/TIA, 2012)

De doestelling van dit artikel is om aan de hand van een casus het herstelproces na een CVA te beschrijven en te ordenen vanuit haptotherapeutisch perspectief. Deze ordening kan

verder ontwikkeld worden tot een leidraad waardoor de haptotherapie over theoretische documenten beschikt die collega's die in de tweedelijsgezondheidszorg werkzaam zijn, zouden kunnen gebruiken en dat deelname aan bovenstaande multidisciplinaire behandelteams zou kunnen faciliteren.

Er is voor gekozen om de theorie en modellen van Frans Veldman (Veldman, 2007) als uitgangspunt te nemen. Kijkend naar de haptonomische fenomenen, helpen zijn theoretische begrippen in het structuur aanbrengen bij een herstelproces na een CVA. Dit artikel introduceert 3 fasen van herstel vanuit haptotherapeutisch perspectief (overleven – hervinden – leven) om theorie en praktijk bij elkaar te brengen.

De haptonomische nomenclatuur

De grondlegger van de haptonomie, Frans Veldman heeft de fenomenen van de tast (zoals hij het eind jaren 60 en 70 van de vorige eeuw nog noemde) geobserveerd, bestudeerd en zijn bevindingen op schrift vastgelegd. Twee van zijn boeken, (ref. Haptonomie Wetenschap van de Affectiviteit (Veldman, 1988) en Levenslust en Levenskunst (Veldman, 2007)) worden gezien als standaardwerken van de haptonomie. Om de wetenschap van de haptonomie te beschrijven, te bestuderen en verder te ontwikkelen heeft hij haptonomische begrippen en modellen geïntroduceerd. De begrippen die het meest van toepassing zijn op deze casus zullen in dit artikel beknopt beschreven worden. Voor verdere verdieping van de nomenclatuur wordt naar de twee bovengenoemde werken verwezen.

Extentus insensus, rationalis en affectus

Binnen de haptonomie wordt onderscheid gemaakt tussen hoe een mens zich verhoudt tot zichzelf, zijn medemens en de wereld. De kwaliteit van het uitreiken binnen zichzelf en naar een ander wordt onderverdeeld in verschillende extenti.

De extentus insensus wordt gekenmerkt doordat personen op zichzelf teruggeworpen zijn en meer vanuit wantrouwen de ander tegenmoet treden en de behoefte vertonen controle te willen houden over hun leven. Zij hebben weinig bewustzijn van hun innerlijke gevoelens en beweegredenen. Hun motoriek is meer staccato achtig en zij hebben een verhoogde (spier)spanning.

Bij de extentus rationalis zijn personen minder in zichzelf opgesloten dan bij de extentus insensus. Zij zijn zich bewust van wat zij voelen als zij erop attent worden gemaakt of zichzelf eraan herinneren erop te letten. De cognitieve vermogens zijn nodig om zich bewust te worden van de affectieve vermogens. Zij gaan de verbinding met hun medemens aan omdat zij er een reden toe hebben. De starre motoriek wordt vervangen door meer veerkracht waardoor de (spier)spanning in hun lichaam afneemt.

De extentus affectus wordt gekenmerkt doordat personen zich op hun gemak bewegen tussen hun medemens. Zij zijn zelfbewust en hebben (zelf)vertrouwen. Zij zijn in staat om zich vanuit compassie naar zichzelf en naar de ander te verhouden. Zij laten duidelijk hun eigenheid doorklinken in hun motoriek, stem en aanwezigheid. De motoriek is vloeiend, veerkrachtig en ontspannen.

De extentus insensus en rationalis behoren tot de bestaanswijzen; de extentus affectus tot de zijswijzen. De bestaanswijzen gaan meer over overleven en zijswijzen over leven.

Afhankelijk van de situatie en hun omgeving kan de extentus waarin personen verkeren fluctueren. Begeeft men zich in een onveilige situatie en wordt men bedreigd, dan is de kans groot dat men terugvalt in de extentus insensus. Thuisgekomen in een veilige en

zorgzame omgeving kan men zich hervatten in de *extentus affectus*. Echter zijn er ook mensen die altijd leven met angst en argwaan in zichzelf terwijl hun omgeving veilig is; zij zijn continu opgesloten in zichzelf. Zij leven in de *extentus insensus*.

Een voorbeeld van de *extentus rationalis* zijn personen die de situaties die het leven hen stelt, sterk vanuit de rede benaderen en waarbij hun eigen gevoelens en gewaarwordingen als ondergeschikt worden gezien. Hun eigen belevingen die niet stroken met de rede worden onderdrukt, genegeerd en/of ontkend.

Thymotactiel versus psychotactiel

Naast de verbale taal spreekt de haptotherapeut de affectieve taal. Dit is de eerste taal waarin een menskind zich kenbaar en verstaanbaar maakt. In de moederschoot al zegt een ongeboren kind ja tegen een contact (het kroelt zich als het ware in de hand die op de buik van de moeder ligt) of zegt er nee tegen (het kind keert zich ervan af). Deze wijze van op gevoelsniveau interacteren met hun nog ongeboren kind leren ouderparen onder andere tijdens de zwangerschapsbegeleiding op haptonomische basis.

De affectieve taal is wat men non-verbaal van zichzelf aan de ander toont en wat voor de medemens ook voelbaar is in de aanraking. In het kader van dit artikel, zal alleen ingegaan worden op de voor de medemens voelbare aanraking. De haptotherapeut leert en nodigt cliënten altijd uit tot wederkerigheid in de aanraking. Deze wederkerigheid is noodzakelijk om op affectieve wijze te kunnen communiceren. Cliënten voelen bewust in deze aanraking of ze veilig/onveilig zijn, of ze het als prettig/onprettig ervaren, wat de aanraking met hen doet en ze blijven in het hier en nu wat van belang is wanneer er sprake is van een psychisch trauma. In deze transparante affectieve persoonsgerichte wederkerige aanraking maakt de haptonomie onderscheid tussen psychotactiel en thymotactiel contact.

Bij een psychotactiel contact is de aanraking verbindend, betrokken en respectvol. Er is nog een zekere afstand in nabijheid tot het gemoed van de ander. Dit contact appelleert (in eerste instantie) aan het intellectuele, objectiverende, gevoelvolle waarnemen.

Bij een thymotactiel contact is men elkaar zeer nabij. Dat wat kwetsbaar en broos is kan gedeeld worden. Het is een zeer prudente, fijn afgestemde, affectieve en veiligstellende aanraking. Een moeder hoeft men niet uit te leggen dat ze behoedzaam en liefdevol met haar pasgeboren kindje moet zijn; dit voelt ze instinctief. De haptotherapeut heeft geleerd om zich bewust te zijn van deze taal en heeft zich bekwaamd om deze taal in te zetten als therapeutisch middel.

De Interne wereld der Representatie en de Externe wereld der Representatie

De haptonomie ziet de mens als een sociaal wezen dat niet los kan worden gezien van zijn sociale netwerk en de wereld waarin hij leeft. Een mens staat niet op zichzelf. De aanwezigheid van de ander heeft invloed op de innerlijke beleving. Mensen zijn voortdurend bewust en onbewust in interactie met elkaar en beïnvloeden elkaar, los van het feit of ze zich ervan gewaarworden. Er wordt onderscheid gemaakt tussen verschillende belevingswerelden: de Representationele Wereld (RW), de Externe Wereld der Representaties (EWR) en de Interne Wereld der Representaties (IWR).

Onder de Representationele Wereld wordt het geografische wereldbeeld verstaan. Mensen die in de Sahara opgroeien, moeten hele andere vaardigheden en overlevingsstrategieën ontwikkelen dan mensen in een grote stad. De natuur heeft invloed op de leefwereld van mensen.

Een mens is een sociaal wezen en kan niet zonder zijn sociale omgeving. De Externe Wereld der Representaties staat voor de verschillende sociale kringen. Er kan onderscheid

gemaakt worden tussen vreemden – kennissen, collega's – vrienden – familie – meest nabije dierbaren (partner, kinderen). Over het algemeen kan gesteld worden dat hoe dichter iemand in de sociale cirkel staat hoe nabijer en kwetsbaarder men zich ten opzichte van elkaar durft te stellen. De haptotherapie zet deze nabijheidsrelaties in als therapeutisch middel. Afgestemd op wat passend en nodig is om de cliënten te helpen verwerken neemt de haptotherapeut de nabijheidsafstand die nodig is. Een ontroostbaar kind vraagt om andere kwetsbaarheid van een volwassene dan een jongere die naar de weg vraagt bijvoorbeeld.

De Interne Wereld der Representaties vertegenwoordigt alles wat mensen in zichzelf kunnen voelen. Er wordt onderscheid gemaakt tussen de gewaarwordingen van het bewegingsapparaat, de inwendige organen en wat men van binnen beleeft ofwel de gemoedstoestand. Dit is zoal emoties, gevoelens, de gewetensvorming, de innerlijke kaart van de wereld en eventuele traumasporen. De IWR kan kleiner worden als mensen bijvoorbeeld pijn negeren of wegdrukken. Dan is er een deel van het lichaam dat buiten het bewustzijn komt. Een voorbeeld op psychisch vlak is wanneer mensen gedrag van een ander proberen te verklaren en te begrijpen zodat ze hun eigen boosheid niet hoeven te voelen. Dan komt ook een deel/ een emotie van die persoon buiten zijn bewustzijn.

Basispresentie

De basispresentie toont de presentie aan van een persoon in de wereld; het is de beleving van het fundament van het zijn (Veldman & Soler, 2013). Een persoon die basispresent is, voelt de innerlijke veiligheid waardoor hij zichzelf durft te zijn ook in bijzijn van anderen. Hij kan op een vanzelfsprekende wijze zijn grenzen en wensen aangeven. De eigenheid van de persoon is hoorbaar in zijn stem, is zichtbaar in zijn bewegingen en in zijn verschijning. Zijn houding oogt in balans en de bewegingen ogen veerkrachtig en soepel.

Kijkend naar het fysieke lichaam is de basis gelokaliseerd in de schaal van het bekken (sacrum - diafragma pelvis (de bekkenbodem) – symfyse). Deze schaal wordt in stand ondersteund door de benen; vanuit deze schaal strekt de wervelkolom zich op (Veldman & Soler, 2013) zodat de adem zijn vrije loop kan vervolgen. De mate waarin personen affectief verbonden zijn met hun basis geeft een indicatie of zij bij gevoelens van (zelf-)vertrouwen, (zelf-)zekerheid en eigenheid kunnen komen. Binnen de haptotherapie is dit een belangrijke ijkling. In de afstemming van de affectieve contactname maakt de haptotherapeut een inschatting van de kwaliteit en mate waarin cliënten hun basis ‘bewonen’. Mensen die hun eigen ‘ruimte’ van binnen voelend innemen tot aan de bodem van de basis zijn duidelijk basispresent.

De levensadem

De haptonomie maakt onderscheid tussen de existentiële ademhaling en de levensadem. De eerste wordt gekenmerkt doordat de inspiratie en expiratie wilsmatig kan worden beïnvloed. Alle ademhalingsoefeningen en technieken zijn hierop gebaseerd. (Veldman, 2010). Deze adem wordt in zijn extremere vorm zichtbaar bij onder andere structurele overbelasting; in situaties waarin de wilskracht de overhand heeft. Het diafragma thoracis wordt gefixeerd, de hulpademhalingspijpen verzorgen de in- en expiratie, de adem is hoog en de schouders worden opgetrokken.

De levensadem is onafhankelijk van de wilsmatige invloed en wordt volledig autonoom aangestuurd (Veldman, 2010). Hij wordt gekenmerkt door een rustige diepe adem. Er is een natuurlijke interactie tussen het diafragma thoracis en diafragma pelvis en er is sprake van souplesse en veerkracht. Het innerlijk beleven wordt middels deze adem geuit.

Deze adem is bij voorbeeld zichtbaar bij een spreker die vanuit passie zijn publiek bevlogen toe spreekt.

De herstelfases vanuit haptonomisch perspectief

Zowel in de geestelijke als somatische gezondheidszorg worden fasen van herstel al beschreven. Bij psychisch trauma maakt Judith Herman, psychiater, onderzoeker en docent aan de Harvard Medical School onderscheid in drie fasen van herstel. De voornaamste taak tijdens de eerste fase is gericht op zorgdragen voor veiligheid. Na het verschaffen van veiligheid komt er ruimte in de tweede fase voor herinnering en rouw. De voornaamste taak van de derde fase is het weer tot stand brengen van een band met het dagelijks leven; Herman noemt het ook wel herstel van verbondenheid (Herman, 2017).

Ook de Zorgstandaard CVA/TIA beschrijft fasering in de CVA zorg namelijk: de acute fase, de revalidatiefase en de chronische fase. De acute fase betreft de eerste paar dagen, hier gaat het om overleven. De revalidatiefase beslaat tot ongeveer 6 maanden. Deze is gericht op herstel; het stimuleren van activiteit, het beperken van de gevolgen van een CVA in het dagelijks leven om tot een zo groot mogelijke autonomie te komen. De chronische fase is gericht op het omgaan met de blijvende beperkingen, op participatie en zinvolle dagbesteding en het voorkomen van functionele achteruitgang (Limburg, Voogdt & Werkgroep Zorgstandaard CVA/TIA, 2012).

De fasering zoals beschreven vanuit psychisch trauma vormt een passende uitgangspunt. Kijkend naar de structurering vanuit haptonomische perspectief gaat het van overleven naar leven. Dit wordt opgedeeld in de volgende drie fasen:

Fase 1: Overleven.

Fase 2: Hervinden.

Fase 3: Leven.

Deze drie fases worden aan de hand van onderstaande casus uitgewerkt vanuit een beschrijvend gezichtspunt.

Theoretische toelichting op de casus

Mevrouw (46 jaar) is 3 weken geleden een ischemisch cerebro vasculair accident (CVA) overkomen. Ze is inmiddels ontslagen uit het ziekenhuis. Er is gekozen voor poliklinische revalidatie met een multidisciplinair team vanuit het ziekenhuis mede omdat patiënte graag in haar eigen veilige thuisomgeving wilde blijven en zo dicht bij haar man en kind te kunnen zijn. Er is voldoende mantelzorg beschikbaar.

De gestelde diagnose is: Status naar ischemische CVA met mild sensomotorisch hemibeeld links. Geen cognitieve en /of communicatieve problemen. Gedreven persoonlijkheid. Mevrouw heeft weinig kracht in haar linker hand en het gevoel dat deze er niet helemaal bij hoort. Ze heeft de neiging om de linker hand niet bij de activiteiten te betrekken. Ze loopt traag met een breed gangspoor waarbij ze haar linker been circumducteert en heeft verminderde armzwaai met links. Er is sprake van krachtsverlies van haar linkerbeen, coördinatievermindering van haar linker lichaamshelft en ze heeft last van balansverstoring. Ze is het vertrouwen niet alleen in haar linker lichaamshelft kwijtgeraakt, maar in haar hele lichaam. Ze voelt zich door haar lichaam in de steek gelaten. Het gevoel van vanzelfsprekendheid en veiligheid in zichzelf is er niet meer. Ze is snel vermoeid. Ook cognitieve functies zijn aangedaan; ze heeft moeite met onthouden, dubbeltaken en snel kunnen schakelen. Ze kan moeilijk accepteren wat haar overkomen is. Ze is gedreven en komt over als perfectionistisch en zelfstandig met als voordeel dat ze sterk gemotiveerd is om te werken aan herstel en als valkuil dat het voor haar moeilijk is om haar grenzen te bewaken.

Voor het CVA was mevrouw een energieke persoon, vol ideeën en visie, zeker met betrekking tot haar werk. Ze heeft een leidinggevende functie in haar eigen bedrijf dat ze

samen met haar businesspartner heeft opgezet. Ze had een gevuld sociaal leven zowel privé als zakelijk.

Per fase van herstel zullen de interessante specifiek haptische fenomenen beschreven worden. Tenzij expliciet vermeld wordt de aangedane zijde besproken.

Hoe het begonnen is

Tijdens de eerste ontmoeting aan de keukentafel sinds het CVA net 3 weken geleden, is voor cliënte duidelijk voelbaar hoe onaangenaam haar lichaam voelt. Met name haar linker arm en hand zitten haar in de weg. Hoezeer ze ook over haar arm en hand wrijft, het wordt maar niet warm. Zij ervaart het als ‘dood, intens koud, vervreemd, zeer onaangenaam’ en negeert dit gevoel het liefst, wat tot neglect leidt. Het somatische sensorium en de motorische aansturing zijn beschadigd. De gewaarwording over zichzelf is zeer verstoord; de corpus callosum en de insula zijn aangedaan (Jenkinson et al., 2020). De cliënte weet zich geen raad hoe ze haar aangedane lichaam weer kan toe-eigenen. Het is duidelijk dat zij daarmee worstelt. De haptotherapeut legt zijn hand op de hare en vraagt haar om van binnen uit zijn hand op te zoeken. Zij moet echt moeite doen om de weg in zichzelf naar de ontmoeting, het contactvlak van de hand van de haptotherapeut te vinden. Op het moment dat het haar lukt, voelt ze weer leven in haar arm. Deze is geen vreemd voorwerp meer, maar is weer eigen geworden. Haar arm voelt warm; dit in contrast met de intense kou van voorheen. De thymotactiele aanraking van de haptotherapeut is veiligstellend waardoor de arousal normaliseert en er ruimte komt om zich uit de overlevingsstrategie (freeze, fight, flight (Kolk, 2017; Levine, 2011)) te bevrijden. Doordat de cliënte de weg in zichzelf tot de hand vrij moest banen, heeft ze zich dit deel van haar lichaam gevoelsmatig weer toegeëigend. Het is

zichtbaar hoeveel moeite ze moet doen om aan de simpel lijkende vraag “voel je mijn hand?” te voldoen. Op basis van deze ervaring heeft ze besloten om met deze therapievorm verder te gaan.

Jenkinson en anderen suggereren dat affective touch het gevoel van lichaamseigendom bevordert onder patiënten met een verstoord gevoel van ledenmaten als gevolg van een CVA in de rechter hersenhelft (Jenkinson et al., 2020). Affective touch (IASAT, 2021) en de affectieve (psychotactiele en thymotactiele) aanraking zoals beschreven binnen de haptonomie lijken erg op elkaar; ze zijn echter niet identiek. Zoals hierboven beschreven bijvoorbeeld legt de haptotherapeut zijn hand op de hand of arm van de cliënte. Tijdens de eerste vier sessies kiest de haptotherapeut er bewust voor om zijn hand stil neer te leggen omdat bij streling de cliënt gefrustreerd en overprikkeld raakt. Nader onderzoek moet nog uitwijzen hoe affective touch en de affectieve aanraking van de haptonomie zich tot elkaar verhouden.

In de eerste fase: overleven

Cliënte wordt door haar echtgenoot of schoonmoeder naar de therapie gereden. Ze maakt in deze fase een zeer broze en kwetsbare indruk. Ze draagt makkelijk zittende kleding. Ze kijkt uitgeblust uit haar ogen en zit ineengedoken op de stoel in de wachtkamer als de haptotherapeut haar komt uitnodigen voor de therapie. De behandelingen in deze fase zijn uitsluitend op de behandelbank. Eerst vanuit rust met lage dosering en laag prudent tempo, dan naar in affectieve verbinding voelend bewogen worden, vervolgens naar voelen en contact maken en contact blijven houden, en ten slotte naar bewegen met meer intensiteit en/of naar bewegen met een coördinatief hogere moeilijkheidsgraad (bij voorbeeld: staan op één been, ogen dicht, lopen in smaller loopspoor). Op het moment dat het contact verbroken raakt, is dat voor zowel de cliënte als de haptotherapeut voelbaar en zichtbaar. De

spierspanning neemt toe, de motoriek verstart en cliënte ervaart verlies van eigen regie. Ze is op dat moment teruggeworpen op zichzelf in de extensus insensus. Wanneer er wel verbinding is met zichzelf en de haptotherapeut (vanuit een gezamenlijk extensus affectus) dan is het bewegen ontspannen en luchtig waarbij plezier ontstaat ondanks het feit dat cliënte de therapie als intensief ervaart. Verlies van contact met zichzelf of de haptotherapeut is tevens een duidelijk doserings- dan wel grenssignaal.

De vertrouwde IWR van voor het incident is niet meer. Ze is het vertrouwen in haar lichaam kwijtgeraakt. Het voelt anders, het doet niet wat ze wil; het heeft haar in de steek gelaten. Dat wat voorheen vanzelfsprekend was, is niet meer. Dit beschrijft Martine Bijl ook heel mooi in haar boek over haar eigen ervaringen na een CVA, Rinkeldekink (Bijl, 2018).

Het contrast tussen de gezonde en aangedane zijde is groot. Aan de gezonde zijde is de motoriek en het gevoelssensorium nog intact. Dit geeft een verscheuring van de IWR. Tevens is bij de aangedane zijde de IWR dusdanig teruggetrokken dat alle prikkels uit de EWR en RW ongefilterd binnenkomen. De begrenzing kan aan die zijde niet gevoeld worden. Diafragmeren van het affect, met andere woorden het open en sluiten van het gemoed voor signalen vanuit de buitenwereld is niet meer intact wat door de cliënte ervaren wordt als overprikkeling en hypersensitiviteit.

Het is de thymotactiele aanraking; de veiligstellende, prudente, liefdevolle contactname wat in deze fase het beste aansluit bij de cliënte. Deze geruststellende aanraking zorgt voor een verlaging van het arousal waardoor de cliënte kan ontspannen en haar adem zakt. De alarmbellen op reptielen-(hersenslam) en zoogdierenniveau (limbisch) van het brein gaan even uit (Kolk, 2017; Levine, 2011).

In deze fase kost het haar veel moeite om de hand van de haptotherapeut op haar huid te voelen. Ze heeft tijd nodig. De hand op de huid geeft wel een duidelijke richting, wordt als een anker ervaren. Om de hand te voelen moet ze haar sensorium aanspreken waardoor het

bewustzijn over zichzelf weer langzaam kan groeien en herstellen. Hierdoor gaat ze zichzelf weer voelen en komt dit lichaamsdeel als het ware weer tot leven. De haptotherapie maakt in deze gebruik van een natuurlijk basaal menselijk verlangen om zich te willen verbinden, zich te willen hechten aan een ander, op het moment dat men niet meer instaat is om op eigen benen te staan.

Clïente is snel moe en raakt gemakkelijk overprikkeld. Ze moet veel rustmomenten inlassen om de dag vol te kunnen houden. Lichamelijke activiteiten en aanwezigheid van anderen zijn nog belastend. Haar dagen bestaan uit afspraken met behandelaars, rusten en samenzijn met haar gezin. Visite wordt zorgvuldig gepland in afgebakende tijd. Haar sociale kring is heel klein.

De ademhaling is voorzichtig, kleine amplitude van in- en uitademhalen. Soms is de adem even stil, hij stokt. De ademhaling is m.n. hoog en oppervlakkig.

In het begin is er nog sprake van een soort van shocktoestand. Het CVA heeft haar volledig overvallen, ze heeft het niet voelen aankomen. Ze weet wat haar overkomen is maar kan het nog niet vatten. Langzamerhand met het oefenen met voelen, het hervinden van de IWR, het herstellen van het gehele spectrum aan gevoelssensorium, komt het besef, de beleving en kan ze de angst en de andere tot nu toe geparkeerde emoties toelaten, omdat ze zich steeds vertrouwder en veiliger voelt in haar lichaam. Door weer affectief contact te maken met haar lichaam, groeit ook de veiligheid in zichzelf.

Samenvattend: In de fase van 'Overleven' is de cliënt heel kwetsbaar, op zichzelf terug geworpen (extensus insensus), vaak in een angstige stemming door de verscheurde binnenwereld (IWR is beschadigd). Met een a-vitale tot zeer broze basis presentie. Hierdoor is de cliënt onbegrensd en nog niet in staat zichzelf te begrenzen en te beschermen van de ander en de buitenwereld, dit geldt met name voor de aangedane zijde (diafragmeren IWR t.o.v. RW

en EWR beschadigd). De fysiologische voorwaarden voor de levensadem ontbreken ook met name aan de aangedane zijde, de adem is stil en oppervlakkig. Dit vraagt van de haptotherapeut een prudente en veiligstellende attitude en benadering (thymotactiel). Voor de cliënt is het raadzaam om zijn wereld (EWR en RW) nog klein te houden.

In de tweede fase: hervinden

De afhankelijke cliënte transformeert in deze fase steeds meer naar de eigen persoonlijkheid die ze voor het accident was. Ze draagt steeds vaker zorgvuldig bij elkaar passende kleding ondersteund door subtiele make up en soms aangevuld met een sieraad. Haar houding is open en rechtop, ze is in voor een babbeltje. Ze is present voelbaar aanwezig. Ook is ze minder afhankelijk van anderen, zo komt ze steeds vaker op haar elektrische fiets naar de therapie.

Cliënte wil en kan nu actief onderdeel uitmaken van haar eigen revalidatietraject, met andere woorden haar intrinsieke motivatie en eigenheid van de persoon maken zich kenbaar. De kracht van haar persoonlijkheid herstelt. Dit vraagt van therapeuten om een andere positie in te nemen ten opzichte van de cliënt, namelijk om naast de cliënt te gaan staan en om zich minder leidend of sturend op te stellen. Cliënte raakt gefrustreerd door therapeuten die hun behandelplan of protocol strak volgen, waarbij cliënte het gevoel krijgt dat het niet om haar gaat maar om het doen van wat er voorgeschreven staat. De haptotherapeut neemt de weerstand serieus en kijkt samen met cliënte wat dit gevoel haar wil vertellen. Als cliënte zichzelf beter begrijpt, voelend verbonden is met haar eigen IWR en in staat is dit te verbaliseren, kan ze dit delen met de desbetreffende ander om tot een gezamenlijk plan of soms tot een compromis te komen. Zo kan zij steeds duidelijker aangeven wat ze wel of niet als waardevol en helpend ervaart in haar revalidatie. Therapeuten die onvoldoende zicht

hebben op dit proces ontmoeten een steeds lastigere cliënt omdat deze cliënte haar plek naast de therapeut opeist. Voor haar is het in deze fase belangrijk om te ervaren dat ze weer mee telt in de maatschappij; dat haar stem, haar persoonlijkheid weer zeggenschap heeft. Dit zelfde fenomeen laat zich in andere relaties ook zien.

Het lukt de cliënte steeds beter om verbonden te blijven met het gevoel in haar aangedane lichaamshelft. Haar IWR herwint aan territorium. Er groeit balans tussen de aangedane en niet-aangedane zijde. Ze heeft minder last van overprikkeling vanuit de EWR. Het aanspreken van het affectieve sensorium wordt tijdens de haptotherapie uitgebreid naar passieve bewegingen nog op de behandelbank, actief bewegen, verschillende houdingen, stabiliserende oefeningen en lopen. Bij een passieve beweging van bijvoorbeeld het been van cliënte, wordt zij uitgenodigd om in contact te blijven met de haptotherapeut die haar been ondersteunt. Tevens wordt aan haar gevraagd om de bewegingen mee te voelen, om te anticiperen op wat ze ervaart. De haptotherapeut heeft een open contact in de ondersteuning waarbij hij zich voelend verbindt met de hele cliënt. Zo voelt hij vanzelf waar in het lichaam de beperkingen zijn in de bewegingen, met welke beweging cliënte net iets meer ondersteuning nodig heeft, waar de bewegingen moeten vertragen of waar juist meer snelheid mogelijk is. Het wordt een samen bewegen, een samenzijn dat plezier geeft en weer vertrouwen in onbevangen kunnen bewegen. Een voorbeeld van actief bewegen is dat cliënte en de haptotherapeut achter elkaar staan, met elkaar verbonden d.m.v. stokken die ze beiden vast houden. Cliënte wordt uitgenodigd om door de stok heen te voelen tot daar waar de haptotherapeut achter haar de stok vast heeft. Daarna wordt ze uitgenodigd om zich ook met de haptotherapeut voelend te verbinden. Ook de haptotherapeut voelt door de stokken door naar cliënte. Zo krijgt hij gevoel voor bij voorbeeld waar zij net iets meer ondersteuning nodig heeft of waar ze net iets meer ruimte voor bewegen nodig heeft. Deze voelende informatie gebruikt hij eerst om haar te ondersteunen en later om uit te dagen om zichzelf te corrigeren

voordat ze uit balans raakt. Andersom is de voelende informatie voor cliënte veiligstellend, ze voelt zich gesteund en gezien. Ze staat er niet alleen voor, er is een gevoelde gezamenlijkheid. De voelende informatie initieert anticiperen op een gebeuren; deze onbewuste informatievoorziening is veel sneller dan dat wat er cognitief, objectief waargenomen kan worden. Er lijkt een 1 op 1 relatie te zijn tussen basispresentie en stabiliteit van de romp. Op momenten dat cliënte nog fit is en haar hele basis kan voelen staat ze stabiel en is haar looppatroon nagenoeg normaal. Hoe smaller haar basis wordt, meestal door vermoeidheid, hoe meer ze gaat lopen met terugval naar circumductie.

De ademhaling geeft in deze fase ook interessante informatie. Enerzijds is het diafragma thoracis aan de aangedane zijde verzwakt. De adembeweging is daar ingeperkt, oppervlakkig en de hulpademhalingsmusculatuur moet hiervoor compenseren. Naar gelang cliënte herstelt, normaliseren kracht en de tonus van het aangedane middenribsdeel, dit is te zien in de bewegingsuitslag en –frequentie van de ademhaling. Anderzijds is er nog het proces gaande van herstel vanuit trauma. Een CVA is naast een lichamelijk trauma ook een geestelijk trauma. Dit proces van angst via controle naar vertrouwen komt tevens ten uiting in de wijze van ademen. Bij angst maakt het middenrif nagenoeg geen beweging, het lijkt verstart. Bij controle is er hypertonie met een oppervlakkige ademhaling met een hogere frequentie en bij vertrouwen heeft het diafragma zijn vitaliteit hervat, zich uitend in een diepe rustige adem. Deze laatste wordt zichtbaar aan het einde van deze herstelfase. Het zijn dan nog momentopnames.

In deze tweede fase vraagt deze cliënte meer om de psychotactiele benadering. Mogelijk omdat ze nu meer energie heeft en haar wilskracht weer zeggenschap krijgt. De nadruk ligt in die fase op lichamelijke sensorische ‘training’. Haar arousal is genormaliseerd, waardoor ze minder behoefte heeft aan geruststellende contactname. Deze cliënte zet haar wilskracht in om te trainen. Beter worden is voor haar een gevecht vanuit een positieve

mindset; ze is in de *extentus rationalis*. Het is haar uitdaging om zich bij haar grenzen neer te leggen, om ook de *extentus affectus* op te zoeken. De drang om te herstellen en om beter te worden kan gezien worden als een vitaal verlangen naar leven. Om deze reden heeft de haptotherapeut ervoor gekozen om deze cliënte niet af te remmen, maar om samen met haar op zoek te gaan naar een passende balans tussen wilskracht en overgave.

Met het hervinden van haar innerlijke veiligheid, waardoor haar IWR weer heel wordt, komt er ruimte voor de verwerking van wat haar is overkomen. Dit kan ze mooi aangaan in de veilige relaties met haar dierbaren. Hiervoor heeft deze cliënte de haptotherapie niet nodig. Ook haar EWR wordt steeds groter. Ze krijgt weer spontaan bezoek dat mag blijven. Ze gaat weer naar feestjes maar zorgt er wel voor dat ze vooraf rust neemt en tijdig naar huis gaat. Ook begint ze haar werk weer te hervatten.

Samenvattend: In de fase van 'Hervinden' komt de persoonlijkheid van de cliënt steeds meer naar boven (herstel IWR). Hij wordt weerbaarder, er is een begin in herstel in veerkracht en incasseringsvermogen. Het vertrouwen in zijn lichaam en in zichzelf begint terug te komen (momenten van *extentus affectus* groeien). Als het vertrouwen en de veiligheid er is, zet de levensadem in. De basispresentie is nog wisselend omdat de afstemming in belasting en belastbaarheid nog kwetsbaar is. De binnenwereld (IWR) herstelt naar zoals de cliënt het herkende van voor het accident, de beleving van de aangedane zijde veert terug (herstel in diafragmeren van IWR naar EWR en RW). Door toegenomen weerbaarheid kan de cliënt meer aanspraak maken op zijn wilskracht (*extentus rationalis*) om te herstellen. Doordat de cliënt meer op eigen benen komt te staan vraagt dat van de haptotherapeut om meer naast de cliënt te gaan staan. In de relatie tussen haptotherapeut en cliënt kan de cliënt meer afstand verdragen (psychotactiele benadering) en soms vraagt de cliënt daar impliciet om. De wereld van de cliënt wordt groter (EWR en RW).

In de derde fase: leven

In deze fase is de haptotherapeutische begeleiding gering. Haar revalidatie in het ziekenhuis is officieel afgerond. Cliënte heeft inmiddels haar werk hervat, wel met inachtneming van pauzemomenten en een middagdutje. Er zijn momenten dat haar personeelsleden vergeten dat ze zo ziek is geweest. Ze gaat weer volledig zelfstandig naar de afspraken, ze kan en mag weer autorijden. Onder begeleiding van een personal coach werkt ze aan verder herstel van haar conditie, coördinatie en spierkrachtversterking. De IWR wordt weer als heel en harmonieus ervaren. In de aanraking is geen verschil meer voelbaar tussen de aangedane en gezonde zijde; dit zowel voor de cliënte als de haptotherapeut. Tijdens ADL-activiteiten is haar basis laag en vol. Ze blijft basispresent, wat zich uit in hervonden weerbaarheid en ruimte om te incasseren. Haar partner ziet nog wel aan haar wanneer ze vermoeid is. Hij helpt haar door zo af en toe aan de bel te trekken, omdat haar enthousiasme en gedrevenheid haar valkuil blijven waardoor zij over haar grenzen gaat. Haar grootste uitdaging is het vinden en houden van de balans tussen belasting en belastbaarheid.

Een half jaar na de afronding van het haptotherapeutisch traject is cliënte teruggekomen met typische overbelastingsklachten van de nek- schouderspieren. Na onderzoek blijken de overbelastingsklachten het gevolg te zijn van zwaar verkorte en verkrampte musculus diafragma thoracis aan de aangedane zijde, waardoor de adem aan die zijde ingeperkt wordt. De hulpademhalingsmuscultuur gaan dit compenseren, waarna ook die overbelast geraken. Dit leidt tot de klachten waarmee cliënte zich weer meldt. Na uitleg en wat rekkingen en ontspanning van het middenrif, komt de volledige levensadem weer op gang. Deze kennis wordt ook met de personal coach gedeeld. Hij let nu ook op de adembewegingen tijdens trainen, begrenst cliënte als het nodig is.

Samenvattend: in de fase van ‘Leven’ kan de cliënt de veiligheid en het vertrouwen in zichzelf terug vinden waardoor hij weer in staat is om op een liefde volle manier met zichzelf om te gaan en genoeg over heeft om dat ook voor de ander te zijn (extentus affectus). Hij kan weer volledig basis present zijn. Zijn binnenwereld voelt weer harmonieus, er is geen sprake meer van verschillende binnen helften (IWR is geheeld). De levensadem is ook onder moeilijker omstandigheden aanwezig, zowel fysiek als mentaal. De cliënt kan weer beschikken over zijn eigen mogelijkheden en weet deze in zichzelf aan te spreken (basispresent, beschikt over IWR). Haptotherapie komt in de afbouwende fase.

Tot slot

Door deze haptotherapeutische begeleiding is cliënte zich ervan bewust geworden, om zuinig om te gaan met zichzelf. Zuinig in de zin van liefdevol en respectvol. Ze is attenter en meer gesensibiliseerd voor de signalen van haar lichaam. Emoties, gevoelens en gewaarwordingen ervaart ze niet meer als lastig, maar als een ‘innerlijke taal’ die haar iets duidelijk wil maken.

Het CVA heeft blijvende hersenschade achtergelaten. De aangedane zijde zal kwetsbaar blijven. Dit zal weer tot uiting bij overbelasting, verminderde weerstand en/of overmatige spanningen. Waar het om gaat is dat cliënte haar affectieve vermogens weet aan te spreken om zich te hervinden.

	Eerste fase: overleven	Tweede fase: hervinden	Derde fase: leven
Basispresentie	a-vitale, zeer broze en kleine basis.	Wisselend. Afhankelijk van fysieke en emotionele belasting en belastbaarheid is deze broos, klein, uit balans dan wel vol, veerkrachtig.	De basis voelt heel. Bij vermoedheid echter neemt de basis aan de aangedane zijde aan presentie en 'volume/grootte' af.
Extenti	Insensus	Rationalis	Affectus Op momenten dat de wilskracht overheerst vervalt cliënt in de extensus rationalis.
Interne Wereld der Representaties	Onbegrensd, is niet in staat zichzelf af te grenzen t.o.v. van de ander. Die IWR en EWR vloeien in elkaar over. Verscheurd. Deels aangedaan, vervreemd.	Er is een begin van begrenzen.	Is in staat zichzelf te begrenzen. Het automatische diafragmeren (zich openen en sluiten) is hersteld. Heel. Bij oververmoeidheid neigt de aangedane zijde te versmallen
Benadering die vragerend is	Zeer prudente thymotactiele benadering. Deze fase vraagt om bevestiging, geruststelling. De patiënt heeft behoefte aan om gegidst te worden. Zelf deze innerlijke gevoelsbeweging maken lukt nog niet.	De psychotactiele benadering wordt mogelijk. De patiënt kan zichzelf aanspreken om de gevoelsbeweging naar de ander te maken. Als in deze fase echter de wilskracht om te herstellen overheerst is het thymotactiele contact een uitdaging.	De persoon is weer weerbaar. Hij kan affectief weer anticiperen en participeren.
Externe wereld der Representaties	Is beperkt tot directe kring.	Breidt zich uit.	Sociale kring is bijna gelijk aan voor het CVA. Echter moeten de afspraken nu bewuster gedoseerd worden.
Levensademen	De fysiologische voorwaarden voor de levensademen ontbreken aan de aangedane zijde. De basis is nog te a-vitaal en de souplesse en kracht ontbreekt het diafragma thoracis.	Onder de juiste omstandigheden zet de levensademen in.	Kan er ook weer onder moeilijke omstandigheden over beschikken. Bij fysieke training op momenten van overbelasten neemt de existentiële ademen het weer over.

Tabel 1. Fasen van herstel vanuit haptotherapeutisch perspectief: van overleven naar leven

Beschouwing

Lang niet iedereen die een CVA is overkomen herstelt zo goed dat hij weer kan terugkeren in het arbeidsproces. Vaker is er onherstelbare schade in de hersenen aangericht. De mevrouw van deze casus heeft een aantal gunstige factoren die kunnen onderbouwen waarom ze zo ver in het herstel is gekomen. Ze is relatief jong en heeft geen co-morbiditeit. Daarnaast heeft ze een stabiele liefdevolle jeugd gekend, haar basis is goed ontwikkeld, ze heeft een gezond ik-bewustzijn en heeft een sterke positief ingestelde persoonlijkheid. De mate van zelfontplooiing, zelfbewustzijn en lichaamsbewustzijn vóór het trauma zijn mogelijk van gunstige invloed op het herstelproces. De haptonomie gaat ervan uit dat een persoon die een ontwikkelde basispresentie heeft waarbij de zelfontplooiing leeftijdsadequaat is een gunstiger herstelproces door maakt dan een angstige persoon met weinig basisgevoel en een tekort aan zelfvertrouwen.

De meerwaarde van haptotherapie bij deze casus bestond uit:

- De affectief veiligstellende relatie en contact bieden waardoor de cliënt zich kon herstellen uit de verlamming van het psychisch trauma (Kolk, 2017; Levine, 2011).
- Het bewust maken, aanleren en/of trainen van vaardigheden op het gebied van emoties, gevoelens, gewaarwordingen, lichamelijke, innerlijke gevoelsbewegingen, verbinden en intermenselijke haptische communicatie.
- De cliënt helpen gevoel te verbaliseren en om hierover te communiceren.
- Het ondersteunen van het proces van afhankelijke cliënt naar mede verantwoordelijkheid dragende cliënt in zijn herstel.

De haptotherapie kijkt niet alleen naar het somatisch sensorisch herstel maar houdt ook rekening met het procesmatig emotionele herstel vanuit trauma. Hiermee staat de haptotherapie op een bijzondere positie, namelijk met één been in de somatische

gezondheidszorg en met het andere been in de geestelijke gezondheidszorg. Vanuit deze positie zou de haptotherapie een verbindende schakel kunnen zijn tussen de somatische en psychische zorgverlening indien nodig. Haptotherapie kan zo een bijdrage leveren aan het beter laten aansluiten van het behandelaanbod bij de specifieke preferenties van de cliënt.

Conclusie en aanbevelingen

In dit artikel is het haptotherapeutisch herstelproces na een CVA beschreven en gestructureerd in drie fasen (overleven, hervinden, leven). Dit is een basisdocument om een behandelrichtlijn te ontwikkelen voor haptotherapie na status van een CVA.

In deze behandelrichtlijn kunnen verschillende interventies worden beschreven per herstelfase. Op basis hiervan kunnen de haptotherapeut en de cliënt in overleg een zinvol behandelplan formuleren waarbij de voorkeuren van de cliënt centraal staan.

Deze behandelrichtlijn kan tevens dienen als theoretisch document dat deelname aan wetenschappelijk onderzoek en ketenzorg zou kunnen faciliteren.

Bibliografie

- Bijl, M. (2018). *Rinkeldekink*. Amsterdam: Atlas Contact.
- Herman, J. (2017). Trauma en herstel. In J. Herman, *Trauma en herstel (Oorspronkelijke titel: Trauma and Recovery)* (p. 181). Amsterdam: Wereldbibliotheek.
- IASAT. (2021). *What is Affective Touch?* Opgehaald van Interantional Association for the Study of Affective Touch: <https://iasat.org/about/affective-touch/>
- Instituut Toegepaste Haptonomie. (2017, november). Reader 'Haptonomische begeleiding'. Nijmegen, Gelderland, Nederland: Instituut Toegepaste Haptonomie.
- Jenkinson, P. M., Papadaki, C., Besharati, S., Moro, V., Gobetto, V., Crucianelli, L., . . . Fotopoulou, A. (2020). Welcoming back my arm: affective touch increases body ownership following right-hemisphere stroke. *Oxford University Press*, 1-15.
- Klabbers, G. A. (2021). www.gertklabbers.nl/wp-content/uploads/2021/01/Hapto-educatie.pdf. Opgehaald van www.gertklabbers.nl: <https://www.gertklabbers.nl/wp-content/uploads/2021/01/Hapto-educatie.pdf>
- Kolk, B. v. (2017). *Traumasporen (Oorspronkelijke titel: the Body Keeps the Score)*. Eeserveen: Uitgeverij Mens!
- Levine, P. A. (2011). De stem van je lichaam. In P. A. Levine, *De stem van je lichaam (Oorspronkelijke titel: In an Unspoken Voice)* (pp. 299-311). Haarlem: Altamira.
- Limburg, P. d., & Dr. ir. Voogdt, H. (2012, november). *Zorgstandaard-CVA-2012.pdf*. Opgehaald van www.cva-ketentwente.nl: <https://www.cva-ketentwente.nl/cva/wp-content/uploads/2015/06/Zorgstandaard-CVA-2012.pdf>
- Lindeboom, M. (2012). Haptotherapie bij burn-out. In M. H. Marli Lindeboom, *Haptotherapie bij burn-out* (pp. 39-40). Woerden: Drukwerkstudio.nl.

Veldman, F. (1988). *Haptonomie Wetenschap van de Affectiviteit*. Utrecht: Uitgeverij Erven J.

Bijleveld.

Veldman, F. (2007). *Levenslust en Levenskunst*. Blaricum: Van der Veer Media.

Veldman, F. (2010). Adesse Animo. In F. Veldman, *Adesse Animo* (p. 102). Saint-Estève:

Presses littéraires.

Veldman, F. R. (2004). *In contact zijn*. Assen: Koninklijke Van Gorcum BV.

Veldman, F., & Soler, A. (2013). *Woordenboek van de haptonomie*. Haptotherapie Nederland.

Verhoeven, D. (2013). Geen lichte last. In D. Verhoeven, *Werken met gevoel* (p. 15).

Hilversum: Uitgeverij Verloren.