



De effecten van healing.

Een literatuurstudie van wetenschappelijke bevindingen (1966-2006) en een pilot-onderzoek naar de effecten van de Barbara Brennan-methode.

The effects of healing.

A literature search on scientific findings (1966-2006) and a pilot-study on the effects of the Barbara Brennan-method.

Masterthese Klinische en Ontwikkelingspsychologie

Nynke de Vries

Augustus 2006
Afdeling Psychologie
Rijksuniversiteit Groningen
Examinator: Dr. M.T. Appelo
Tweede beoordelaar: Dr. E.S. Kunnen

“It is through science that we prove,
but through intuition that we discover.”

- *H. Poincaré* -

Inhoudsopgave

<u>Summary</u>	4
<u>Samenvatting</u>	5
<u>Algemene inleiding</u>	6
<u>Literatuurstudie</u>	8
I Inleiding	9
II Methode	10
III Resultaten	11
III.1 De systematische reviews	11
III.2 De studies naar psychische klachten als primaire problematiek	13
III.3 De studies naar psychische klachten als secundaire problematiek	14
III.3.1 Reiki	15
III.3.2 Qigong	15
III.3.3 Johrei	17
III.3.4 Therapeutic touch	18
III.3.5 Healing touch	20
III.3.6 Intercessory prayer	21
III.3.7 Distant healing	22
III.3.8 Spirituele healing	22
IV Conclusie	24
<u>Pilotstudie</u>	26
I Inleiding	28
II Methode	28
II.1 Deelnemers	28
II.2 Procedure en meetmomenten	29
II.3 Meetinstrumenten	29
II.4 Statistische analyse	30
III Resultaten	31
III.1 Drop-outs versus completers	31
III.2 Effect op welbevinden	32
III.3 Invloed van vertrouwen	33
III.4 Invloed van het aantal sessies	34
IV Conclusie	35
<u>Aanbevelingen</u>	36
<u>Epiloog: ontmoeting</u>	39
<u>Bijlagen</u>	40
<u>Literatuurlijst</u>	49
<u>Dankjewel!</u>	53

Summary

There is an increasing use of Complementary and Alternative Medicine (CAM). In reference to this, the GGz Groningen (a department of the Dutch mental health care organization) has started the project “Integral Psychiatry”. In this project different kinds of CAM are being submitted to scientific research. As part of the project, the present article is a report of a research on the effects of healing. The aim of this study was to get a view on the effects of healing on psychological wellbeing. It consists of two parts: a literature search and a pilot study.

Literature search

Purpose: to get a view of scientific findings on the effects of healing on psychological wellbeing.

Methods: a literature search in digital scientific databases was performed.

Results: hardly any research was found on the effects of healing on psychological problems as primary complaint. There are more studies on the effects on psychological problems as secondary complaint. Results are diverse. Almost three-quarters of the studies found, show a significant positive effect. There are a lot of differences between studies and methodological limitations often occur.

Conclusion: up till now little research has been done, especially with relation to the effects of healing on psychological complaints. A lot of studies have limitations. Although results of the literature search indicate a possible effect of healing, no conclusions can be drawn based on existing research.

Pilot study

Purpose: to gain insight into the effects of Barbara Brennan-healing.

Methods: in cooperation with healers from the Healers Connectie a set of questionnaires was administered to their clients at two different moments.

Results: the results of nine subjects show positive significant effects on psychological suffering, autonomy and the registration symptoms.

Conclusion: it seems as if positive changes occurred on some of the outcome measures. But, because of the methodological limitations of this study, conclusions can not be attached to it. Maybe it's possible to give more clarity after the third, fourth and fifth measuring moment. Points of particular interest are formulated for future research.

Samenvatting

Er wordt steeds meer gebruik gemaakt van Complementaire en Alternatieve Geneeswijzen (CAG). Naar aanleiding hiervan is door GGz Groningen het project “Integrale Psychiatrie” opgezet, waarin verschillende soorten CAG aan wetenschappelijk onderzoek worden onderworpen. In het kader hiervan is dit een onderzoek naar de effecten van healing. Doel van deze studie is een beeld te krijgen van de effecten van healing op psychisch welbevinden. Het onderzoek bestaat uit twee delen: een literatuurstudie en een pilotstudie.

Literatuurstudie

Doel: een overzicht krijgen van bevindingen van wetenschappelijk onderzoek naar de effecten van healing op psychisch welbevinden.

Methode: er werd gezocht naar wetenschappelijk onderzoek naar healing in digitale databestanden.

Resultaten: er werden nauwelijks studies naar de effecten van healing op psychische problematiek als primaire klacht gevonden. Meer studies zijn er naar de effecten op psychische problematiek als secundaire klacht. De resultaten zijn wisselend. Bijna driekwart van de gevonden studies vindt een significant positief effect. Er zijn veel onderlinge verschillen en methodologische tekortkomingen.

Conclusie: er is tot nu toe weinig onderzoek gedaan, met name met betrekking tot de effecten van healing op psychische klachten. Veel studies hebben methodologische tekortkomingen. Hoewel de uitkomsten van de literatuurstudie wijzen in de richting van een mogelijk positief effect van healing, kunnen er op basis van bestaand onderzoek nog geen harde conclusies worden getrokken.

Pilotstudie

Doel: inzicht krijgen in de effecten van Barbara Brennan-healing.

Methode: in samenwerking met de Healers Connectie werden op twee meetmomenten vragenlijsten afgenomen bij cliënten van healers die bij deze vereniging zijn aangesloten.

Resultaten: De resultaten van negen proefpersonen op twee meetmomenten laten positief significante effecten zien op psychisch lijden, autonomie en de aanmeldklacht.

Conclusie: er lijken zich bij de cliënten op een aantal aspecten positieve veranderingen te hebben voorgedaan. Echter, vanwege methodologische tekortkomingen kunnen aan de uitkomsten van de pilotstudie geen conclusies worden verbonden. Wellicht kunnen er na een derde, vierde en vijfde meetmoment meer uitspraken worden gedaan. Er worden aandachtspunten geformuleerd voor toekomstig onderzoek.

Algemene inleiding

Er is in de afgelopen jaren steeds meer belangstelling ontstaan voor complementaire en alternatieve geneeswijzen (CAG). Uit onderzoek blijkt dat ongeveer de helft van de bevolking, en ook de helft van de psychiatrische patiënten, gebruik maakt van een vorm van CAG. Daarnaast vindt ruim zestig procent van die patiënten, dat CAG ook door de reguliere GGz moet worden aangeboden (Hoenders, Appelo & Milders, 2004). Deze trend heeft de GGz Groningen ertoe bewogen de veiligheid en effectiviteit van CAG, in de vorm van het project “Integrale Psychiatrie”, aan gedegen wetenschappelijk onderzoek te onderwerpen. Immers, wanneer de GGz goed op de hoogte is, kunnen cliënten worden geadviseerd over alternatieve behandelingen en gewaarschuwd voor gevaren. Daarnaast kan, bij aangetoonde effectiviteit, worden overwogen een behandelmethode in het aanbod op te nemen. Onderdeel van dit project betreft het onderhavige onderzoek, welke bestaat uit een literatuurstudie naar de effecten van healing en een pilotstudie naar de effecten van Barbara Brennan healing.

Verschillende CAG hebben inmiddels wetenschappelijke evidentie met betrekking tot hun effectiviteit. Vooral sommige kruiden, voedingssupplementen, sporten en meditatie hebben een duidelijk positief effect op psychische klachten. Wetenschappelijk onderzoek naar healing is nog in een minder gevorderd stadium. Toch kiest ongeveer tien procent van de psychiatrische patiënten die gebruik maken van CAG, voor behandeling door een healer (Hoenders e.a., 2004). In combinatie met het feit dat meerdere onderzoeken naar de effecten van healing significant positieve effecten laten zien op verschillende psychische en lichamelijke klachten (Astin, Harkness & Ernst, 2000), vormt dit een aanleiding om ook healing mee te nemen in het project “Integrale Psychiatrie”.

In het woordenboek (Koenen, 1999) wordt ‘healing’ omschreven als “bovennatuurlijke genezing, bijvoorbeeld door gebed of handoplegging”. De term ‘bovennatuurlijk’ is tekenend voor de manier waarop er tegen een dergelijk fenomeen wordt aangekeken. Bovennatuurlijk suggereert namelijk, dat het gaat om een gebeurtenis die niet-natuurlijk is, iets wat vanuit de natuur gezien eigenlijk niet kan. Benor (2001) doelde waarschijnlijk op deze tendentie, toen hij zijn boek “Spiritual healing: scientific validation of a healing revolution” begon met een citaat van St. Augustine: “Miracles do not happen in contradiction to Nature, but only in contradiction to that which is known to us in Nature.” Dat we niet begrijpen hoe het werkt, wil nog niet zeggen dat het niet bestaat.

Volgens LeShan zijn er drie grote groepen healers (O’Laoire, 1997). In de eerste groep is healing een vorm van bidden. De healers geloven dat de effectiviteit van de methode wordt beïnvloed door interventie van God. De bekendste methode is intercessory prayer. De tweede groep healers schrijft de werking van healing toe aan hogere vormen van zijn

(spirits), zoals geesten en engelen, waarbij de healer een kanaal is tussen patiënt en deze geestelijke entiteiten. Voorbeelden hiervan zijn angelhealing en spirit healing. Een derde groep gelooft in het doorgeven van energie als vorm van healing. Methoden die via dit principe werken zijn bijvoorbeeld: Prana-healing, Reiki, therapeutic touch en aura-healing.

Wat in dit onderzoek wordt verstaan onder healing is: het doorgeven van energie of het aanspreken van één of meer hogere machten, met als doel het verbeteren van de lichamelijke, emotionele, mentale of spirituele conditie van een ander levend organisme. Deze definitie is gebaseerd op definities van Abbot (2000), Benor (2001), Brennan (2003) en Hoenders e.a. (2004).

Dit onderzoek bestaat uit twee delen. Het eerste deel is een literatuurstudie. Er is in digitale databestanden van wetenschappelijk onderzoek gezocht naar studies met betrekking tot de effecten van healing op psychische klachten. Doel hiervan was het verkrijgen van een goed overzicht van de uitkomsten op dit gebied. Omdat al gauw bleek dat er betrekkelijk weinig onderzoek is gedaan naar healing, is naast de literatuurstudie een pilotstudie uitgevoerd (deel 2). In deze pilotstudie worden de effecten van een specifieke healingmethode onderzocht: Barbara Brennan-healing. Beide delen hebben een op zich zelf staande inleiding en bespreken methode, resultaten en conclusie apart. Ze kunnen dus los van elkaar gelezen worden. Er is wel een gemeenschappelijke, afsluitende paragraaf, waarin de twee onderwerpen samen komen en waar aanbevelingen worden gegeven voor toekomstig onderzoek naar healing.

De effecten van healing

Deel 1

Een literatuurstudie van wetenschappelijke
bevindingen (1966-2006)

I Inleiding

Er wordt steeds meer wetenschappelijk onderzoek gedaan naar healing. De resultaten van de studies zijn wisselend (Benor, 2001). Om een goed overzicht te krijgen van de uitkomsten op dit gebied, is besloten een uitgebreide literatuurstudie te doen naar de effecten van healing.

Een groot deel van de effectstudies op het gebied van healing is gedaan bij lichamelijke klachten, zoals chronische pijn (Abbot e.a., 2001; Peck, 1997; Sundblom, Haikonen, Niemi-Pynttari & Tigerstedt, 1994), kanker (Giasson & Bouchard, 1998; Post-White e.a., 2003; Weze, Leathard, Grange, Tiplady & Stevens, 2004) en hartproblemen (Harris e.a., 1999, Krucoff e.a., 2005; Xiong e.a., 1983). Vanuit het perspectief van de GGz is het relevanter om de effecten van healing op psychische problematiek te onderzoeken. Daarom is ervoor gekozen de studie te richten op de effecten van healing op vier veel voorkomende psychische stoornissen, te weten depressie, angststoornissen, psychotische stoornissen en slaapstoornissen.

II Methode

Er is literatuuronderzoek gedaan in vijf databestanden in Ovid, namelijk: EBM Reviews – Cochrane Central Register of Controlled Trials (tot tweede helft 2006), EBM Reviews – Cochrane Database of Systematic Reviews (tot tweede kwartaal van 2006), EMBASE Psychiatry (1996 tot tweede kwartaal 2006), EMBASE Ovid MEDLINE(R) (1966 tot eerste week van mei 2006) en Psychinfo (1967 tot eerste week van mei 2006).

Er is op internet gezocht naar veel voorkomende soorten healing. Dit leverde een lijst op van 31 zoektermen. Het gaat om de termen: addititional healing, angelhealing, ankh-healing, ascension healing, aura healing, Barbara Brennan, bio-energetics, Celtic healing, chakra healing, chios energy healing, distant healing, Egyptian healing, Hawaiian healing, healing dance, healing meditation, integrated energy healing, intercessory prayer, Johrei, Kahuna healing, colour healing, crystal healing, lightwork, magnetism, magnified healing, Qigong, Reiki, Shamanistic, soundhealing, therapeutic touch, Wicca-healing, Wunjo-healing.

Deze zoektermen zijn gecombineerd met zoektermen voor de vier psychische stoornissen waar deze studie zich tot beperkt. Dit zijn: depression, anxiety, schizophrenia, psychotic, sleep en insomnia. Voor depressie is gezocht met alle woorden die beginnen met 'depress'.

Publicaties zijn geïnccludeerd wanneer ze aan de volgende criteria voldeden: (a) gerandomiseerd en/of gecontroleerd klinisch onderzoek, review of meta-analyse naar de effecten van healing op depressie, angst, psychotische stoornissen en/of slaapstoornissen, en (b) publicaties in de Nederlandse, Engelse of Duitse taal. Hierbij is steeds gezocht naar het onderzoek met de hoogste graad van wetenschappelijke bewijsvoering, uitgaande van de volgende hiërarchie: 1) Cochrane review, 2) systematische review of meta-analyse, 3) gerandomiseerde, gecontroleerde studie, 4) klinische studie.

Systematische reviews naar healing betreffen meestal niet slechts onderzoeken over één van de vier genoemde psychische stoornissen; vaak worden ook allerlei onderzoeken met betrekking tot lichamelijke klachten geïnccludeerd. Wanneer er geen reviews over alleen psychische problematiek worden gevonden, worden de reviews met betrekking tot lichamelijke klachten ook geïnccludeerd. Hoewel de resultaten in dat geval niet slechts betrekking zullen hebben op de psychische klachten, is het dan wel mogelijk een beeld te schetsen van de effecten van healing in het algemeen.

III Resultaten

In totaal zijn er met de zoekopdracht in Ovid 329 artikelen gevonden. Daarnaast is er via literatuurverwijzingen een aantal studies getraceerd. Twee studies voldoen aan de inclusiecriteria (Greyson, 1996; Salib & Youakim, 2001). In de studie van Greyson wordt het effect van healing op major depression onderzocht, in de studie van Salib en Youakim het effect van healing op schizofrenie.

Vanwege het beperkte aantal studies zijn, zoals besproken in de methode, tevens systematische reviews geïnccludeerd naar de effecten van healing op heterogene problematiek (Abbot, 2000; Astin e.a., 2000; Ernst, 2003; Roberts, Ahmed & Hall, 2006; Townsend, Kladder, Ayele & Mulligan, 2002). En om toch nog enig zicht te krijgen op het effect van healing op psychische klachten zijn daarnaast ook studies naar angst of depressie als secundaire symptomen beschouwd. Dit betreft 32 van de 329 gevonden studies. Het overzicht hiervan is illustratief, niet uitputtend. Elf van deze studies zijn ook geïnccludeerd in één van de systematische reviews.

In totaal worden er 39 studies in dit onderzoek geïnccludeerd. De vijf systematische reviews worden eerst behandeld. Vervolgens komen de studies van Greyson (1996) en Salib en Youakim (2001) aan bod. Als laatste worden de 32 klinische studies per healingsoort besproken.

III.1 De systematische reviews

Een overzicht van de systematische reviews is te vinden in tabel 1. Twee van de vijf systematische reviews betreffen intercessory prayer (Roberts e.a., 2006; Townsend e.a., 2002). De overige reviews betreffen verschillende soorten healing (Abbot, 2000; Astin e.a., 2000; Ernst, 2003).

Roberts e.a. (2006) concluderen, dat de resultaten van de vier geïnccludeerde studies onvoldoende informatie geven om uitspraken te kunnen doen over het effect van intercessory prayer. Echter, het niet kunnen vinden van bewijs voor de effectiviteit van intercessory prayer, is volgens de auteurs niet hetzelfde als bewijs voor ineffectiviteit. Onderzoek met grotere steekproeven wordt aangeraden.

In het systematische review van Townsend e.a. (2002) zijn vijf studies met betrekking tot intercessory prayer opgenomen. De overige 29 geïnccludeerde studies onderzoeken andere toepassingen van religie en zijn voor dit onderzoek niet relevant. De resultaten zijn wisselend; aan de hand van de vijf relevante studies wordt geconcludeerd dat intercessory prayer een positief effect kan hebben voor mensen die zijn opgenomen met hartproblemen en dat het mogelijk de overlevingskansen van kinderen met leukemie zou kunnen vergroten. Er kunnen volgens de auteurs geen uitspraken worden gedaan over het effect van intercessory prayer bij alcoholverslaving of psychische gezondheid.

In beide reviews worden de studies van Byrd (1988) en Harris e.a. (1999) besproken. De interpretatie van de resultaten verschilt. In Townsend e.a. (2002) worden de gevonden significante resultaten als bewijs gezien voor een effect van intercessory prayer bij hartproblemen en wordt minder nadruk gelegd op de methodologische tekortkomingen. Volgens Roberts e.a. (2006) zijn de significante uitkomsten niet vanzelfsprekend bewijs voor de effectiviteit van intercessory prayer, maar wel een rechtvaardiging voor verder onderzoek. Vermeldenswaardig is, dat het review van Roberts een Cochrane Review is. Cochrane reviews moeten voldoen aan strenge criteria en bereiken daarmee een hogere status (www.cochrane.org).

De overige drie systematische reviews laten wisselende resultaten zien met betrekking tot de effecten van healing op verschillende lichamelijke en psychische klachten. In het review van Abbot (2000) worden 22 RCT's geïnccludeerd. Voor tien werden er significant positieve en voor elf non-significante resultaten gevonden. Over één van de studies zijn volgens de auteur geen uitspraken te doen met betrekking tot de effecten van healing. Abbot (2000) concludeert er geen algemene uitspraken gedaan kunnen worden, omdat de bestudeerde studies wat betreft onderzoekskenmerken en uitkomstmaten sterk uiteenlopen en veelal onderhevig zijn aan methodologische tekortkomingen, zoals kleine steekproeven. Ook zijn er veel studies die een wachtlijstcontrolegroep gebruiken of een controle in de vorm van een ander soort behandeling. De auteur is echter van mening dat een 'mimic healing' controlegroep - een controlegroep waarin de te onderzoeken behandelingsmethode wordt nagebootst - geschikter is, omdat hierbij het optreden van non-specifieke effecten zoveel mogelijk wordt uitgesloten.

In het review van Astin e.a. (2000) laten dertien van de 23 RCT's een significant positief effect zien, negen geen effect en één een significant negatief effect. Volgens de auteurs wijzen deze resultaten in de richting van een mogelijk positief effect van healing. Vanwege methodologische tekortkomingen van de RCT's, zoals kleine steekproeven, het ontbreken van een controle voor beginwaarden en heterogeniteit van patiëntgroepen, is het echter niet mogelijk om harde conclusies te trekken over de effecten van healing.

Het review van Ernst (2003) is een update van het review van Astin e.a. (2000). Deze studie laat beduidend minder positieve resultaten zien. Zes van de negen geïnccludeerde studies, die bovendien van goede kwaliteit zijn, laten geen effect zien. De conclusie is dat, terwijl het vorige review enigszins in de richting wees van een mogelijk positief effect van healing, deze review dat weer afzwakt; de vraag of healing meer veroorzaakt dan een placebo-effect blijft onbeantwoord.

Tabel 1: Overzicht van de systematische reviews.

Soort healing	Indicatie	Auteur	Effectiviteit
Verschillende soorten healing	Algemeen (meerdere)	Abbot (2000)	<u>vorm</u> : 22 RCT's, 10 proefschriften en 5 pilotstudies <u>uitkomstmaten</u> : verschillende lichamelijke en psychische klachten <u>conclusies</u> : van de RCT's 10 significant positief; 12 geen significante effecten; gebrekkig onderzoek; geen conclusies mogelijk
		Astin e.a. (2000)	<u>vorm</u> : 23 RCT's <u>uitkomstmaten</u> : verschillende lichamelijke en psychische klachten <u>conclusies</u> : 13 studies significant positief, 9 geen effect, 1 een significant negatief effect; moeilijk om harde conclusies te trekken, m.n. vanwege methodologische tekortkomingen
		Ernst (2003)	<u>vorm</u> : 8 niet-gerandomiseerde en 9 gerandomiseerde studies <u>uitkomstmaten</u> : verschillende lichamelijke en psychische klachten <u>conclusies</u> : de 8 non-RCT's weinigzeggend (veel tekortkomingen);
		<i>update van Astin e.a. (2000)</i>	6 van de 9 RCT's geen effect; 3 significant positief effect, maar veel methodologische tekortkomingen; conclusie Astin (2000) dat healing positief effect heeft, met deze review afgezwakt; de vraag of healing meer dan een placebo-effect heeft, blijft onbeantwoord
Intercessory prayer		Townsend e.a (2002)	<u>vorm</u> : 5 RCT's naar IP (+ 3 RCT's over het effect van op religie gebaseerde psychotherapie, 1 RCT over de effecten van op religie gebaseerde cognitieve gedragstherapie en 25 non-RCT's) <u>uitkomstmaten</u> : gezondheidsproblemen <u>conclusies</u> : wisselende resultaten in de vijf RCT's; enige aanwijzingen voor effect bij hartpatiënten en leukemie (maar methodologische tekortkomingen); m.b.t. zelfvertrouwen, angst en depressie geen uitspraken; geen effecten aangetoond bij behandeling van alcoholverslaving; overige onderzoeken gaan niet zozeer over IP als wel over effect van religie in algemeen (niet interessant voor dit onderzoek)
		Roberts e.a. (2006)	<u>vorm</u> : 4 RCT's <u>uitkomstmaten</u> : verschillende gezondheidsproblemen <u>conclusies</u> : geen uitspraken te doen over het effect van IP; o.a. door methodologische tekortkomingen

III.2 De studies naar psychische klachten als primaire problematiek

Een overzicht van de studies is te vinden in tabel 2. Er is één studie gevonden naar het effect van healing op major depression en één studie met betrekking tot schizofrenie. Er zijn geen studies met betrekking tot slaap- of angststoornissen gevonden.

In de studie van Greyson (1996), naar healing bij major depression, werden geen significante verschillen gevonden tussen de behandelde groep en de groep die alleen standaardzorg ontving (controlegroep). Wel lijken in de behandelde groep de depressieve klachten sterker verminderd te zijn dan in de controlegroep. Deze resultaten zijn echter niet

significant. De positieve uitkomsten in de behandelde groep lieten positief significante correlaties zien met het aantal sessies en met de door de healers gescoorde “kracht” van de sessie.

In de retrospectieve studie van Salib en Youakim (2001) wordt het effect van spirituele healing op terugval bij oudere mensen met schizofrenie onderzocht. In de groep die, naast standaardzorg ook spirituele healing ontving, vond men drie keer zoveel terugval als in de controlegroep. Dit wijst op een mogelijk negatief effect van spirituele healing op terugval bij schizofreniepatiënten. De auteurs wijzen er echter op, dat de terugval in plaats van na ook voor de behandeling kan hebben plaatsgevonden; het zou kunnen dat juist de cliënten die terugvallen, hulp gaan zoeken in het spirituele circuit.

Tabel 2: Overzicht van de studies naar psychische klachten als primaire problematiek.

Soort healing	Indicatie	Type onderzoek	Auteur	Conclusies
Distant healing	Major depression	RCT (n=40)	Greyson (1996)	<u>vorm</u> : DH vs. controle (alleen standaardzorg) <u>uitkomstmaten</u> : depressie, algemene psychopathologie en subjective distress <u>conclusies</u> : geen significante verschillen tussen de groepen; in experimentele groep wel significante correlatie tussen aantal sessies en positieve uitkomst
Spirituele healing	Psychotische stoornissen	Gecontroleerde, retrospectieve, klinische studie (n=40)	Salib & Youakim (2001) (SR Ernst)*	<u>vorm</u> : spirituele healing + standaardbehandeling vs. controle (standaardbehandeling) <u>uitkomstmaten</u> : terugval in schizofrenie <u>conclusies</u> : significant meer terugval in de behandelde dan de onbehandelde groep; methodologische tekortkomingen

* Is ook geïncludeerd in een systematische review.

III.3 De studies naar psychische klachten als secundaire problematiek

In totaal zijn er 32 studies gevonden naar het effect van healing op psychische klachten als secundaire problematiek. Het betreft 31 studies naar angst en depressieve klachten en één naar slaapproblemen. Het gaat om 26 RCT's, twee gecontroleerde en vier ongecontroleerde klinische studies. Van deze 32 studies laten 23 een positief significant en negen geen significant effect zien. De resultaten zullen verder per healingsoort besproken worden. Gezegd moet worden, dat de resultaten die besproken worden, vaak niet de belangrijkste of enige resultaten zijn van het onderzoek. Als er dus geen significante effecten worden gevonden op angst of depressie, dan is het heel goed mogelijk dat er wel effecten van healing op andere variabelen zijn gevonden in dat onderzoek. Deze worden hier dan niet vermeld.

III.3.1 Reiki

Reiki is het doorgeven van universele levensenergie (Ki) via de handen. De handen kunnen op het lichaam worden gelegd, maar kunnen ook op een afstandje ervan worden gehouden. De energie zoekt zelf de plekken op waar het nodig is. Door de Reiki wordt de zelfhelende werking van het lichaam weer geactiveerd. Een Reiki-behandeling kan ook op grotere afstand, door middel van intentie, worden gegeven.

Er zijn twee studies gevonden naar de effecten van Reiki (tabel 3). In de RCT van Shifflett, Nayak, Bid, Miles en Agostinelli (2002) vond men geen significant effect van Reiki op depressieve klachten bij patiënten met een subacute CVA. Wardell en Engebretson (2001) deden een klinische studie, bij gezonde proefpersonen. Er werd een significante afname van angst vastgesteld, na de behandeling. Het ontbreken van een controlegroep maakt, dat niet met zekerheid kan worden gesteld dat dit effect daadwerkelijk door de Reiki-behandeling is veroorzaakt.

Tabel 3: Overzicht van de studies naar Reiki.

Soort healing	Indicatie	Type onderzoek	Auteur	Conclusies
Reiki	Angst en depressie	RCT (n=50)	Shifflett e.a. (2002)	<u>vorm</u> : 4 groepen: behandeling door Reiki-master, behandeling door Reiki-practitioner, placebo Reiki of controle (standaardbehandeling) <u>uitkomstmaten</u> : o.a. depressie bij patiënten met subacute beroerte (CVA) <u>conclusies</u> : geen significant effect op depressie in alle groepen; post-hoc analyses laten in eerste twee groepen significantie zien op één van de items ("I can't get going")
		Ongecontroleerde klinische studie (n=23)	Wardell & Engebretson (2001) (SR Ernst)*	<u>vorm</u> : Reiki-behandeling van 30 minuten; meting voor, tijdens en na behandeling; geen controle <u>uitkomstmaten</u> : angst bij gezonde proefpersonen <u>conclusies</u> : significante afname van angst na behandeling

* Is ook geïncorporeerd in een systematische review.

III.3.2 Qigong

Qigong healing is een Chinese traditie en werkt net als voorgaande methode met universele levensenergie (Qi). Deze energie krijgt iedereen bij zijn of haar geboorte en wordt gebruikt bij alles wat we doen. Het kan op verschillende manieren weer worden aangevuld en wordt, bij een teveel, opgeslagen in de Dantien. Qigong-healers kunnen putten uit deze bron als zij een healing doen. Ook hier gaat het doorgeven van energie weer via de handen.

Er zijn zes studies gevonden naar de effecten van Qigong (tabel 4). Vijf hiervan laten een significant effect van Qigong zien. In drie daarvan is dit effect significant groter dan in de

controlegroep. Astin e.a. (2003) onderzochten de effecten van Qigong in combinatie met mindfulness-meditatie op depressie bij patiënten met fibromyalgie. Ze vonden een significant therapeutisch effect, ook bij de follow-up zes maanden later. Voor de controlegroep (een education support group) werd eenzelfde significant effect gevonden.

Ook Yang e.a. (2005) en Jang en Lee (2004) vonden een significant positief effect van Qigong op depressieve klachten in vergelijking met een controlegroep. Tsang e.a. (2005) vonden daarentegen geen significant effect van Qigong op depressieve klachten bij geriatrische patiënten met verschillende chronische medische condities.

In de RCT's van Li e.a. (2002) en Wu e.a. (1999) werd het effect van Qigong-behandeling op respectievelijk angst bij afkickende heroïneverslaafden en angst bij behandelingsresistente patiënten met post-traumatische dystrofie gemeten. Men vond een significante afname van angst in vergelijking met de controlegroepen.

Tabel 4: Overzicht van de studies naar Qigong.

Soort healing	Indicatie	Type onderzoek	Auteur	Conclusies
Qigong	Angst en depressie	RCT (n=128)	Astin e.a. (2003)	<u>vorm</u> : mindfulness-meditatie + Qigong vs. controle (education support group) <u>uitkomstmaten</u> : o.a. depressie bij patiënten met fibromyalgia <u>conclusies</u> : beide groepen significant therapeutisch effect op depressie (ook bij 6 mnd follow-up); geen verschil tussen groepen
		RCT (n=86)	Li e.a. (2002)	<u>vorm</u> : 3 groepen: Qigong, ontgiftingsmedicatie en controlegroep (geen medicatie) <u>uitkomstmaten</u> : o.a. angst bij afkickende heroïneverslaafden <u>conclusies</u> : medicatie+Qigong-groep significant lagere angstscores
		RCT (n=50)	Tsang e.a. (2003)	<u>vorm</u> : Qigong vs. controle (reguliere rehabilitatie) <u>uitkomstmaten</u> : o.a. depressie bij geriatrische patiënten met verschillende chronische medische condities <u>conclusies</u> : geen significant effect op depressie
		RCT (n=43)	Yang e.a. (2005)	<u>vorm</u> : Qigong vs. controle (standaard zorg) <u>uitkomstmaten</u> : stemming bij ouderen met chronische pijn <u>conclusies</u> : significante verbetering van stemming in Qigong-groep vergeleken met controle; ook bij follow-up na twee weken
		RCT (n=36)	Jang & Lee (2004)	<u>vorm</u> : Qigong vs. controle (placebo) <u>uitkomstmaten</u> : o.a. negatieve gevoelens bij vrouwen met PMS <u>conclusies</u> : significante afname neg. gevoelens in Qigong-groep vergeleken met controle
		RCT (n=22)	Wu e.a. (1999)	<u>vorm</u> : Qigong vs. controle (placebo) <u>uitkomstmaten</u> : o.a. stemming en angst bij behandelingsresistente patiënten met post-traumatische dystrofie <u>conclusies</u> : significante afname van angst in Qigong-groep vergeleken met controle

III.3.3 Johrei

Johrei is een vorm van Reiki en combineert Qigong-technieken met een bepaalde levensfilosofie. De healingtechniek zelf houdt in dat de healer zich concentreert op het doorgeven van energie aan de patiënt via een metafoor van licht. Deze energie ontvangt hij van een hogere macht. De ontvanger stelt zich daarbij voor dat hij het licht ontvangt. Ook hier speelt het zelfhelend vermogen van de ontvanger weer een grote rol (Reece e.a., 2005).

Er zijn drie studies gevonden naar de effecten van Johrei (zie tabel 5). In de eerste (Laidlaw e.a., 2003), wordt een significant effect gevonden op angst bij studenten, in vergelijking met zowel de zelfhypnose-groep als de groep zonder behandeling. In de tweede (Laidlaw, Bennett, Dwivedi, Naito & Gruzelier, 2005) worden onder andere angst en depressieve klachten gemeten bij vrouwen met borstkanker. Men vindt een significante afname van angst in de zelfhypnose-groep en de Johrei-groep, vergeleken met de wachtlijstgroep. Daarnaast is er een significante afname van depressieve klachten in de zelfhypnose-groep, in vergelijking met de andere twee groepen.

In de ongecontroleerde klinische studie van Reece e.a. (2005) krijgen 236 patiënten, in behandeling bij een Johrei-centrum voor uiteenlopende klachten, een vragenlijst voorgelegd voor en na de behandeling. Aan de hand hiervan, vindt men een significant therapeutisch effect op angst en depressieve klachten.

Tabel 5: Overzicht van de studies naar Johrei.

Soort healing	Indicatie	Type onderzoek	Auteur	Conclusies
Johrei		RCT (n=48)	Laidlaw e.a. (2003)	<u>vorm</u> : Johrei, zelfhypnose en controle (geen behandeling) <u>uitkomstmaten</u> : stemming en angst bij studenten <u>conclusies</u> : Johrei significant effect in vergelijking met andere twee groepen
	Angst en depressie	RCT (n=13)	Laidlaw e.a. (2005)	<u>vorm</u> : Johrei, zelfhypnose en controle (wachtlijst) <u>uitkomstmaten</u> : angst en depressie bij vrouwen met borstkanker <u>conclusies</u> : significante afname van angst in zelfhypnose en Johrei-groep; significante afname van depressie in zelfhypnosegroep; significante toename van energieniveau van beide groepen in vergelijking met de controlegroep
		Ongecontroleerde klinische studie (n=236)	Reece e.a. (2005)	<u>vorm</u> : vragenlijst voor en na Johrei-behandeling <u>uitkomstmaten</u> : o.a. angst en depressie bij mensen die al in een Johrei centrum, voor verschillende lichamelijke en/of psychische klachten onder behandeling zijn <u>conclusies</u> : significant therapeutisch effect op gevoelens van angst en depressie

III.3.4 Therapeutic touch

Ook bij therapeutic touch gaat het om een bewust gestuurd proces van energie-uitwisseling met de intentie te willen helen. De healer gebruikt zijn handen als instrument. Hiermee worden blokkades opgeheven, extra energie toegevoegd en plooien in het energieveld gladgestreken. De cliënt wordt tijdens de behandeling niet aangeraakt.

Er zijn negen studies gevonden naar Therapeutic touch (tabel 6). In acht daarvan werd een significante afname van angst gevonden in de behandelde groep, vergeleken met de controlegroep. In de studie van Olson en Sneed (1995) bereiken de gevonden verschillen tussen de groepen geen statistische significantie. De auteurs schrijven dat toe aan een te kleine steekproef.

Tabel 6: Overzicht van de studies naar therapeutisch touch.

Soort healing	Indicatie	Type onderzoek	Auteur	Conclusies
Therapeutisch touch (TT)	Angst en depressie	RCT (n=105)	Simington & Laing (1993) (SR Abbot & Astin)*	<u>vorm</u> : 3 groepen: massage+TT, massage met onderdrukking van TT door healer (C1), massage zonder TT door verzorgende (C2) <u>uitkomstmaten</u> : o.a. angst bij ouderen <u>conclusies</u> : significante afname van angst in TT-groep en in C1 in vergelijking met groep zonder TT (controle 2)
		RCT (n=99)	Turner e.a. (1998) (SR Abbot & Astin)*	<u>vorm</u> : TT vs. controle (placebo) <u>uitkomstmaten</u> : o.a. angst bij brandwondpatiënten <u>conclusies</u> : afname van angst significant groter in TT groep
		RCT (n=90)	Lin & Taylor (1998)	<u>vorm</u> : 3 groepen: TT, Mimic Touch en controle (placebo) <u>uitkomstmaten</u> : o.a. angst bij ouderen <u>conclusies</u> : significante grotere afname van angst in TT groep in vergelijking met andere twee groepen
		RCT (n=60)	Quinn (1984) (SR Astin)*	<u>vorm</u> : TT vs. controle (nagebootste TT) <u>uitkomstmaten</u> : angst bij opgenomen hartpatiënten <u>conclusies</u> : significant grotere afname van angst in TT groep
		RCT (n=42)	Larden e.a. (2004)	<u>vorm</u> : 3 groepen: TT, verzorgende aanwezig, standaardzorg <u>uitkomstmaten</u> : o.a. angst bij opgenomen, zwangere, verslaafde vrouwen <u>conclusies</u> : eerste 3 dagen van behandeling angstscores in TT groep significant lager dan in de andere groepen; scores vanaf dag 4 niet meer significant, mogelijk door uitval proefpersonen
		RCT (n=41)	Lafreniere e.a. (1999)	<u>vorm</u> : TT vs. controle (geen TT) <u>uitkomstmaten</u> : o.a. angst bij gezonde vrouwen <u>conclusies</u> : significante grotere afname in TT groep
		RCT (n=40)	Olson & Sneed (1995) (SR Abbot)*	<u>vorm</u> : 4 groepen: hoge angst + TT, lage angst + TT, hoge angst + geen TT, lage angst + geen TT <u>uitkomstmaten</u> : angst bij gezonde proefpersonen <u>conclusies</u> : geen significante verschillen; mogelijk door te kleine steekproef
		RCT (n=31)	Gagne & Toyne (1994) (SR Abbot)*	<u>vorm</u> : 3 groepen: TT, Relaxation Therapy (RT) controle (placeboTT) <u>uitkomstmaten</u> : o.a. angst bij psychiatrische volwassenen <u>conclusies</u> : significante afname angst in de TT en RT-groep, in vergelijking met de controle
		Gecontrol. klinische studie (n=90)	Heidt (1980)	<u>vorm</u> : 3 groepen: TT, Casual Touch en No Touch <u>uitkomstmaten</u> : o.a. angst bij opgenomen hartpatiënten <u>conclusies</u> : significant grotere afname van angst in TT groep, in vergelijking met andere groepen

* Is ook geïnccludeerd in een systematische review.

III.3.5 Healing touch

Healing touch is een energietherapie met als doel het herstellen van harmonie en balans in het energiesysteem, om het zelfhelend vermogen van de ontvanger te bevorderen. De healer houdt zijn handen boven en op het lichaam van de ontvanger, zonder daarbij druk uit te oefenen. Tijdens de lichte aanraking, wordt aan de hand van temperatuurwisseling, structuren en trillingen de energiebalans bepaald. De healer heft de energieblokkades die hij tegenkomt op. Het verschil met therapeutic touch is dat daarbij geen aanraking plaatsvindt en dat een behandeling over het algemeen korter duurt.

Er zijn drie studies gevonden naar het effect van healing touch (tabel 7). De RCT van Post-White e.a. (2003), bij 230 kankerpatiënten in een periode van een chemokuur, laat een significant positief effect van healing touch zien op depressieve klachten, in vergelijking met de controlegroep (standaardbehandeling). Healing touch lijkt in deze studie geen effect te hebben op angst.

In de ongecontroleerde klinische studies van Weze e.a., wordt een significant positief effect van healing touch op angst en depressieve klachten bij kankerpatiënten (2004) en een significant positief effect op het slaappatroon gevonden, zowel bij mensen met insomnia als bij mensen die voorheen te veel sliepen (2003).

Tabel 7: Overzicht van de studies naar healing touch.

Soort healing	Indicatie	Type onderzoek	Auteur	Conclusies
Healing touch (HT)	Angst en depressie	RCT (n=230)	Post-White e.a. (2003)	<u>vorm</u> : HT, MT (therapeutische massage), aanwezigheid van een verzorgende of controle (standaard behandeling) <u>uitkomstmaten</u> : o.a. angst en depressie bij kankerpatiënten in periode van een chemokuur <u>conclusies</u> : significant effect van HT, MT en aanwezigheid van een verzorgende op depressie, in vergelijking met de controlegroep; effect van MT en HT is groter dan het effect van de aanwezige verzorgende; angst neemt alleen af in de MT groep
		Ongecontroleerde klinische studie (n=35)	Weze e.a. (2004)	<u>vorm</u> : 35 kankerpatiënten; healing zonder controle <u>uitkomstmaten</u> : o.a. angst en depressie bij kankerpatiënten <u>conclusies</u> : significant effect op angst en depressie
		Slaap	Ongecontroleerde klinische studie (n=300)	Weze e.a. (2003)

III.3.6 Intercessory prayer

Intercessory prayer is het communiceren met God van een of meer personen ten gunste van iemand met een bepaalde psychische, lichamelijke, mentale, materiële of spirituele behoefte. De persoon die bidt, is over het algemeen iemand die daadwerkelijk gelooft in het bestaan van God. Het bidden hoeft niet te gebeuren in de aanwezigheid van degene voor wie gebeden wordt. Degene die bidt, treedt op als intermediair (Roberts e.a., 2006).

Er zijn drie studies gevonden naar de effecten van intercessory prayer (tabel 8). In de studie van O’Laoire (1997), bij 406 personen met verschillende psychische en lichamelijke klachten, trad een significante verbetering op in zowel de groep waarvoor gebeden werd, als de groep waarvoor niet gebeden werd (controle), met betrekking tot angst en depressieve klachten. Er werden geen verschillen gevonden tussen deze groepen. Een eventueel effect van intercessory prayer is met deze studie niet duidelijk aangetoond.

In de studie van Matthews, Conti en Sireci (2001) worden geen significante effecten van intercessory prayer op depressieve klachten bij hemodialysepatiënten gevonden. En tot slot vinden Tloczynsky en Fritsch (2002) in hun studie bij psychologiestudenten een significant lagere angstscore in de groep waarvoor gebeden werd, dan in de groep voor waarvoor niet gebeden werd. Intercessory prayer lijkt hier een positief effect te hebben. De steekproef is echter dermate klein, dat geen conclusies getrokken kunnen worden.

Tabel 8: Overzicht van de studies naar intercessory prayer.

Soort healing	Indicatie	Type onderzoek	Auteur	Conclusies
		RCT (n=406)	O’Laoire (1997) (SR Abbot & Townsend)*	<u>vorm</u> : 3 groepen: indirecte IP, directe IP en geen IP <u>uitkomstmaten</u> : o.a. angst en depressie bij mensen met uiteenlopende klachten <u>conclusies</u> : significante verbetering op angst en depressie in alle groepen (geen verschil)
Intercessory prayer (IP)	Angst en depressie	RCT (n=95)	Matthews e.a. (2001)	<u>vorm</u> : 6 groepen: (1) IP ontvangen/IP verwachten, (2) transpersonele positieve visualisatie (PV) ontvangen/IP verwachten, (3) geen behandeling ontvangen/IP verwachten, (4) IP ontvangen/PV verwachten, (5) PV ontvangen/PV verwachten, (6) geen behandeling ontvangen/PV verwachten <u>uitkomstmaten</u> : o.a. depressie hemodialysepatiënten <u>conclusies</u> : geen significant effect in alle groepen
		RCT (n=8)	Tloczynsky & Fritsch (2002)	<u>vorm</u> : IP vs. controle (geen IP) <u>uitkomstmaten</u> : angst bij psychologiestudenten <u>conclusies</u> : significant lagere angstscores bij degenen voor wie gebeden werd (n=6); zeer kleine steekproef

* Is ook geïnccludeerd in een systematische review.

III.3.7 Distant healing

De term “distant healing” is in de jaren negentig gelanceerd door Elizabeth Targ. Volgens haar definitie vallen onder distant healing alle paranormale, bovennatuurlijke, spirituele, intentionele en louter mentale methoden om de lichamelijke of emotionele toestand van anderen op afstand te beïnvloeden. Het is een paraplueterm voor allerlei soorten healing, zoals bijvoorbeeld intercessory prayer of Reiki op afstand (Sicher, Targ, Moore & Smith, 1998).

Er zijn twee studies gevonden naar het effect van distant healing (tabel 9). In de studie van Harkness, Abbot en Ernst (2000), naar onder andere angst en depressieve klachten bij mensen met wratten, werden geen significante verschillen tussen de behandelde en de controlegroep gevonden. In de studie van Sicher e.a. (1998), naar de effecten van distant healing bij AIDS-patiënten, werd een positief significant effect van distant healing op angst en depressieve klachten gevonden.

Tabel 9: Overzicht van de studies naar distant healing.

Soort healing	Indicatie	Type onderzoek	Auteur	Conclusies
Distant healing (DH)	Angst en depressie (o.a.)	RCT (n=84)	Harkness e.a. (2000)	<u>vorm:</u> DH vs. controle (geen DH) <u>uitkomstmaten:</u> o.a. angst en depressie bij mensen met wratten <u>conclusies:</u> geen significant verschil in scores op angst en depressie tussen de groepen
		RCT (n=40)	Sicher e.a. (1998) (<i>SR Abbot & Astin</i>)*	<u>vorm:</u> DH vs. controle (geen DH) <u>uitkomstmaten:</u> o.a. angst en depressie bij AIDS patiënten <u>conclusies:</u> significante vermindering van angst en depressie in behandelgroep vergeleken met controlegroep

* Is ook geïnccludeerd in een systematische review.

III.3.8 Spirituele healing

Spirituele healing wordt, net als distant healing vaak gebruikt als paraplueterm voor verschillende soorten healing. Het kan gaan om bijvoorbeeld bidden, handoplegging of meditatie.

Er zijn vier studies gevonden naar spirituele healing (tabel 10). In de drie RCT's werd geen significant effect van healing op angst en depressieve klachten gevonden bij patiënten met chronische pijn (Abbot e.a., 2001; Sundblom e.a., 1994) en patiënten met restricted neck movement (Gerard, Smith & Simpson, 2003). In de gecontroleerde studie van Dixon (1998) werden in de behandelde groep wel significant therapeutische effecten gevonden op angst en depressieve klachten bij patiënten met chronische symptomen in vergelijking met de wachtlijstcontrolegroep.

Tabel 10: Overzicht van de studies naar spirituele healing.

Soort healing	Indicatie	Type onderzoek	Auteur	Conclusies
Spirituele healing	Angst en depressie	RCT (n=105)	Abbot e.a. (2001)	<u>vorm</u> : 2 delen: 8 weken face-to-face healing vs. gesimuleerde face-to-face healing (controle)(deel I) en 8 weken distant healing vs. 8 weken geen healing (controle) (deel II); goede controle, goed geblindeerd <u>uitkomstmaten</u> : o.a. angst en depressie bij patiënten met chronische pijn <u>conclusies</u> : geen significante verschillen tussen de groepen
		RCT (n=68)	Gerard e.a. (2003)	<u>vorm</u> : spirituele healing vs. controle (geen healing) <u>uitkomstmaten</u> : o.a. angst en depressie bij patiënten met restricted neck movement <u>conclusies</u> : geen significante verschillen tussen beide groepen voor angst en depressie
		RCT (n=24)	Sundblom e.a. (1994) (SR Abbot)*	<u>vorm</u> : healing vs. controle (geen healing) <u>uitkomstmaten</u> : o.a. depressie bij patiënten met chronische pijn <u>conclusies</u> : geen significant effect voor depressie
		Gecontroleerde klinische studie (n=57)	Dixon (1998) (SR Abbot)*	<u>vorm</u> : spirituele healing vs. controle (wachtlIJst) <u>uitkomstmaten</u> : o.a. angst en depressie bij patiënten met chronische symptomen <u>conclusies</u> : significant therapeutisch effect op angst en depressie in behandelde groep; methodologische beperkingen (sequentiële toewijzing, wachtlijstcontroles, niet blind)

* Is ook geïnccludeerd in een systematische review.

IV Conclusie

Doel van deze literatuurstudie was het verkrijgen van een overzicht van de resultaten van wetenschappelijk onderzoek naar de effecten van healing op psychische klachten. Aan de hand van de gevonden studies kan onder andere geconcludeerd worden dat onderzoek naar healing nog in de kinderschoenen staat, met name als het gaat om de bestudering van effecten bij psychische klachten. Systematische reviews zijn er wel, maar deze betreffen altijd een grote verscheidenheid aan klachten, zowel psychisch als lichamelijk. Daarnaast worden verschillende healingmethoden met elkaar vergeleken. Dit zorgt voor een grote heterogeniteit in de reviews. De conclusies van de reviews zijn in alle gevallen dat de resultaten wisselend zijn en dat er, ook in verband met methodologische tekortkomingen van geïnccludeerde studies, zoals kleine steekproeven en minder geschikte of ontbrekende controlegroepen, geen harde conclusies kunnen worden getrokken.

Naast de systematische reviews worden er slechts twee klinische studies gevonden die het effect van healing op een psychische stoornis onderzoeken. Studies naar effecten bij psychische problematiek als secundaire klacht worden vaker gevonden. Hiervan laat iets meer dan zeventig procent een significant positief effect zien met betrekking tot angst en depressieve klachten. De diversiteit is echter groot; er zijn grote verschillen in steekproefomvang, soort proefpersonen, onderzoeksopzet en healingsoort. Ook is er in het grootste deel van de gevallen sprake van methodologische tekortkomingen. Hoewel de uitkomsten wel in een bepaalde richting wijzen, namelijk in de richting van een mogelijk effect van healing op psychische klachten, zijn er dus nog geen harde conclusies te trekken.

Wanneer onderscheid wordt gemaakt tussen de verschillende healingsoorten, wordt het beeld genuanceerder. Zo laten de resultaten van de drie studies met betrekking tot intercessory prayer geen effecten zien. Ditzelfde geldt voor spirituele healing; er worden nauwelijks effecten aangetoond. En daar waar een significant positief effect gevonden wordt, is sprake van grote methodologische tekortkomingen. Met betrekking tot Reiki lijkt het onderzoek schaars; er worden slechts twee studies gevonden. Eén van de twee vindt een effect, maar dat is de ongecontroleerde studie. Meer onderzoek zal nodig zijn om duidelijkheid te verschaffen over de effecten van Reiki. Studies met betrekking tot distant healing zijn ook schaars, maar de resultaten die er zijn, vormen wel aanleiding tot het doen van meer onderzoek.

Met betrekking tot de overige vier healingsoorten - healing touch, Johrei, Qigong en therapeutic touch - zijn de resultaten positiever. De uitkomsten van het onderzoek naar therapeutic touch wijzen duidelijk in de richting van een positief effect op psychische klachten; acht van de negen studies vinden een significant effect. Deze bevindingen worden ondersteund door het beeld dat Astin (2000) schetst in zijn systematische review; terwijl voor

de meeste healingmethoden ongeveer de helft van de studies significante resultaten laat zien, geldt dit voor méér dan de helft van de studies met betrekking tot therapeutic touch.

Het hier gepresenteerde onderzoek is onderhevig aan een aantal methodologische tekortkomingen. Zo geven de geïncludeerde studies niet een uitputtend overzicht van onderzoek naar de effecten van healing op psychische klachten als secundaire symptomen. In de eerste plaats omdat er alleen gezocht is in reguliere databases. In de tweede plaats omdat het niet mogelijk was alle studies naar de effecten van healing te bestuderen om na te gaan of psychische klachten secundaire uitkomstmaat waren.

Hoewel de studies uiteraard met kritische blik zijn beschouwd, is de wetenschappelijke kwaliteit ervan niet onderworpen aan een objectief beoordelingssysteem. Het beeld dat nu geschetst wordt van de effecten van healing, significant in bijna driekwart van de studies, zou dus enigszins vertekend kunnen zijn.

De effecten van healing

Deel 2

Een pilotstudie van de effecten van de Barbara Brennan-methode

I Inleiding

Zoals duidelijk werd uit de literatuurstudie, staat het onderzoek naar healing nog in de kinderschoenen. Met name onderzoek naar de effecten van healing op psychische klachten, is nog nauwelijks verricht. Daarom is besloten om, als eventuele voorzet voor grootschalig, gecontroleerd effectonderzoek, een pilotstudie naar de effecten van healing uit te voeren.

Er is gezocht naar een homogene groep healers; healers die allen met dezelfde methode werken. Die is gevonden in de Healers Connectie: een vereniging van Nederlandse en Belgische healers. De aangesloten healers zijn afgestudeerd aan de “Barbara Brennan School of Healing” of aan “Snowlion Center School”¹; internationale healingopleidingen. Ze werken op verschillende plekken in Nederland en België. De healers zijn allemaal zowel energetisch als psychologisch geschoold, hebben een gemeenschappelijke visie op healing en hanteren de Barbara Brennan-methode in de behandelingen die ze geven.

Uitgangspunt van deze vorm van healing is, dat ons lichaam omgeven wordt door een energieveld, ook wel de aura genoemd. Dit energieveld bestaat uit een aantal lagen en staat, via energiepunten, ook wel chakra’s genoemd, in verbinding met het lichaam. Chakra’s zijn geconcentreerde draaipunten van subtiele energie die in ons lichaam aanwezig zijn. Verondersteld wordt, dat er sprake is van directe interactie tussen dit bio-energetische lichaam en het fysieke lichaam van de mens.

Volgens deze holistische visie neigen lichaam en energiehuishouding van nature naar gezondheid. Gezondheid voor de Brennan-healer is niet alleen dat het fysieke lichaam gezond is, maar dat alle aspecten van iemands leven met elkaar in evenwicht en harmonie zijn. Ziekte wordt gezien als het gevolg van een onevenwichtige verdeling van energie en uit zich vaak in energieblokkades. Als iemand lichamelijk, emotioneel, mentaal of spiritueel niet in orde is, dan is dat te zien of te voelen aan de aura. De healer beschikt over de middelen en de methode om energie te herstellen en/of te geven, om zo de gezondheid en het zelfhelend vermogen te stimuleren (Brennan, 2003).

In samenwerking met de healers van de Healers Connectie, is er met behulp van vragenlijsten, onderzoek gedaan bij hun cliënten naar het effect van de behandelingen. De studie beoogt een antwoord te vinden op de vraag wat de effecten van Barbara Brennan-healing zijn, op psychisch welbevinden. Er is nog niet eerder wetenschappelijk onderzoek verricht naar deze behandelmethode.

¹ Snowlion Center School is een opleiding die is opgericht door een afgestudeerde leerling van de Barbara Brennan School of Healing.

II Methode

II.1 Deelnemers

Voor het onderzoek zijn alle healers van de Healers Connectie benaderd. Van de 21 aangesloten healers, waren er elf bereid mee te werken. Bezwaar van de healers was vaak, dat een cliënt vragen om deelname, "...niet goed voelde..." en dat de therapeutische relatie er mogelijk door in gevaar werd gebracht. Ook hadden enkelen moeite met de wetenschappelijke visie op (de effecten van) healing; de zakelijke en gestructureerde wetenschappelijke benadering, lijkt moeilijk samen te gaan met de persoonlijke en intuïtieve visie van de healers.

De healers is verzocht, alle nieuw aangemelde cliënten in een periode van drie maanden, te vragen om met het onderzoek mee te doen. Inclusie criterium is dus aanmelding voor behandeling bij één van de aan het onderzoek deelnemende healers van de Healers Connectie. Er zijn geen exclusiecriteria.

Uiteindelijk zijn 41 van de 58 nieuw aangemelde cliënten gevraagd. Als cliënten niet gevraagd werden had dit meestal te maken met de eerder genoemde kwaliteit van de therapeutische relatie en het gevoel de cliënten ergens mee lastig te vallen. Healers maakten soms de inschatting dat de cliënt "...er toch niet de moeite voor zouden nemen..." of dat de cliënt er "...te kwetsbaar..." voor zou zijn. Een enkele keer werd het vergeten.

Veertien van de 41 gevraagde cliënten hebben ingestemd mee te doen met het onderzoek. Redenen voor cliënten om niet mee te doen waren, dat ze het vervelend vonden dat het volgens hen niet geheel anoniem was (de adresgegevens werden gebruikt voor het opsturen van de vragenlijsten), dat het te persoonlijk was of dat ze er geen zin in hadden.

De onderzoeksgroep bestaat uit twaalf vrouwen en twee mannen, tussen de 26 en de 56 jaar ($M = 41.1$, $SD = 9.2$). Het opleidingsniveau varieert van MAVO tot een postdoctorale studie. Twee van de veertien deelnemers krijgen naast de healing nog een andere behandeling (homeopathie en psychotherapie). Eén van hen gebruikt medicatie. Zeven van de deelnemers zijn in het verleden behandeld voor psychische klachten. Dit vond allemaal plaats in het reguliere circuit. Andere relevante demografische variabelen worden weergegeven in tabel 11.

Tabel 11: Demografische variabelen.

Belangrijkste dagbesteding (n=14)	N
Opleiding en/of betaald werk	6
Werkloos	1
Huishoudelijk werk	1
WAO/ziektewet	5
Andere bezigheden	1
Gezinssamenstelling (n=14)	
Alleen	4
Samen met partner	4
Samen met één of meer kinderen	4
Samen met partner én één of meer kinderen	2

II.2 Procedure en meetmomenten

Cliënten worden bij aanmelding voor behandeling door de healer gevraagd mee te doen met het onderzoek. Dit kan telefonisch, per brief of per e-mail, afhankelijk van de manier van aanmelden. Deelnemers krijgen vijf maal een pakket vragenlijsten toegestuurd. Het eerste krijgen ze bij aanmelding voor behandeling (T1). Hierbij gaat een begeleidende brief met uitleg van de procedure (bijlage 1) en een toestemmingsformulier, welke de cliënt ondertekent (bijlage 2). De overige meetmomenten (T2-T5) zijn steeds twee maanden later. In dit artikel worden de resultaten van de eerste twee meetmomenten besproken.

II.3 Meetinstrumenten

Bij elk van de meetmomenten hoort een set van vijf vragenlijsten (bijlage 3). De Algemene Vragenlijst (AVL) heeft als doel gegevens te verzamelen over de persoonlijke situatie van de cliënt. Daarnaast worden de volgende vragen gesteld: “Hoeveel vertrouwen heeft u in de werkzaamheid of effectiviteit van de reguliere Geestelijke Gezondheidszorg?” en “Hoeveel vertrouwen heeft u in healing als manier om van uw klachten af te komen?”. Deze worden gescoord op een schaal van 1 (“helemaal geen vertrouwen”) tot 10 (“volledig vertrouwen”). En tot slot: “U hebt u aangemeld voor healing vanwege bepaalde klachten/problemen. In welke mate hebt u daar de laatste week last van?”. Deze vraag wordt gescoord op een schaal van 1 (“helemaal geen last”) tot 10 (“heel erg veel last”).

De Happiness Index (HI) is gebaseerd op Veenhoven (1994) en bestaat uit slechts één vraag: “Hoe gelukkig bent u de laatste maand?”. De score kan worden aangegeven op een schaal van 1 (“helemaal niet gelukkig”) tot 10 (“heel erg gelukkig”). Van dit meetinstrument zijn geen psychometrische gegevens bekend.

De Positieve Uitkomsten Lijst (PUL) (Appelo & Schouten, 2003) is een instrument voor het meten van psychische draagkracht. De vragenlijst bestaat uit tien items in de vorm van stellingen en twee intern consistente subschalen met goede test-hertestbetrouwbaarheid: Autonomie en Sociaal Optimisme. Hoge scores op Autonomie wijzen op het ervaren van draagkracht, regie en controle. Hoge scores op Sociaal Optimisme wijzen op het tevreden zijn over en het hebben van vertrouwen in sociale contacten. De antwoorden hebben betrekking op de periode van twee weken voorafgaand aan het invullen van de vragenlijst. De items worden gescoord op een schaal van 1 ("helemaal niet van toepassing") tot 4 ("helemaal van toepassing"). Voorbeelden van stellingen zijn: "Ik functioneer goed in sociale contacten" en "Ik voel me zelfstandig en onafhankelijk". Beide schalen correleren positief met 'self-efficacy' of algemene competentieverwachting, zoals gemeten met de ALCOS-12.

De Korte Klachtenlijst (KKL) beoogt de mate van psychisch lijden te inventariseren. De lijst bestaat uit veertien items in de vorm van klachten, waarbij op een schaal van 0 ("geen") tot 4 ("heel erg") aangegeven moet worden in hoeverre de cliënt hier last van heeft of recent heeft gehad. Voorbeelden van items zijn: "Angsten" en "Prikkelbaarheid". De interne consistentie van de schaal is goed, de betrouwbaarheid voldoende. De KKL correleert zeer hoog positief met de SCL-90 (Lange e.a., 2000; Lange & Appelo, in voorbereiding).

De Healing Vragenlijst (HVL) is een vragenlijst die is samengesteld door de healers die meewerken aan het onderzoek. De items representeren psychologische kenmerken die volgens de healers specifiek door healing beïnvloed zullen worden. De lijst bestaat uit zeventien items, in de vorm van stellingen, waarbij gescoord moet worden op een schaal van 1 ("helemaal niet van toepassing") tot 4 ("helemaal van toepassing"). Voorbeelden van stellingen zijn: "Ik mag fouten maken van mezelf" en "Ik ervaar intimiteit in mijn leven". De psychometrische kwaliteiten van de HVL zijn nog niet onderzocht.

II.4 Statistische analyse

Voorwaarden voor parametrisch toetsen zijn dat de variabelen op interval- of ratioschaal gemeten zijn én dat de steekproevenverdeling normaal verdeeld is. In dit onderzoek wordt aan deze tweede voorwaarde niet voldaan; de steekproefomvang is kleiner dan dertig en in dat geval mag er niet vanuit worden gegaan dat er sprake is van een normale verdeling. Er kan dus niet parametrisch getoetst worden. Derhalve wordt gekozen voor een non-parametrische toets, welke geen voorwaarden stelt aan de verdeling van een variabele. Omdat de vraag is, of er verschillen zijn tussen de twee meetmomenten op een aantal gemeten variabelen, wordt gebruik gemaakt van de rangtekentoets van Wilcoxon. Dit is een alternatief voor de Student's t-toets voor gepaarde steekproeven (de Vocht, 2000). Er is gekozen voor een significantieniveau van vijf procent. Er is dus maximaal vijf procent kans dat een eventuele conclusie dat er significante veranderingen zijn, onterecht is.

III Resultaten

III.1 Drop-outs versus completers

Van negen van de veertien cliënten zijn uiteindelijk de vragenlijsten van zowel het eerste als het tweede meetmoment ontvangen. Met een Chi-kwadraat toets kan worden onderzocht of de vijf drop-outs op bepaalde variabelen significant verschillen van de cliënten in de uiteindelijke onderzoeksgroep. Er wordt echter niet voldaan aan de voorwaarden voor een dergelijke toets; de verwachte celfrequenties zijn niet allemaal groter of gelijk aan 1 en meer dan twintig procent ligt tussen de 1 en de 5. Dit wordt veroorzaakt door de geringe steekproefomvang. Een alternatief voor deze toets is de Fischer's Exact test. Tabel 12 laat zien dat er met behulp van deze test geen verschillen worden aangetoond tussen de negen completers en de vijf drop-outs, met betrekking tot de variabelen geslacht, leeftijd en opleidingsniveau.

Tabel 12: Verschil tussen drop-outs en completers op demografische variabelen (Fischer's Exact Test) (n=14).

Variabele	Categorieën	N	Drop-outs	Sig. (p)
Geslacht	Man	2	1	.60
	Vrouw	12	4	
Leeftijd	< 40 jaar	7	3	.50
	≥ 40 jaar	7	2	
Opleidingsniveau	≤ MBO	6	1	.24
	> MBO	8	4	

Aangezien de vijf drop-outs wel de vragenlijsten voor T1 hebben ingevuld, kan met behulp van de Mann-Whitney toets worden bekeken of hun testscores verschillen met die van de negen completers. Tabel 13 laat zien dat er geen verschillen zijn tussen de twee groepen met betrekking tot het vertrouwen in healing, de score op de Happiness Index, de scores op de PUL (Autonomie en Sociaal Optimisme) en de score op de KKL. Er wordt wel een significant verschil gevonden tussen de twee groepen op de mate waarin men last heeft van de aanmeldklacht; de drop-outs scoren beduidend lager dan de completers. Een mogelijke verklaring hiervoor is, dat de cliënt bij overweging om door te gaan met de therapie een kosten-batenanalyse maakt; naarmate hij minder last heeft van de aanmeldklacht, zullen baten van de behandeling relatief lager worden, waardoor de keuze om te stoppen eerder wordt gemaakt. Of dit verband houdt met de drop-out kan echter niet met zekerheid gesteld worden, omdat niet zeker is dat de drop-outs ook met de behandelingen gestopt zijn.

Tabel 13: Verschil tussen deelnemers en drop-outs op vragenlijsten T1 (Mann-Whitney toets) (n=14).

	Completers	Drop-outs	Z-score	Sig. (p)
	M (SD)	M (SD)		
Vertrouwen in healing	7.6 (1.0)	7.9 (1.2)	-.4	.80
Last van aanmeldklacht	8.3 (.9)	5.6 (2.7)	-2.1	.04*
Happiness Index	5.1 (2.4)	6.8 (1.3)	-1.6	.15
Autonomie (PUL)	17.9 (3.3)	21.2 (3.7)	-1.3	.24
Sociaal Optimisme (PUL)	9.3 (1.7)	9.8 (.8)	-.6	.61
Korte Klachten Lijst	14.3 (5.8)	14.8 (8.1)	-.3	.83

* Significant verschil ($p \leq .05$).

III.2 Effect op welbevinden

Voor het bepalen van het effect van de healingssessies, werd een non-parametrische toets uitgevoerd voor de scores op de gehanteerde vragenlijsten. De resultaten hiervan zijn te vinden in tabel 14.

Verwacht werd dat de scores op de HI, de PUL en de items van de HVL significant zouden toenemen en dat de scores op de KKL en de aanmeldingsklacht significant zouden afnemen. Er is tussen T1 en T2 inderdaad een significante, positieve verandering opgetreden in de scores op de KKL en de PUL (Autonomie). Er lijkt sprake te zijn van een afname van psychisch lijden en een toename van de mate waarin cliënten draagkracht, regie en controle ervaren. Ook de mate waarin cliënten aangeven last te hebben van de aanmeldklacht, is significant afgenomen. Op de HI en de PUL (Sociaal Optimisme), treden geen significante veranderingen op. Dit betekent dat cliënten zich op T1 en T2 ongeveer even gelukkig of ongelukkig voelen en dat er geen verandering is opgetreden in de mate waarin zij tevreden zijn over en vertrouwen hebben in hun sociale contacten. Op geen van de items van de HVL is sprake van een significante verbetering.

Tabel 14: Resultaten vragenlijsten (rangtekentoets van Wilcoxon) (n=9).

	T1	T2	T1-T2
	<u>M (SD)</u>	<u>M (SD)</u>	<u>Z-score (p)</u>
Happiness Index (HI)	5.1 (2.4)	6.0 (2.3)	-.99 (.32)
Sociaal Optimisme (PUL)	9.3 (1.7)	9.9 (1.9)	-1.1 (.29)
Autonomie (PUL)	17.9 (3.3)	21.3 (4.5)	-2.3 (.02)*
Korte Klachtenlijst (KKL)	14.3 (5.8)	10.9 (6.9)	-2.0 (.04)*
HVL1**	3.0 (.5)	3.0 (.9)	.00 (1.00)
HVL2	2.8 (.4)	2.9 (.3)	-1.00 (.32)
HVL3	3.1 (.8)	3.2 (1.0)	-.27 (.79)
HVL4	2.7 (.9)	3.0 (.9)	-1.13 (.26)
HVL5	2.2 (1.0)	2.7 (.5)	-1.30 (.19)
HVL6	3.1 (1.1)	2.9 (1.1)	-.71 (.48)
HVL7	2.6 (.7)	2.4 (.9)	-.33 (.74)
HVL8	3.1 (.6)	3.0 (.5)	-.45 (.66)
HVL9	3.0 (1.0)	3.1 (.3)	-.38 (.71)
HVL10	2.6 (.5)	2.6 (.9)	.00 (1.00)
HVL11	2.3 (.9)	2.9 (.6)	-1.63 (.10)
HVL12	2.3 (.7)	2.7 (1.0)	-1.00 (.32)
HVL13	2.7 (.7)	3.1 (1.1)	-1.63 (.10)
HVL14	2.8 (.8)	2.9 (.9)	-.38 (.71)
HVL15	3.1 (.6)	2.8 (1.2)	-.71 (.48)
HVL16	2.1 (.6)	2.8 (1.1)	-1.73 (.08)
HVL17	1.9 (.6)	2.6 (1.0)	-1.73 (.08)
Last van aanmeldklacht	8.3 (.87)	5.3 (2.8)	-2.1 (.04)*

* Significante verbetering ($p \leq .5$).

** Omdat de HVL nog niet psychometrisch is onderzocht, is het niet mogelijk een totaalscore te berekenen en gelden slechts de scores op de losse items.

III.3 Invloed van vertrouwen

Zowel in het vertrouwen in de reguliere geestelijke gezondheidszorg als in het vertrouwen in healing is geen significante verandering opgetreden (tabel 15). Er is onderzocht of de mate van verbetering gecorreleerd is met het vertrouwen in healing. Voor de vragenlijsten waarbij een significant effect is gevonden, is dit berekend met behulp van de rangcorrelatie van Spearman. Er wordt een significante correlatie gevonden tussen het vertrouwen in healing op T1 en de afname van scores op de KKL ($r = .70$, $p = .05$). Dit wijst erop dat een groter vertrouwen in healing, vóór aanvang van de behandeling, samenhangt met een grotere afname van psychisch lijden. Voor de PUL (Autonomie) ($r = -.30$, $p = .44$) en de vraag over de last van de aanmeldklacht ($r = -.02$, $p = .96$) worden geen significante correlaties met het vertrouwen in healing op T1 gevonden. Blijkbaar hangt vertrouwen in

healing niet samen met de mate waarin er verbetering optreedt in de mate waarin men draagkracht, regie en controle ervaart en ook niet met de mate waarin er verbetering optreedt in de klacht waarvoor men zich bij de healer heeft aangemeld.

Tabel 15: Vertrouwen in reguliere zorg en healing (n=9).

	T1	T2	T1-T2
	<u>M</u> (<u>SD</u>)	<u>M</u> (<u>SD</u>)	<u>Z</u> -waarde (<u>p</u>)
Vertrouwen in reguliere GGz	6.1 (1.3)	6.1 (1.1)	.00 (1.00)
Vertrouwen in healing	7.6 (1.0)	6.9 (1.8)	-1.2 (.23)

III.4 Invloed van het aantal sessies

De deelnemers bezochten tussen T1 en T2 gemiddeld drie healingssessies ($\underline{n} = 9$, $\underline{M} = 2.78$, $\underline{SD} = 1.8$). Statistische analyse met behulp van de rangcorrelatie van Spearman laat zien dat er geen verband is tussen het aantal sessies en de gevonden effecten op de KKL ($\underline{r} = -.28$, $\underline{p} = .50$), de PUL (Autonomie) ($\underline{r} = .17$, $\underline{p} = .66$) en de mate van last van de aanmeldklacht ($\underline{r} = .09$, $\underline{p} = .82$). Blijkbaar is het effect van healing niet afhankelijk van het aantal sessies.

IV Conclusie

Het idee voor dit pilotonderzoek, naar de effecten van Barbara Brennan-healing, ontstond naar aanleiding van de resultaten van de voorgaande literatuurstudie; wetenschappelijk onderzoek naar healing is nog zo beperkt, dat meer onderzoek noodzakelijk is om uitspraken te kunnen doen over effecten.

Met betrekking tot gevoelens van autonomie en psychisch welbevinden lijken zich positieve veranderingen te hebben voorgedaan bij de behandelde cliënten. Ook de klachten waarvoor cliënten zich hebben aangemeld, zijn afgenomen. Het is opvallend, dat op geen van de zeventien items van de HVL een positief significante verandering is opgetreden. Immers, de items zijn bedacht door de healers en representeren volgens hen specifieke kenmerken die door de healing in gunstige zin beïnvloed worden. De resultaten van dit onderzoek wijzen hiermee op een mogelijk a-specifiek effect, aangezien de scores op de PUL (Autonomie) en de KKL significant verbeteren, maar niet op een specifiek effect van healing.

Door de methodologische tekortkomingen van de pilotstudie, is het niet mogelijk conclusies te trekken over de oorzaak en generaliseerbaarheid van deze resultaten. Eén van de methodologische tekortkomingen is, dat er geen controlegroep gebruikt is. Dit heeft tot gevolg dat de gevonden effecten niet per definitie zijn toe te schrijven aan de healingssessies. Tevens is de onderzoeksgroep dermate klein dat, zouden de effecten wel gevolg zijn van de healing, deze nog niet gegeneraliseerd kunnen worden naar een grotere populatie. Daarnaast is de steekproef niet aselekt. In de bespreking van de resultaten kwam reeds naar voren dat de vijf drop-outs aanzienlijk minder last hadden van de aanmeldklacht dan de uiteindelijke deelnemers. Zo kan het ook zijn dat de onderzoeksgroep op bepaalde variabelen significant verschilt van de 27 cliënten die aangaven niet mee te willen doen met het onderzoek.

Recent onderzoek naar de test-herstestbetrouwbaarheid van de KKL toont aan dat scores van gezonde proefpersonen bij herhaalde meting significant verbeteren (Bruynzeel, 2006). Het is heel goed mogelijk dat dit effect zich ook in deze onderzoeksgroep heeft voorgedaan. Echter, de spontane fluctuatie van de KKL is ongeveer $.25 \text{ SD}$, terwijl de verbetering hier ongeveer $.60 \text{ SD}$ is, dus aanmerkelijk groter. Dit is meer dan een spontane fluctuatie en wijst mogelijk toch in de richting van een effect van healing.

Er zullen met deze onderzoeksgroep nog drie meetmomenten volgen. Hoewel de methodologische kwaliteit niet zal veranderen (de onderzoeksgroep wordt niet groter en er komt geen controlegroep), zullen eventuele blijvende of nieuwe significante resultaten dan mogelijk van grotere betekenis zijn dan nu.

Aanbevelingen voor onderzoek naar healing in de toekomst

Hoewel het aan de hand van de besproken literatuur- en pilotstudie niet mogelijk is harde conclusies te trekken, wijzen beide studies toch in de richting van mogelijke positieve effecten van healing op psychisch welbevinden. Hiermee vormen ze aanleiding om het onderzoek naar healing voort te zetten. In deze paragraaf worden een aantal aandachtspunten voor toekomstig onderzoek geformuleerd.

Onderscheid maken tussen de healingmethoden

Van de vijf besproken systematische reviews, zijn er drie die onderzoek naar verschillende healingmethoden includeren. In één van deze (Astin e.a., 2000) worden de resultaten op healingsoort gecategoriseerd en besproken. In de andere twee (Abbot, 2000; Ernst, 2003) worden studies naar effecten van verschillende soorten healing niet gesorteerd. Zeker gezien het feit dat resultaten zó wisselend waren, dat er geen echte uitspraken gedaan konden worden, was het interessant geweest om dit wel te doen. De ene methode is de andere niet. Het samennemen van de behandelresultaten zou een vertekend beeld kunnen geven van de effecten van de afzonderlijke behandelmethode. Voor toekomstig onderzoek is het van belang dat dit onderscheid gemaakt gaat worden.

Benadering van de healers

Het lijkt moeilijk te zijn behandelaars in het alternatieve circuit bereid te vinden mee te werken aan wetenschappelijk effectonderzoek. De holistische visie die zij hebben met betrekking tot behandelmethodes is vaak niet goed te verenigen met de zakelijke, koele symptoombenadering van de wetenschap. Toch is medewerking van de healers van het grootste belang voor effectonderzoek in het alternatieve circuit. Onderzoekers zullen er in toekomstig onderzoek goed aan doen de healers persoonlijk te ontmoeten, misschien zelfs meerdere malen. De ervaring wijst uit, dat dit de betrokkenheid van beide kanten kan bevorderen.

Benadering van cliënten of proefpersonen

Ook de bereidheid van cliënten om mee te werken met wetenschappelijk onderzoek lijkt niet altijd even groot. Velen ervaren het als een inbreuk op hun privacy en verkeren in de angst dat, hoewel anonimiteit met nadruk wordt beloofd, er toch op een verkeerde manier met persoonsgegevens zal worden omgesprongen. Een ander deel van de cliënten doet niet mee omdat zij daar geen zin in heeft.

De verwachting is dat bij de vraag voor deelname, de benaderingswijze een belangrijke, zo niet doorslaggevende rol speelt in het besluit van een cliënt om mee te doen. In

toekomstig onderzoek zullen duidelijke afspraken moeten worden gemaakt over wie de cliënten benadert en op welke manier. In verband met regels omtrent anonimiteit in wetenschappelijk onderzoek, was het in dit onderzoek eenvoudiger de healers dit te laten doen. Wanneer healers in toekomstig onderzoek deze rol krijgen, zal de onderzoeker met de healers moeten bespreken hoe zij de cliënten vragen mee te doen. De vraag stellen in een e-mail of brief maakt het voor de cliënt vrijblijvender; de kans is dan groot dat minder mensen instemmen met deelname. Telefonisch of persoonlijk de vraag voorleggen, geeft de healer de gelegenheid om het belang van het onderzoek goed uit te leggen en om op eventuele vragen en onzekerheden van de cliënt in te gaan.

Ook voor het formuleren van de vraag kunnen healers en onderzoekers met elkaar overleggen. Op deze manier kan een situatie gecreëerd worden waarbij ieder zich prettig voelt en tegelijkertijd een zo groot mogelijke onderzoeksgroep wordt verkregen. Uiteraard zijn er ook situaties, afhankelijk van de onderzoeksopzet, waarin het logischer zou zijn, dat de onderzoekers de potentiële proefpersonen benaderen. Ook in dit geval zou het vruchtbaar kunnen zijn als onderzoekers en healers in gesprek gaan om samen een passende manier te vinden waarop dit gedaan kan worden.

Verloop van de behandeling monitoren

Tot slot moet er rekening worden gehouden met de aard van de klachten waarvoor men zich bij een healer aanmeldt en met het feit dat er een andere visie op ziekte en gezondheid gehanteerd wordt dan in de reguliere gezondheidszorg. Bij de behandeling van een bepaalde klacht, is het bijvoorbeeld heel goed mogelijk dat de healer ontdekt dat er onverwerkte problemen zijn, in de vorm van energieblokkades die een in stand houdende rol spelen bij deze klachten. Er zal dan besloten worden om eerst onderliggende problemen aan te pakken en om in een later stadium pas aan het werk te gaan met de klacht waarvoor men zich aanvankelijk aanmeldde.

Daarnaast zal de behandeling van de ene klacht ook meer tijd vergen dan behandeling van de andere. De healer zou een rol kunnen spelen in het 'voorspellen' van het verloop van de behandeling. Mogelijk betekent dit dat healer en onderzoeker in toekomstig onderzoek over elke cliënt contact moeten onderhouden, aangezien onderliggende energieblokkades tijdens sessies aan het licht kunnen komen. Dit zou eventueel ook met behulp van een afgesproken registratiesysteem door de healer kunnen worden bijgehouden.

Onderzoek naar diagnostiek

Een Brennan-healer is niet alleen opgeleid om te healen. Hij is ook opgeleid om een diagnose te stellen, het probleem nauwkeurig te definiëren, onderliggende factoren te benoemen en de juiste geneesmethoden voor te schrijven (Brennan, 2003). Met het oog

hierop zou het goed zijn niet alleen de effecten van de behandelingen te onderzoeken, maar ook de diagnoses die healers stellen. In wetenschappelijk onderzoek zou dit vorm kunnen krijgen door diagnoses van healers, naast die van reguliere artsen te leggen.

Epiloog: ontmoeting

Het is duidelijk dat er het één en ander aan het veranderen is in de gezondheidszorg; er komt meer aandacht en belangstelling voor complementaire en alternatieve geneeswijzen. Hoe zal het er in de toekomst uit zien? Brennan zegt: "Ik ben ervan overtuigd dat in de toekomst de holistische geneeswijzen een geheel zullen vormen, waarin zowel plaats is voor het enorme aandeel van de gespecialiseerde, analytisch ingestelde wetenschap van de traditionele geneeskunde als voor de op synthese gerichte, verbindende kennis van de energiehuishouding in de hogere lichamen ... Artsen, chiropractors, homeopaten, spiritueel genezers, therapeuten, acupuncturisten enzovoort zullen allemaal samenwerken om het genezingsproces te ondersteunen." (Brennan, 2003, 151).

Dat we onderweg zijn naar samenwerking wordt ook duidelijk op het symposium dat in maart 2006 in Groningen door GGz Groningen is georganiseerd. Het symposium, "Integrale psychiatrie: het beste van twee werelden", was een georganiseerde ontmoeting tussen professionals en geïnteresseerden uit het reguliere en het alternatieve circuit. De interesse was groot; er kwamen ongeveer duizend bezoekers.

Hoewel de ontwikkelingen gunstig zijn, lijken we op dit moment nog wel te moeten spreken van 'twee werelden'. De afstand lijkt groot, maar men realiseert zich steeds meer dat het integreren van kennis en ervaring, kan leiden tot vruchtbare resultaten; twee weten meer dan één. Feit blijft, dat het wenselijk is behandelmethoden pas in het behandelaanbod op te nemen wanneer effectiviteit is aangetoond in wetenschappelijk onderzoek. Het lijkt dus onvermijdelijk dat onderzoeker en healer meer met elkaar te maken krijgen. Om deze reden is het noodzakelijk dat zij met elkaar in gesprek gaan. Het naast elkaar leggen van verschillende visies, biedt de mogelijkheid om van elkaar te leren en maakt zo de weg vrij voor vruchtbaar onderzoek.

Stef Bos zegt in één van zijn gedichten: "Je moet van twee kanten komen om elkaar te ontmoeten". Healers, reguliere artsen en onderzoekers zullen allen een stap moeten zetten in de richting van 'de ander'. Wanneer iedereen blijft staan, zal er niets gebeuren. Alleen wanneer we bereid zijn elkaar écht te ontmoeten, zal er ruimte zijn voor groei.

Bijlagen

Bijlage 1
Begeleidende brief bij vragenlijsten

Groningen, (datum)

Betreft: onderzoek naar de effecten van healing

Geachte heer/mevrouw,

De healer waarbij u bent aangemeld, heeft u uitgelegd dat hij of zij meedoet aan een onderzoek van GGz Groningen naar het effect van healing. U heeft aangegeven aan dit onderzoek te willen deelnemen. Allereerst hartelijk dank daarvoor!

U kreeg van de healer al uitleg over het onderzoek, maar voor de duidelijkheid wordt de procedure hier nog een keer kort beschreven.

Er zijn, afhankelijk van de duur van uw behandeling, drie tot vijf momenten waarop er in dit onderzoek iets van u verwacht wordt. We noemen deze momenten T1, T2, T3, T4 en T5. Het is de bedoeling, dat u op deze momenten een set vragenlijsten invult. Deze ontvangt u via de post. Alle keren gaat het om dezelfde vragenlijsten, namelijk: een Algemene Vragenlijst (AVL), de Happiness Index (HI), de Positieve Uitkomsten Lijst (PUL), de Korte Klachten Lijst (KKL) en de Healing Vragenlijst (HVL).

Tijdstip T1 is het moment na het lezen van deze brief. We willen u vragen de vragenlijsten die bijgevoegd zijn, in te vullen en zo spoedig mogelijk te retourneren in de bijgevoegde antwoordenvolp (een postzegel plakken is niet nodig). Het verschil met de andere meetmomenten is, dat u deze eerste keer eenmalig ook een toestemmingsformulier dient te ondertekenen.

Tijdstip T2, T3, T4 en T5 zijn respectievelijk 2, 4, 6 en 8 maanden na de eerste sessie. U krijgt de vragenlijsten dan wederom, met antwoordenvolp, thuisgestuurd. Wilt u deze alstublieft ook dan zo spoedig mogelijk invullen en opsturen?

Of u drie, vier of vijf keer de vragenlijsten krijgt toegestuurd, is afhankelijk van de duur van uw behandeling. Wanneer uw behandeling is afgesloten, krijgt u nog maximaal twee sets vragenlijsten opgestuurd.

Het is voor ons belangrijk te weten op welk meetmoment de vragenlijsten zijn ingevuld. Vandaar dat de lijsten gemarkeerd zullen zijn met de bijbehorende afkorting (T1, T2, T3, T4, T5).

De resultaten van het onderzoek zullen anoniem worden verwerkt. Uw gegevens worden alleen voor dit onderzoek gebruikt en zullen zeker niet aan derden worden verschaft.

Als u vragen of opmerkingen heeft, dan kunt u ons bereiken via onderstaand telefoonnummer of emailadres.

Heel hartelijk dank voor uw medewerking!

Met vriendelijke groeten

namens het Research Instituut van de GGz Groningen,

(naam en contactgegevens onderzoeker)

Bijlage 2

Toestemmingsformulier

Toestemmingsformulier Healing-onderzoek

Ondergetekende,

Naam : Geboortedatum :

Woonadres : Postcode/Plaats :

Telefoon :

Verklaart hierbij mee te doen aan het onderzoek naar het effect van healing.

Ondergetekende heeft de informatie over het onderzoek gekregen, gelezen en begrepen en geeft toestemming om de resultaten van het onderzoek te gebruiken voor evaluatie van het effect van de behandeling.

Ondergetekende is ervan op de hoogte dat de deelname aan het onderzoek geheel vrijwillig is. Het staken van de deelname aan het onderzoek heeft geen enkele consequentie voor de nazorg, begeleiding of behandeling.

Ook is ondergetekende ervan op de hoogte dat de resultaten van het onderzoek anoniem zullen worden opgeslagen voordat ze zullen worden gebruikt voor wetenschappelijk onderzoek.

Plaats : Datum:

Handtekening :

Bijlage 3

Vragenlijsten Healing onderzoek

Datum :

Wat is uw naam? (alleen initialen is ook voldoende) :

Instructie

Dit pakketje bevat enkele vragenlijsten. Elke lijst wordt vooraf gegaan door een korte uitleg. Wilt u steeds goed de uitleg lezen en daarna alle vragen beantwoorden?

Algemene Vragenlijst (AVL)

Allereerst willen we graag wat informatie over uw persoonlijke situatie. Wilt u daarvoor de volgende vragen invullen?

1. Wat is uw **geslacht**? M / V
2. Wat is uw **geboortedatum**? dag () maand () jaar ()
3. Van welke **opleidingen** hebt u een diploma?
4. Hebt u een vaste **partner**? Ja / Nee
5. Wat is de **samenstelling van uw huishouden**?
Woont u:
 - Alleen
 - Samen met één of meer kinderen
 - Samen met partner
 - Samen met partner en één of meer kinderen
 - Studentenhuis, woongroep of andere gedeelde woonvorm
 - Anders, namelijk
6. Welke **bezigheden** had u de **afgelopen zes weken** over het algemeen overdag (u kunt meer mogelijkheden aankruisen)
 - Ik volg een opleiding/zit op school Per week: uren
 - Ik doe betaald werk Per week: uren
 - Ik doe huishoudelijk werk Per week: uren
 - Ik doe vrijwilligerswerk Per week: uren
 - Ik ben werkloos
 - Ik ben in de ziektewet
 - Ik ben geheel of gedeeltelijk in de WAO
 - Ik heb andere bezigheden, namelijk

7. U bent van plan om naar een healer te gaan. Bent u momenteel ook nog ergens anders in **behandeling** vanwege psychische klachten? Ja / Nee
- Zo ja, wat voor soort behandeling?
8. Wat is de datum van uw **eerste afspraak** bij uw healer? dag () maand () jaar ()
9. Bent u **in het verleden in behandeling** geweest vanwege psychische klachten? Ja / Nee
- Zo ja, wat voor soort behandeling?
10. Gebruikt u momenteel **medicijnen** in verband met psychische klachten? Ja / Nee
- Zo ja, **wat voor soort** medicatie en in welke **dosering** (noem de medicijnen die door een arts zijn voorgeschreven en de medicijnen die niet door een arts zijn voorgeschreven, maar die u bijvoorbeeld zelf bij een apotheek hebt gekocht).
-
-
11. Gebruikt u **alcohol en/of drugs**? Ja / Nee
- Zo ja, **wat gebruikt u**, hoe **regelmatig** en in welke **hoeveelheid**?
-
-
12. Hoeveel vertrouwen hebt u in de **werkzaamheid of effectiviteit** van de reguliere Geestelijke Gezondheidszorg?
(1 = helemaal geen vertrouwen, 10 = volledig vertrouwen)
- 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
13. Hoeveel vertrouwen hebt u in **healing** als manier **om van uw klachten af te komen**?
(1= helemaal geen vertrouwen, 10 = volledig vertrouwen)
- 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
14. U hebt u aangemeld voor healing vanwege bepaalde klachten/problemen. In welke mate hebt u daar **de laatste week** last van?
- 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
-

Happiness Index (HI)

Hoe gelukkig bent u de laatste maand?

(1 = helemaal niet gelukkig, 10 = heel erg gelukkig)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Positieve Uitkomsten Lijst (PUL)

Instructie

Deze vragenlijst gaat over hoe goed het de laatste weken met u gaat.

Wilt u bij de volgende vragen het antwoord omcirkelen dat het meest op u van toepassing is?

Denkt u bij de antwoorden aan **de laatste twee weken!**

	helemaal niet	nee nauwelijks	ja redelijk	ja helemaal
1. Ik heb voldoende draagkracht.	1	2	3	4
2. Ik kan bij anderen terecht.	1	2	3	4
3. Ik kan mijn gedachten goed ordenen.	1	2	3	4
4. Ik weet wat ik wil.	1	2	3	4
5. Ik heb de regie over mijn leven.	1	2	3	4
6. Ik functioneer goed in sociale contacten.	1	2	3	4
7. Ik heb inzicht in mezelf en mijn situatie.	1	2	3	4
8. Ik ben tevreden over het aantal sociale contacten dat ik heb.	1	2	3	4
9. Ik heb zelfvertrouwen.	1	2	3	4
10. Ik voel me zelfstandig en onafhankelijk.	1	2	3	4

Korte Klachten Lijst (KKL)

Instructie

Hieronder staat een aantal klachten die mensen zoal kunnen hebben. Wilt u per klacht aangeven in hoeverre u er last van heeft (of recent gehad): u kunt een cirkel plaatsen om het antwoord dat het meest op u van toepassing is.

	geen	een beetje	nogal	tamelijk veel	heel erg
1. Angsten.	0	1	2	3	4
2. Concentratieproblemen.	0	1	2	3	4
3. Geheugenproblemen.	0	1	2	3	4
4. Depressiviteit.	0	1	2	3	4
5. Lichamelijke klachten.	0	1	2	3	4
6. Prikkelbaarheid.	0	1	2	3	4
7. Relatieproblemen.	0	1	2	3	4
8. Zelfmoordgedachten of -pogingen.	0	1	2	3	4
9. Eetstoornissen.	0	1	2	3	4
10. (Neiging) uzelf (te) beschadigen.	0	1	2	3	4
11. Seksuele problemen.	0	1	2	3	4
12. Gynaecologische problemen.	0	1	2	3	4
13. Slaapproblemen.	0	1	2	3	4
14. Verslavingen, namelijk.....	0	1	2	3	4

Healing Vragenlijst (HVL)

Instructie

Deze vragenlijst gaat over hoe goed het de laatste weken met u gaat. Wilt u bij de volgende vragen het antwoord omcirkelen dat het meest op u van toepassing is?

Denkt u bij de antwoorden aan **de laatste twee weken!**

		helemaal niet	nee nauwelijks	ja redelijk	ja helemaal
1.	Ik ken mezelf.	1	2	3	4
2.	Ik kan hulp vragen en accepteren.	1	2	3	4
3.	Ik voel me geliefd door anderen	1	2	3	4
4.	Ik ben tevreden over mijn relaties.	1	2	3	4
5.	Ik mag fouten maken van mezelf.	1	2	3	4
6.	Ik kijk uit naar de toekomst.	1	2	3	4
7.	Ik weet hoe ik kan leven vanuit mijn diepste gevoelens en wensen en handel ernaar.	1	2	3	4
8.	Ik spreek mijn waarheid en handel ernaar.	1	2	3	4
9.	Ik voel me verbonden met iets groters dan ikzelf.	1	2	3	4
10.	Ik gebruik mijn talenten en/of creatieve kwaliteiten.	1	2	3	4
11.	Ik kom op voor mijn eigen behoeftes.	1	2	3	4
12.	Ik voel me lichamelijk vitaal en levenslustig.	1	2	3	4
13.	Ik heb het gevoel persoonlijk te groeien.	1	2	3	4
14.	Ik ken mijn grenzen.	1	2	3	4
15.	Ik ervaar intimiteit in mijn leven.	1	2	3	4
16.	Ik voel me energiek.	1	2	3	4
17.	Ik voel me ontspannen.	1	2	3	4

Literatuurlijst

- Abbot, N.C. (2000). Healing as a therapy for human disease: A systematic review. The Journal of Complementary and Alternative Medicine, 6, 159-169.
- Abbot, N.C., Harkness, E.F., Stevinson, C., Marshall, F.P., Conn, D.A. & Ernst, E. (2001). Spiritual healing as a therapy for chronic pain: a randomized clinical trial. Pain, 91, 79-89.
- Appelo, M.T. & Schouten, P. (2003). De Positieve Uitkomsten Lijst (PUL). Gedragstherapie, 36, 309-319.
- Astin, J.A., Harkness, E. & Ernst, E. (2000). The efficacy of distant healing: A systematic review of randomized trials. Annals of Internal Medicine, 132, p.903-910.
- Astin, J.A., Berman, B.M., Bausell, B., Lee, W.L., Hochberg, M. & Forsys, K.L. (2003). The efficacy of mindfulness meditation plus Qigong movement therapy in the treatment of fibromyalgia: a randomized, controlled trial. Journal of Rheumatology, 30, 2257-2262.
- Benor, D.J. (2001). Spiritual healing: scientific validation of a healing revolution. Southfield: Vision Publications.
- Boer, W.Th. de, Smit, M. de, Reinders, E. & Groot, H. de (red.)(1999). Koenen Woordenboek: Nederlands. Utrecht – Antwerpen: Koenen Woordenboeken.
- Bos, S. (2004). Gebroken zinnen. Uitgeverij Lannoo.
- Brennan, B.A. (2003). Licht op de aura. H.J.W. Becht's Uitgevers-Maatschappij.
- Bruynzeel, S. (2006). De test-hertestbetrouwbaarheid van de Korte Klachtenlijst. Groningen: Masterthese RUG.
- Byrd, R. (1988). Positive therapeutic effects of intercessory prayer in a coronary care unit population. Southern Medical Journal, 81, 826-829.
- Dixon, M. (1998). Does healing benefit patients with chronic symptoms? A quasi-randomized trial in general practice. Journal of the Royal Society of Medicine, 91, 183-188.
- Ernst, E. (2003). Distant healing: An update of a systematic review. Wiener Klinische Wochenschrift, 115, 241-245.
- Gagne, D. & Toye, R.C. (1994). The effects of therapeutic touch and relaxation therapy in reducing anxiety. Archives of Psychiatry Nursing, 8, 184-189.
- Gerard, S., Smith, B.H. & Simpson, J.A. (2003). A randomized controlled trial of spiritual healing in restricted neck movement. The Journal of Alternative and Complementary Medicine, 99, 467-477.
- Giasson, M. & Bouchard, L. (1998). Effect of therapeutic touch on the well-being of persons with terminal cancer. Journal of Holistic Nursing, 16, 383-398.
- Greyson, B. (1996). Distance healing of patients with major depression. Journal of Scientific Exploration, 10, 447-465.

- Harkness, E.F., Abbot, N.C. & Ernst, E. (2000). A randomized trial of distant healing for skin warts. The American Journal of Medicine, 108, 448-452.
- Harris, W.S., Gowda, M., Kolb, J.W., Strychacz, C.P., Vacek, J.L., Jones, P.G., Forker, A., O'Keefe, J.H., McCallister, B.D. (1999). A randomized, controlled trial of the effects of remote, intercessory prayer on outcomes in patients admitted to the coronary care unit. Archives of Internal Medicine, 159, 2273-2278.
- Heidt, P. (1981). Effect of therapeutic touch on anxiety level of hospitalized patients. Nursing Research, 30, 32-37.
- Hoenders, H.J.R., Appelo, M.T. & Milders, C.F.A. (2004). Complementaire en Alternatieve Geneeswijzen (CAG) en psychiatrie: feiten en meningen. GGZ Wetenschappelijk, 8,4-26.
- Jang, H.S. & Lee, M.S. (2004). Effects of Qi therapy (external Qigong) on premenstrual syndrome: a randomized placebo-controlled study. The Journal of Alternative and Complementary Medicine, 10, 456-462.
- Krucoff, M.W., Crater, S.W., Gallup, D., Blankenship, J.C., Cuffe, M., Guarneri, M., Krieger, R.A., Kshetry, V.R., Morris, K., Oz, M., Pichard, A., Sketch, M.H. Jr., Koenig, H.G., Mark, D. & Lee, K.L. (2005). Music, imagery, touch, and prayer as adjuncts to interventional cardiac care: the Monitoring and Actualisation of Noetic Trainings (MANTRA) II randomised study. Lancet, 366, 211-217.
- Lafreniere, K.D., Mutus, B., Cameron, S., Tannous, M., Giannotti, M., Abu-Zahra, H. & Laukkanen, E. (1999). Effects of therapeutic touch on biochemical and mood indicators in women. The Journal of Alternative and Complementary Medicine, 5, 367-370.
- Laidlaw, T.M., Naito, A., Dwivedi, P., Enzor, N.A., Brincat, C.E. & Gruzelier, J.H. (2003). Mood changes after self-hypnosis and Johrei prior to exams. Contemporary Hypnosis, 20, 25-40.
- Laidlaw, T, Bennett, B.M., Dwivedi, P., Naito, A. & Gruzelier, J. (2005). Quality of life and mood changes in metastatic breast cancer after training in self-hypnosis or Johrei: a short report. Contemporary Hypnosis, 22, 84-93.
- Lange, A., Schrieken, B., Ven, J.P. van de & Blankers, M. (2002). De Korte Klachten Lijst. DTH, 20, 384-392.
- Lange, A. & Appelo, M.T (in voorbereiding). De Korte Klachtenlijst (KKL). Handleiding. Amsterdam: Boom.
- O'Laoire, S. (1997). An experimental study of the effects of distant intercessory prayer on self-esteem, anxiety and depression. Alternative Therapies, 3, 38-53.
- Larden, C.N., Palmer, M.L. & Janssen, P. (2004). Efficacy of therapeutic touch in treating pregnant inpatients who have a chemical dependency. Journal of Holistic Nursing, 22, 320-332.

- Li, M., Chen, K. & Mo, Z. (2002). Use of Qigong therapy in the detoxification of heroin addicts. Alternative Therapies, 8, 1-9.
- Lin, Y.S. & Taylor, A.G. (1998). Effects of therapeutic touch in reducing pain and anxiety in an elderly population. Integrative Medicine, 1, 155-162.
- Matthews, W.J., Conti, J.M. & Sireci, S.G. (2001). The effects of intercessory prayer, positive visualization and expectancy on the well-being of kidney dialysis patients. Alternative Therapies, 7, 42-52.
- Olson, M. & Sneed, N. (1995). Anxiety and therapeutic touch. Issues in Mental Health Nursing, 16, 97-108.
- Peck, E.J. (1997). The effectiveness of therapeutic touch for decreasing pain in elders with degenerative arthritis. Journal of Holistic Nursing, 15, 176-198.
- Post-White, J. Kinney, M.E., Savik, K., Gau, J.B., Wilcox, C. & Lerner, I. (2003). Therapeutic massage and healing touch improve symptoms in cancer. Integrative Cancer Therapies, 2, 332-344.
- Quinn, J.F. (1984). Therapeutic touch as energy exchange: testing the theory. Advances in Nursing Science, 6, 42-49.
- Reece, K., Schwartz, G.E., Brooks, A.J. & Nangle, G. (2005). Positive well-being changes associated with giving and receiving Johrei healing. The Journal of Alternative and Complementary Medicine, 11, 455-457.
- Roberts, L., Ahmed, I. & Hall, S. (2006). Intercessory prayer for the alleviation of ill health (Cochrane Review). The Cochrane Library (Oxford Update Software).
- Salib, E. & Youakim, S. (2001). Spiritual healing in elderly psychiatric patients: a case-control study in an Egyptian psychiatric hospital. Aging and Mental Health, 5, 366-370.
- Shifflett, S.C., Nayak, S., Bid, C., Miles, P. & Agostinelli, S. (2002). Effect of Reiki treatments on functional recovery in patients in poststroke rehabilitation: a pilot study. The Journal of Alternative and Complementary Medicine, 8, 755-763.
- Sicher, F., Targ, E., Moore, D. & Smith, H.S. (1998). A randomized double-blind study of the effects of distant healing in a population with advanced AIDS: Report of a small scale study. Western Journal of Medicine, 169, 356-363.
- Simington, J.A. & Laing, G.P. (1993). Effects of therapeutic touch on anxiety in the institutionalized elderly. Clinical Nursing Research, 2, 438-450.
- Sundblom, D.M., Haikonen, S., Niemi-Pynttari, J. & Tigerstedt, I. (1994). Effect of spiritual healing on chronic idiopathic pain: a medical and psychological study. The Clinical Journal of Pain, 10, 296-302.
- Tloczinsky, J. & Fritsch, S. (2002). Intercessory prayer in psychological well-being: using a multiple baseline, across subjects design. Psychological Reports, 91, 731-741.

- Townsend, M., Kladder, V., Ayele, H. & Mulligan, T. (2002). Systematic review of clinical trials examining the effects of religion on health. Southern Medical Journal, 95, 1429-1434.
- Tsang, H.W.H., Mok, C.K., Yeung, Y.T.A. & Chan, S.Y.C. (2003). The effect of Qigong on general and psychosocial health of elderly with chronic physical illnesses: a randomized clinical trial. International Journal of Geriatric Psychiatry, 18, 441-449.
- Turner, J.G., Clark, A.J., Gauthier, D.K. & Williams, M. (1998). The effect of therapeutic touch on pain and anxiety in burn patients. Journal of Advanced Nursing, 28, 10-20.
- Veenhoven, R. (1994). Correlates of happiness: 7838 findings from 603 studies in 69 nations 1911-1994. RISBO studies in social and cultural transformation nr. 3, Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Vocht, A. de (2000). Basishandboek SPSS 8 & 9 voor Windows 95 & 98. Utrecht: Bijleveld Press.
- Wardell, D.W. & Engebretson, J. (2001). Biological correlates of Reiki touchsm healing. Journal of Advanced Nursing, 33, 439-445.
- Weze, C., Leathard, H.L., Grange, J., Tiplady, P. & Stevens, G. (2004). Evaluation of healing by gentle touch in 35 clients with cancer. European Journal of Oncology Nursing, 8, 40-49.
- Weze, C., Leathard, H.L., Grange, J., Tiplady, P. & Stevens, G. (2005). Evaluation of healing by gentle touch. Public Health, 119, 3-10.
- Wu, W.H., Bandila, E., Ciccone, D.S., Yang, J., Cheng, S.C., Carner, N., Wu, Y. & Shen, R. (1999). Effects of Qigong on late-stage complex regional pain syndrome. Alternative Therapies in Health and Medicine, 5, 45-54.
- Xiong, H.F., Long, Y.D., Xu, S.M., Liu, P.F., Xiong, Zh. & Wang, K.Y. (1983). A study on the mechanism of Qigong (breathing exercise) in the treatment of coronary heart disease. Chinese Journal of Sports Medicine, 2, 29-34.
- Yang, K.H., Kim, Y.H. Lee, M.S. (2005). Efficacy of Qi-therapy (external Qigong) for elderly people with chronic pain. The International Journal of Neuroscience, 115, 949-963.

Dankjewel!

Fiona, voor je professionele begeleiding! Je hebt me de ruimte gegeven om mijn eigen weg te vinden in het mij toch wel onbekende en soms duistere bos van de wetenschappelijke wetten en artikelen. Onze wekelijkse *ontmoetingen* waren altijd nuttig. Je was kritisch, helder, geduldig en wist me op de juiste momenten op de juiste manier te stimuleren. Ik heb écht veel van je geleerd!

De healers van de Healers Connectie! Geweldig dat jullie het belang zagen van dit onderzoek. Dank voor jullie tijd, voor jullie kritische blik, voor jullie energie en voor onze *ontmoeting!*

Ingrid en Jayne! Dank voor onze fijne gesprekken, voor de warmte, voor de energie, voor de inspiratie. Hoe heerlijk dat wij elkaar mochten *ontmoeten!* Het heeft vast zo moeten zijn.

Martin, allereerst voor de mail waarin je schreef dat ik dit onderzoek mocht gaan doen! En dankjewel voor je antwoorden op mijn vragen, voor je duidelijkheid en je kritische blik. Je hebt me met je manier van werken en doen op verschillende momenten écht aangezet tot nadenken, tot kritisch kijken naar mezelf. Onze *ontmoeting* was een leerzame voor mij!

Rogier, voor dit fantastische project, voor het symposium en voor je hulp bij mijn presentatie! Je hebt me geïnspireerd. Stef Bos schreef ook in zijn gedicht: “Je moet jezelf in de ander durven zien, zonder in die ander te verdwijnen”. Volgens mij is dit één van de krachten van het CAG-project; open staan en tegelijkertijd kritisch zijn, de ander ontmoeten en tegelijkertijd jezelf blijven. Hoe belangrijk! Dank voor onze *ontmoeting*.

Sieto en Tineke, mijn lieve ouders. Eén ding staat vast: zonder jullie had ik dit nooit, maar dan ook nooit kunnen doen! Mijn dankbaarheid is oneindig en uit de grond van mijn hart kan ik zeggen: als er één *ontmoeting* in mijn leven is geweest die ik niet had willen missen, dan is het die met jullie.

Far, jij bent voor mij het levende bewijs dat je, wat er ook gebeurt, door kan gaan. Jouw doorzettingsvermogen en kracht heeft mij geïnspireerd. Onze *ontmoeting* was ongeveer 25 jaar geleden en vanaf die tijd is jouw aanwezigheid voor mij onuitwisbaar belangrijk geweest. Mijn liefde voor jou is onvoorwaardelijk en oneindig. Dankjewel voor jou! En natuurlijk dankjewel voor Floor!

En dankjewel ...

... voor al die andere mensen die op de één of andere manier een rol hebben gespeeld bij de totstandkoming en de voortgang van dit onderzoek! Veel van hen zullen zich het waarschijnlijk niet eens realiseren, maar de mental support is van doorslaggevend belang geweest voor mij. Daarom zeg ik uit de grond van mijn hart:

DANKJEWEL!

Rianne (we did it!), Tekla (voor je huis en al het andere), Willem (alleen maar liefs), Lotte (voor de logeerpartij, de ontspanning en het lachen om al dat serieuze gedoe even te vergeten), Susanne (voor je belangstelling en je bemoedigende woorden), Geeske (je peptalks hielpen echt!), Judith (voor de gezellige theetjes en gesprekken), Jeanne (voor de koffie en je lieve aanwezigheid), Wim (voor je belangstelling en alle hulp), Petra (voor de gezellige onderbrekingen), Peter-Paul (voor je vertrouwen en je bemoedigende woorden), Richard (dat ging mooi gelijk op hè?! gedeelde smart is halve smart zeggen ze wel eens), Rutger en Jessica (voor de gezonde maaltijden, het begrip en het vertrouwen), Wieke (ik keek altijd uit naar de maandagavond!), Anne-Marie (thanks!) en de mensen die ik hier vergeet!