

Ik heb Parkinson, maar ik ben het niet!

Actiegericht onderzoek naar dans- bewegingstherapie voor mensen met de ziekte van Parkinson



Auteur:	I.H.Th van de Meent
Afstudeerrichting:	Dans- bewegingstherapie
Studentennummer:	0643963
Onderzoeksbegeleider:	I. van Keulen

Hogeschool Zuyd Heerlen, Faculteit Gezondheid en Zorg, 4 juni 2009

Inhoudsopgave

	Blz.
Voorwoord	3
Inleiding	4
Hoofdstuk 1. Probleemstelling, Vraagstelling en Doelstelling	5
1.1 Probleemstelling	5
1.2 Vraagstelling	8
1.3 Doelstelling	8
Hoofdstuk 2. Onderzoekstype en Onderzoeksmethode	9
Hoofdstuk 3 . Voorfase en Oriëntatiefase	10
3.1 Voorfase, de (direct) betrokkenen	10
3.2 De oriëntatiefase: informatie ter voorbereiding van de therapie	11
3.3 Vormgeving en resultaat van de voorfase: de basis voor therapie	16
Hoofdstuk 4. Diagnostische fase	17
4.1 De client	17
4.2 De therapeut	26
Hoofdstuk 5. Ontwikkelingsfase	27
5.1 Danstherapie in de praktijk volgens het werkmodel	27
Hoofdstuk 6. Evaluatie	36
6.1 Verandering ten aanzien van het conceptueel behandelplan.	36
6.2 Analogie van de therapie	37
6.3 Betekenisverlening aan de therapie	38
6.4 Kwaliteitscriteria	39
Hoofdstuk 7. Discussie	40
7.1 Ontwikkelingsproces ten aanzien van het onderzoek	40
7.2 Persoonlijke ontwikkeling	42
7.3 Aanbeveling mogelijk vervolgonderzoek	43
Samenvatting	44
Literatuuropgave	46
Internetbronnen	47

Bijlagen		
	Bijlage 1 Conceptueel behandelplan	48
	Bijlage 2 Folder	53
	Bijlage 3 Poster	55
	Bijlage 4 Informatieve brief voor huisartsen en neurologen	58
	Bijlage 5 Intake vragenlijst	57
	Bijlage 6 Sessie beschrijving van de eerste fase van de therapie	59

Voorwoord

Leven is bewegen en bewegen zorgt ervoor dat wij ontelbaar verschillende soorten actie tot stand kunnen brengen. Van de eerste beweging in de baarmoeder tot onze laatste hartslag zijn wij voortdurend in beweging. Dit betreft niet alleen het letterlijk bewegen van onze spieren maar ook ons gevoelsleven en denken is voortdurend in beweging en hebben een nauw verband met elkaar.

Om te kunnen bewegen gebruiken wij meer de tweehonderd spieren die aangestuurd worden door ons zenuwstelsel. Doordat wij kunnen bewegen kunnen wij vooruitkomen, voor ons zelf en voor anderen zorgen, groeien, communiceren (verbaal of non-verbaal), ons uitdrukken, lief hebben en nog zoveel meer. Maar wat gebeurt er als de controle over het bewegen verstoord is? Wat als opstaan, schrijven en naar de WC gaan niet meer vanzelfsprekend is? Dit is het geval bij vele mensen met de ziekte van Parkinson. Dagelijks worden zij geconfronteerd met het feit dat gewone handelingen niet meer zo gewoon of vanzelfsprekend zijn. Het beven (tremor) is misschien wel het meest opvallende verschijnsel, maar het manifesteert zich bijvoorbeeld ook in spierstijfheid (rigiditeit), bewegingstraagheid (bradykinesie) en veel andere symptomen en voor ieder mens geldt dat het zich op een unieke manier manifesteert. De ziekte manifesteert zich niet alleen in de fysieke en neurologische klachten. Het heeft vaak ook grote consequenties voor het sociale leven, het emotionele- en gevoelsleven en het cognitief functioneren deze hebben betrekking op de unieke leefstijl van de mens.

Op dit moment wordt er op verschillende plekken in de wereld onderzoek gedaan naar de oorzaak van de ziekte van Parkinson. Hierover is echter nog niet veel bekend. Ook wordt er vanuit verschillende therapeutische disciplines onderzoek gedaan naar mogelijke therapievorm voor deze doelgroep. Wat zou dit voor dans- bewegingstherapie kunnen betekenen? Hoe zou de behandeling van chronische klachten vorm kunnen krijgen in ons vakgebied? De behoefte, de aandacht en de vraag is er zo blijkt uit de media duidelijk. Ik heb het idee dat om die reden juist nu vanuit ons vakgebied geanticipeerd kan worden op deze vraag en is het mogelijk met dans- bewegingstherapie hierop een antwoord te geven.

Tijdens mijn studie ben ik erg geïnteresseerd geraakt in hoe nauw ons leven en ons lichaam met elkaar in verbinding staan. Het zegt iets over ons zelf; over wie wij zijn. Het is een constante beweging tussen wat wij voelen, denken en doen. Tijdens dit onderzoek en het werken met mensen met de ziekte van Parkinson heb ik van dichtbij mogen zien en ervaren hoe groot de consequenties voor het denken, voelen en doen zijn wanneer er complicaties ontstaan die grote gevolgen kunnen hebben voor ons lichaam. Het lichaam spreekt meer dan wij in woorden kunnen zeggen en kan het verschil maken tussen hebben en zijn. Het gaat om de mens achter de ziekte. Eén van de cliënten maakte dit verschil met de uitspraak: Ik heb Parkinson, maar ik ben het niet! Bij Medisch Trainingsinstituut Soest (Metris) kreeg ik de kans mijn actiegericht onderzoek in de praktijk uit te voeren en onderzoek te doen naar de vraag of danstherapie een bijdrage kan leveren aan de behandeling van de ziekte van Parkinson met als belangrijkste betrokkenen in het onderzoek de Parkinsonpatiënten zelf. Tijdens dit hele onderzoeksproces ben ik overtuigd geraakt dat de combinatie dans- bewegingstherapie en de behandeling van chronische klachten mogelijk is en geleid tot een bijschrijving van een danstherapeutische werkwijze die in de praktijk toepasbaar is. Graag wil ik de fysiotherapeuten van Metris bedanken voor de kans en de ruimte die zij mij gegeven hebben. Met name Monique van der Horst wil ik bedanken voor haar enthousiasme, samenwerking en haar interesse voor dans- bewegingstherapie.

Bij deze wil ik tevens de patiënten bedanken voor hun belangrijke bijdrage aan dit onderzoek. Dankzij hen was het mogelijk het onderzoek af te kunnen stemmen op de praktijk, kon de toepasbaarheid van het werkmodel gemeten worden en konden de specifieke symptomen en bewegingskwaliteit van mensen met de ziekte van Parkinson in kaart gebracht worden. Daarnaast maakte zij zichtbaar hoe de analogie van de therapie een brug te kunnen slaan naar het dagelijksleven.

Tot slot wil ik mijn onderzoeksbegeleider Ina van Keulen bedanken voor haar betrokkenheid, het delen van haar kennis en inspiratie. Haar grote enthousiasme voor het vak liet zij iedere keer op nieuw blijken en dit was een grote steun waardoor ik het onderzoek in beweging bleef.

Inleiding

Deze scriptie is het eindresultaat van het actiegericht onderzoeksproject naar dans- bewegingstherapie voor mensen met de ziekte van Parkinson. Het onderzoeksproject is een verzamelnaam voor zowel de uitvoering van het onderzoek als ook het geschreven verslag, de scriptie. Het onderzoek heeft verschillende fases doorlopen. De ontwikkeling en de bevindingen dit proces zijn stap voor stap per hoofdstuk uit geschreven.

Het eerste hoofdstuk richt zich op de probleemstelling, vraagstelling en doelstelling. De probleemstelling is het startpunt van het onderzoek. Hierin worden verschillende facetten uiteen gezet die betrekking hebben op de thematiek van het probleem. Daarbij zijn de aanleiding en de relevantie van dit onderzoek in meegenomen en zijn de belangrijkste begrippen uitgewerkt en verduidelijkt en in een begrippenlijst uitgewerkt. In de vraagstelling stel ik een vraag die ik met dit onderzoek wil beantwoorden. De vraagstelling heeft betrekking op het werkveld en de doelgroep. De doelstelling geeft de richting aan van dit onderzoek en geeft weer wat ik met dit onderzoek wil bereiken. Hij is gericht op het enerzijds verschaffen van nieuwe kennis en aan anderzijds heeft het betrekking op mijn manier van handelen als danstherapeute. Daarop aansluitend wordt het onderzoekstype (ontwikkeland) en de onderzoeksmethode (actiegericht onderzoek) uiteen gezet en verduidelijkt welke vorm van onderzoek ik gehanteerd heb en hoe deze is toegepast.

Het hoofdstuk dat daarop volgt (hoofdstuk 3) gaat over de voorfase en de oriëntatiefase. Hier wordt de voorstudie en de voorbereiding beschreven. Deze voorstudie was tevens de bouwstenen voor het opzetten van een therapie voor mensen met de ziekte van Parkinson bij Medisch Trainingsinstituut Soest (Metris). Dit leidde tot een conceptueel behandelplan ^(bijlage 1) dat het uitgangspunt vormde voor het geven van de therapie en waar de behandeling op afgestemd kon worden. Tevens heb ik dit voor het onderzoek ingezet voor het verzamelen, analyseren en beschrijven van informatie. Deze beschrijving is gericht op twee elementen van een therapie namelijk, de cliënt en de therapeut. Ik beschrijf hier de observaties ten aanzien van de cliënt en ten aanzien van mijn eigen handelen. Deze resultaten worden beschreven in hoofdstuk 4. De ontwikkelingsfase. Op basis van de verkregen hiervan doe ik een voorstel voor een indicatiestelling voor dans- bewegingstherapie. Dit is vervolgens het uitgangspunt voor hoofdstuk 5. De diagnostische fase. In dit hoofdstuk beschrijf ik een mogelijke realisatie van het onderzoek middels een werkmodel voor een danstherapeutische behandeling en hoe het project in de praktijk is ontwikkeld.

Deze onderzoeksresultaten en de beschrijvingen daarvan worden vervolgens geëvalueerd. In de evaluatie wordt de nadruk gelegd op de betekenis verlening van de therapie en wat de analogie van de cliënt kan zijn voor zijn dagelijksleven.

In de discussie wordt beschreven of en hoe de vraagstelling beantwoord is en of het voorgenomen doel behaald is. Hier zal ik reflecteren op de sterke en minder sterke punten van dit onderzoek en in hoeverre hij bruikbaar en toepasbaar is voor de praktijk. Vervolgens zal ik de verkregen resultaten interpreteren en een beschrijving geven van mijn ontwikkeling als student dans- bewegingstherapie. Tot slot is er achter in deze scriptie een samenvatting te vinden die alle onderzoeksprocessen en bevindingen kort samenvat. De samenvatting kan afzonderlijk van de rest van deze scriptie gelezen worden.

In deze scriptie worden de mensen met de ziekte van Parkinson soms 'Patiënt' en soms 'Cliënt' noemen. Een patiënt is iemand aan wie medische, paramedische en/of verpleegkundige hulp verleent wordt. Indien een persoon ambulante psychische hulp, psychiatrische zorg, of hulp van een maatschappelijk werker krijgt, spreekt men eerder van cliënt dan van patiënt.

In vaktherapie wordt in deze tijd gesproken van cliënt dus wanneer ik het over therapiespecifieke onderwerpen schrijf gebruik ik deze term. De Parkinsonpatiënten (de naam zegt het al) krijgen vanwege de neurologische en fysieke aard van de ziekte het meeste hulp uit de medische sector waar de term 'patiënt' het meest gehanteerd wordt. Wanneer ik vanuit de doelgroep zelf schrijf en meer de medische symptomen belicht zal ik het woord 'patiënt' gebruiken.

Hoofdstuk 1. Probleemstelling, Vraagstelling en Doelstelling

1.1. Probleemstelling

Via een goede kennis ben ik in contact gekomen met Monique van der Horst. Monique is fysiotherapeute bij METRIS, Medisch Trainingsinstituut Soest. Metris is opgericht door 5 fysiotherapeuten, speciaal opgeleid voor het begeleiden van zorg- en beweegprogramma's voor mensen met chronische aandoeningen. De programma's hebben tot doel het activiteiten niveau te verbeteren en te behouden, de zelfredzaamheid te verhogen en een gezonde leefstijl te verkrijgen.

Monique is erg geïnteresseerd in dans- en bewegingstherapie en vroeg zich af of dit gegeven zou kunnen worden met mensen met de ziekte van Parkinson en hoe dit vorm gegeven zou kunnen worden. Omdat ik eerder met deze doelgroep heb mogen werken als activiteiten begeleider kon ik, vanuit mijn stage ervaring, een redelijke inschatting maken van hoe een therapie vorm zou kunnen krijgen maar een concreet danstherapeutisch voorstel van kon ik niet doen. Mede doordat er in ons vakgebied weinig het accent wordt gelegd op mensen met chronische en lichamelijke klachten en dit is nu juist het geval bij de ziekte van Parkinson. Parkinson is een neurologische aandoening die valt onder de medische pathologie. Vanuit Vaktherapie ligt het accent in behandeling in de eerste plaats op de geestelijke gezondheidszorg, dus de psychopathologie. Dit blijkt bijvoorbeeld uit de beschrijvingen van de federatie Vaktherapeutische Beroepen. Ik citeer de omschrijving zoals deze in de folder van de federatie beschreven staat: *'Therapeuten behorend tot de Vaktherapeutische beroepen behandelen cliënten met psychosociale en / of psychiatrische stoornissen'*. Hierin staan niet de behandeling benoemd van mensen met een chronische of fysieke stoornis. Dit motiveerde mij om de mogelijkheid van dans- bewegingstherapie voor mensen met de ziekte van Parkinson te onderzoeken binnen een danstherapeutische setting. Juist omdat het lichaam in dans- bewegingstherapie het uitgangspunt is en de daarbij behorende psychische en psychosociale processen centraal staan.

Op de vraag van Monique en haar collega's en vanuit mijn eigen interesse in de mogelijkheid naar een danstherapeutische behandeling voor mensen met chronische klachten, ben ik doormiddel van websearches en literatuurstudie informatie gaan verzamelen over dans- en bewegingstherapie met mensen met de ziekte van Parkinson. Al snel stuitte ik op verschillende vormen van danses waarbij salsa- en tangoles de meest voorkomende dansstijlen waren. Een voorbeeld hiervan is de Morris Dance Company uit Nieuw- Zeeland. Dit dansgezelschap gebruikt wel veel aspecten die ik herken uit dans- bewegingstherapie en heeft dan ook de meeste overeenkomsten met onze therapievorm. Maar ik vond geen concrete dans- bewegingtherapeutische indicatie voor mensen met de ziekte van Parkinson. Ik heb ook gezocht naar danstherapeuten in Nederland die eventueel met deze doelgroep werken maar ook die heb ik niet kunnen vinden. Via via heb ik wel te horen gekregen dat ze er zijn, maar zij waren niet gespecialiseerd alleen in deze doelgroep. Mijn conclusie was dat er wel een aantal dansscholen zijn die via een dansstijl les geven aan mensen met Parkinson waarin elementen uit dans- bewegingstherapie herkenbaar zijn. Ook veel fysiotherapeuten werken met bewegen op muziek, maar ik vond geen beschrijving van hoe dans- bewegingstherapie ingezet wordt voor deze doelgroep. Vanuit deze wetenschap ben ik vanuit de danstherapie op zoek gegaan naar behandelvormen buiten ons vakgebied en ben ik gaan inventariseren naar welke behandelvormen de meeste Parkinson Patiënten naar doorverwezen worden. Meestal wordt de patiënt geadviseerd om naast het gebruik van medicatie, fysio- en of ergotherapie te volgen met als doel de vitaliteit van het lichaam te stimuleren en de zelfredzaamheid te vergroten. Deze therapieën hebben voornamelijk een trainingsgericht karakter waar bij de functionaliteit van het lichaam centraal staat. Maar waarom worden juist deze therapievormen geadviseerd? Dit heeft voor een groot gedeelte te maken met het feit dat de ziekte van Parkinson een neurologische aandoening is die grote gevolgen heeft voor het bewegingsapparaat. (dat wat ons lichaam vanuit de hersenen aanstuurt) en dus consequenties heeft op het lichaam en het bewegen van de patiënt. Maar dat niet alleen, de ziekte heeft ook zijn weerklink op problemen het dagelijks handelen, de zelfredzaamheid en het sociale leven van de patiënt. Omdat de vraag voor danstherapie vanuit de fysiotherapeuten komt ben ik gaan onderzoeken hoe hier vanuit fysiotherapie gereageerd wordt. Dit was het volgende: Veel fysiotherapeuten werken op dit moment

niet meer alleen aan het functioneren van het lichaam maar plaatsten deze ook in het dagelijks handelen en functioneren van een patiënt. Fysiotherapeuten geef zelf aan dat zij nog wel het functionele aspect als uitgangspunt nemen voor hun behandeling maar zijn zij kijken meer gaan kijken naar de wensen en behoeften van de cliënt gericht op de context waarin hij of zij leeft. Dit is een belangrijke overeenkomst met vaktherapeuten waar danstherapie onder valt. Vaktherapeuten zijn tijdens de therapie voortdurend vanuit het klinisch redeneerproces voortduren bezig met het analoge proces model (de brug naar het dagelijks leven en handelen). Beide therapieën Danstherapie en fysiotherapie werken met lichaam en beweging alleen zijn de uitgangspunten verschillend maar overlappen zij regelmatig. Dit geeft aan dat er vanuit de meer functionele en trainingsgerichte therapieën waarbij het lichaam ook centraal staat, meer aandacht geschonken wordt aan de context van de patiënt. Maar als er problemen zich voor doen ten gevolge van een neurologische complicatie die effect heeft op het bewegingsapparaat en de leefstijl van de patiënt, welke gevolgen heeft dit dan voor het gevoelsleven?

De volgende stap die ik gemaakt heb is te kijken naar de behoefte onder Parkinson patiënten. Een belangrijk punt waar ik op stuitte is dat de oorzaak van Parkinson niet bekend is. Op dit moment wordt dit op verschillende plekken in de wereld onderzocht en is er hierover nog weinig bekend. Dit roept veel vragen bij de patiënten op. Waaronder de vraag welke therapie is passend voor mijn situatie en sluit aan bij de symptomen en de gevolgen van Parkinson? Daarnaast blijkt dat veel patiënten grote veranderingen ervaren in hun dagelijks leven en handelen. Te denken valt aan sociale contacten, de zelfredzaamheid en bij een grote groep ontstaat depressie. De vraag hierbij is, hoe ga je hiermee om? Dit is ook een vraag die op dit moment gesteld wordt door vele professionals als artsen en neurologen om goed te kunnen doorverwijzen. Ook in de media wordt er het afgelopen jaar veel aandacht besteed aan dit onderwerp. Opvallend voor de Nederlandse media is dat er veel aandacht is voor dans in de behandeling van Parkinson en dan vooral gericht op salsa- dans. Dit is vooral te danken aan de dansschool Salsa venture in Leiden en Den Haag die een dansproject zijn gestart in de vorm van het geven van salsa lessen. Hieruit bleek dat Parkinson patiënten veel baat hebben bij het bewegen op muziek en het specifieke salsa bewegingen. En dan niet alleen baat bij het functioneren van het lichaam, maar de andere gevolgen van de ziekte.

De vraag naar een passende therapievorm en de grote maatschappelijke aandacht, met name in de combinatie dans en de ziekte van Parkinson, die dit met zich meebrengt op dit moment biedt enorme perspectieven voor dans- en bewegingstherapie. Er heerst vanuit de Parkinson patiënten, en de doorverwijzers een grote behoefte in en een openheid voor behandelvormen die het lichaam een de daarbij komende klachten ten aanzien van het dagelijks handelen en gevoelsleven centraal zet. Juist nu kan er vanuit ons vakgebied geanticipeerd worden op deze vraag en is het meer dan de moeite waard om onderzoek te doen naar een mogelijk, in de praktijk toepasbaar, werk/behandelmodel om bij deze behoefte aan te kunnen sluiten en vanuit Vaktherapie antwoord te geven op de behandeling van mensen met chronische en fysieke stoornissen.

1.1.1. Begrippenlijst

Vaktherapie (voorheen Creatievetherapie):

Op de site van creatieve therapie van Hogeschool Zuyd staat Vaktherapie als volgt omschreven: 'De opleiding Creatieve Therapie leidt op tot het beroep van creatief therapeut. Creatieve therapie is een speciale vorm van hulpverlening aan mensen met psychische problemen. Het speciale komt tot uitdrukking in de manier waarop kunstzinnige middelen binnen de therapie gebruikt worden. Bij de behandeling maakt de creatief therapeut gebruik van de speciale mogelijkheden van zijn medium: beeldend, dans & beweging, dramatherapie of muziektherapie. Hij richt zijn handelen op een doelmatige, systematische en procesmatige wisselwerking tussen hulpvrager, hulpverlener en medium. Van belang zijn zowel een goede beheersing van het medium als van therapeutische vaardigheden' (Bron: website Hogeschool Zuyd, creatieve therapie. 2009)

Klinisch redeneerproces en het analoge procesmodel:

Smeijsters (2005) beschrijft het klinischredeneerproces als volgt: '*Het proces dat therapeuten doorlopen van verwijzing, observatie / classificatie, diagnose, indicatiestelling, het bepalen van doelstellingen en methoden tot de evaluatie, noem ik het klinisch redeneerproces*'.

Het analoge procesmodel is een term die Vaktherapeuten gebruiken voor dat wat ervaren wordt door

de cliënt in de therapie wordt analoog gemaakt naar het dagelijks handelen. In danstherapie kan het ook betekenen dat wat zichtbaar wordt in het lichaam en/of de beweging staat gelijk aan het psychologisch proces of situatie van de cliënt. Op beide termen zal ik in de ontwikkelingsfase dieper in gaan.

Federatie Vaktherapeutische beroepen:

De Federatie Vaktherapeutische Beroepen (FVB) is de overkoepelende organisatie van de Nederlandse Verenigingen voor Beeldende Therapie, Danstherapie, Dramatherapie, Muziektherapie en Psychomotorische Therapie. De FVB geeft richting aan de kwaliteitsbevordering van de vaktherapeutische beroepen en maakt zich sterk voor een goede positionering van deze beroepen binnen de verschillende werkvelden. (Bron: <http://www.vaktherapie.nl/>)

Dans- bewegingstherapie:

Dans- en bewegingstherapie valt sinds 2006 onder de vaktherapieën (voorheen; Creatievetherapie), waaronder ook dramatherapie, muziektherapie, beeldende therapie en psychomotore- therapie vallen. Dans- en bewegingstherapie is een cliëntgerichte, ervaringsgerichte en psychotherapeutische therapie waarbij men zich uitdrukt door middel van beweging en dans. Deze vorm van psychotherapie neemt de beweging en het lichaam als uitgangspunt voor het verbeteren van onder andere de sociale, emotionele en fysieke ontwikkeling. Binnen danstherapie staat het 'doen en ervaren' centraal. Hiermee wordt bedoeld dat men zich door te dansen of bewegen bewust kan worden van emotionele, psychische en fysieke processen en deze kan koppelen naar het dagelijks handelen.

Op de site van de opleiding staat danstherapie als volgt omschreven: 'Dans is expressie, de lichamelijke expressie van een geestelijke, innerlijke wereld. In dans geef je vorm aan gedachten, gevoelens, fantasieën en verlangens. Niet in woorden maar in abstracte dansbewegingen. Dans representeert als het ware de psychische toestand van jou als danser. Maar ook omgekeerd; door je lichaam in beweging te brengen kom je in contact met jezelf en jouw eigen innerlijke wereld. Dans – bewegingstherapie richt zich primair op het door middel van experimenteren met beweging, nieuwe gevoelens en zijnswijze te exploreren en toegang te krijgen tot gevoelens die moeilijk toegankelijk zijn. Het gaat erom hoe de beleving in beweging tot uitdrukking komt en hoe de beweging de beleving kan beïnvloeden' (bron: website Hogeschool Zuyd, Creatievetherapie. 2009).

Medisch Trainingsinstituut (METRIS)

Medisch Trainingsinstituut Soest is opgericht door 5 fysiotherapeuten, speciaal opgeleid voor het begeleiden van zorg- en beweegprogramma's voor mensen met chronische aandoeningen. Deze programma's zijn ontwikkeld en wetenschappelijk onderbouwd door het Koninklijk Genootschap van Fysiotherapie (KNGF) en TIGRA, welke laatste tevens de resultaten registreert.

Een belangrijk doel bij METRIS is, dat door het volgen van een zorgprogramma een gezondere leefstijl wordt aangeleerd, waarbij weer plezier beleefd wordt aan regelmatig bewegen. De trainingen worden in kleine groepen gegeven onder deskundige begeleiding om de persoonlijke doelen van de cliënt te behalen. De zorgprogramma's duren maximaal 18 weken, waarbij op vaste momenten in de week wordt getraind.

De ziekte van Parkinson.

Op de site van de Parkinson Vereniging wordt een introductie uitleg gegeven over wat de ziekte van Parkinson inhoudt: 'Parkinson ontstaat door het afsterven van zenuwcellen in de middenhersenen. Deze zenuwcellen produceren de boodschapperstof dopamine. Tot nu zijn er alleen medicijnen die de symptomen van deze ziekte tijdelijk verminderen. De diagnose is voor de arts niet gemakkelijk te stellen, temeer daar ook andere ziektebeelden parkinsonachtige verschijnselen kennen. De ziekte van Parkinson is niet dodelijk, de gemiddelde levensverwachting is vrijwel even hoog als die van mensen die de ziekte niet hebben. De ziekte is een neurologische aandoening. Dopamine is een 'neurotransmitter', een boodschapperstof, die nodig is om de signalen door te geven van de ene hersencel naar de andere. We hebben allemaal dopamine in onze hersenen, maar mensen met Parkinson hebben er te weinig van. Daardoor wordt de aansturing van de spieren bemoeilijkt. Zodra er eenmaal parkinsonklachten zijn gaan ze niet meer weg. Door de jaren heen nemen de klachten toe en spontaan herstel is niet mogelijk. Ook zijn er geen medicijnen die de natuurlijke aanmaak van dopamine kunnen herstellen. De oorzaak van de ziekte is (nog) niet bekend, het geen genezing of voorkoming moeilijk maakt' (bron: website Parkinson vereniging, 2009).

1.2. Vraagstelling

Hoofdvraag:

Hoe kan dans- bewegingstherapie ingezet worden bij de behandeling van mensen met de ziekte van parkinson?

Om een antwoord te krijgen op deze vraag zijn er een aantal deelvragen opgesteld:

Deelvragen:

- § Is dans- bewegingstherapie mogelijk voor mensen met de ziekte van Parkinson?
- § Wat is de ziekte van Parkinson en hoe manifesteert zich dit in het lichaam en de beweging?
- § Welke specifieke kenmerken zijn typerend voor het bewegingsrepertoire van iemand met de ziekte van Parkinson in LABAN notatie?
- § Welke bewegingsbehoefte en lichamelijke behoeften hebben mensen met de ziekte van Parkinson?
- § Welke technieken, werkvormen en methoden vanuit andere therapievormen kunnen toegepast worden in de behandeling van mensen met de ziekte van Parkinson?
- § Wat zijn de randvoorwaarde voor het geven van de danstherapie voor mensen met de ziekte van Parkinson?

1.3. Doelstelling

Dit onderzoek heeft tot doel tot een indicatiestelling te komen in de vorm van een danstherapeutisch werkmodel voor de behandeling van mensen met de ziekte van Parkinson. Daarnaast wil ik mijn eigen handelen als danstherapeut verdiepen en verbreden door zelfstandig een danstherapie op te zetten voor deze doelgroep. Het profileren van het beroep staat hierbij centraal door met het verkregen resultaat toepasbare handvatten te beiden voor andere danstherapeuten die met de ziekte van Parkinson willen werken of werkzaam zijn.

Hoofdstuk 2. Onderzoekstype en Onderzoeksmethode

Onderzoekstype: Ontwikkeland

Via ontwikkelingsonderzoek wordt gewerkt aan het tot stand brengen van 'nieuwe' zorgplannen, handleidingen, werkwijzen, instrumenten, plannen van aanpak, behandeling, agogische interventies, programmering, activiteiten of methodieken. Volgens Migchelbring (2007) gaat het hierbij om het maken van geheel nieuw ontwerp; het maken van iets wat nog niet bekend was.

Ontwikkelingsonderzoek is niet één of een eenmalig onderzoekstraject, maar veelal een meervoudig onderzoekstraject, waarin stapsgewijs verschillende deelonderzoeken voor het ontwikkelingstraject plaatsvinden.

Ik onderzoek of dans- bewegingstherapie een bijdrage kan leveren aan de behandeling van mensen met de ziekte van Parkinson. Omdat er uit mijn vooronderzoek bleek dat er nog geen werkwijze beschreven is van dans- bewegingstherapie moest ik dit in de praktijk onderzoeken en uitvoeren. Voordat ik een therapie kon starten was het belangrijk patiënten te werven. Vervolgens was het van belang een nieuw behandelplan en intake format ontwerpen om de therapie in de praktijk uit te voeren. Om aan een doelgroep te komen moest de therapie bekendheid krijgen en moest er contact gelegd worden met de doorverwijzers als huisartsen en neurologen uit de omgeving. Daarnaast heb ik een folder en een poster ontworpen voor de verdere promotie van de therapie.

Een andere belangrijke factor voor het starten van de therapie was het ontwerpen van een conceptueel behandelplan. Dit behandelplan was mijn rode draad voor de therapie en mijn uitgangspunt voor het onderzoek. Hierin beschrijf ik, op basis van mijn vooronderzoek, de dans- bewegingstherapeutische werkwijze voor de therapie.

Vanuit de vraag van Metris of dans- bewegingstherapie gegeven kan worden aan mensen met de ziekte van Parkinson was het startpunt voor het ontwikkelingsproces ten aanzien schrijven en toepassen van een conceptueel behandelplan. Hiervoor waren verschillende deelonderzoeken noodzakelijk. Waaronder het onderzoeken van de doelgroep, de al bestaande therapieën, afzetgebied en hoe een therapie op gezet kan worden. Het gaat hier om het ontwikkelen van een nieuwe danstherapeutisch werkmodel die in de praktijk toegepast en getest kan worden.

Onderzoeksmethode: Actiegericht onderzoek

Actieonderzoek (vaak aangeduid met AO) richt zich op praktische problemen die individuele mensen of groepen mensen ondervinden inzake hun dagelijks handelen in hun woon/leefsituatie, werksituatie of beroepspraktijk. Actieonderzoek geschiedt in nauwe samenwerking met betrokkenen. Het is een combinatie van onderzoek, handelen, reflecteren en veranderen: het verbindt onderzoek en actie (= handelen) met elkaar. Kennis verzamelen is direct gekoppeld aan het toepassen van die kennis in en naar het handelen. Actieonderzoek is een verandertraject en een leertraject. Samen lerend wordt door de onderzoekers en betrokkene naar en reflectie op het handelen in de uitgangssituatie wordt gezocht naar handelingsalternatieven. De gevonden alternatieven worden toegepast en via onderzoek en reflectie bijgesteld. (Bron: Migchelbrink, F. (2007) *Actieonderzoek voor professionals in zorg en welzijn*. Blz 43 en 44)

In de vraagstelling ben ik opzoek gegaan naar hoe dans- bewegingstherapie een bijdrage kan leveren aan de behandeling van mensen met de ziekte van Parkinson. Om dit te kunnen onderzoeken heb ik, zoals hierboven beschreven, een therapiegroep opgericht. Voorafgaande aan de therapie heb ik informatie verzameld die betrekking heeft op de doelgroep in combinatie met dans- bewegingstherapie. Aan de hand van deze informatie heb ik een conceptueel behandelplan (zie bijlage) ontworpen die het uitgangspunt is voor mijn therapie en mijn onderzoek. Vanaf dit punt kan de therapie gestart worden met een intake (zie bijlage). Een intake bestaat uit een kennismakingsgesprek met de cliënt (eventueel is de partner mee) en een vragenlijst is een vragenlijst (zie bijlage) voor de cliënten. Aan de hand van mijn observaties en literatuurkennis verifieer ik met hen hun eigen doelstellingen en kan er deelgenomen worden aan de eerste en daaropvolgende sessies. Vanaf dit punt pas ik het conceptueel behandelplan toe. Doormiddel van de cliëntobservaties en in samenwerking met de cliënten breng ik veranderingen aan ten aanzien van het behandelplan en deze veranderingen worden geëvalueerd en opnieuw toegepast. Op deze wijze ontstaat er een leer en ontwikkeltraject die

geëvalueerd en getoetst wordt aan de praktijk. Op basis van deze gegevens worden eventuele nieuwe bevindingen toegepast en leiden uiteindelijk tot het schrijven van een danstherapeutisch werkmodel.

Het ontwikkelende karakter van het actiegericht onderzoek wordt vooral zichtbaar in de manier waarop ik het onderzoek vorm gegeven heb. Ik start met een uitgangspunt vanuit mijn voorstudie, deze implementeer ik in de praktijk (de therapie) door mijn therapeutisch handelen en werkwijze aan te passen, ik observeer en krijg nieuwe informatie over het uitgangspunt, hier reflecteer ik op en vervolgens implementeer ik het eventuele nieuw plan.

Hoofdstuk 3 . Voorfase en Oriëntatiefase.

De voorfase en de oriëntatiefase waren de fases waarin ik op zoek ben gegaan naar de mogelijkheid voor het geven van danstherapie aan Parkinsonpatiënten. Daarnaast heb ik mij verdiept in de vraag waarom deze eventueel gewenst zou zijn. Om hier duidelijkheid over te krijgen moest ik mij verder verdiepen in de pathologie. Vervolgens ben ik op zoek gegaan naar hoe er in andere therapieën vorm gegeven wordt aan de behandeling voor deze doelgroep. Door een combinatie te maken tussen enerzijds de doelgroep en anderzijds mogelijke behandelvormen was het mogelijk een conceptueel behandelplan te ontwerpen. Dit behandelplan geeft aan hoe dans- bewegingstherapie mogelijk aan kan sluiten bij de wensen en behoefte van de patiënten.

In deze fase was de therapie nog niet opgestart. Dit kon pas plaats vinden toen uit dit vooronderzoek bleek dat danstherapie mogelijk zou kunnen zijn met deze doelgroep. In deze fase werkte ik wel al samen met Monique van der Horst. Samen hebben wij gezocht naar speerpunten die belangrijk zouden kunnen zijn voor het geven van de therapie.

Het hele onderzoek kan pas daadwerkelijk van start gaan wanneer duidelijk is wie er deelnemen aan het onderzoek. Dit beschrijf ik om die reden als eerst in de voorfase. Daarop volgt de oriëntatiefase. Deze fase richt zich op het voorbereiden van de therapie door middel van de literatuurstudie en waaruit het conceptueel behandelplan is ontstaan.

3.1 Voorfase, de (direct) betrokkenen.

Volgens Migchelbrink (2007) wordt actieonderzoek uitgevoerd door en met een actieonderzoek-netwerk. Dat is een groep mensen die met het actieonderzoek van doen hebben en worden de betrokken actoren of betrokkenen genoemd. Om te beginnen zal ik mijn rol en entree als onderzoeker beschrijven:

Ik onderhoud contacten met alle betrokkenen van dit onderzoek waaronder de Parkinsonpatiënten, de fysiotherapeuten van Metris en artsen en neurologen vallen. Ik overleg en evalueer samen met Monique, die vanwege onze samenwerking tijdens het geven van de therapie een belangrijk onderdeel is van het netwerk, de therapie. Samen met haar evaluatie, mijn eigen observaties en de gesprekken met de patiënten verzamel ik de gegevens die vervolgens weer toegepast worden in de therapie. Ik houd een logboek bij waarin alle bevindingen en veranderingen genoteerd worden. Doordat ik zelf de therapie geef heb ik een participerende rol in het gehele onderzoek.

De direct betrokkenen. De direct betrokkenen zijn de cliënten die deelnemen aan de therapie, mensen met de ziekte van Parkinson. Op hen richt ik mijn voorbereiding van de therapie en stel hem op basis van de verkregen bevindingen bij. De cliënten die zich aangemeld hadden voor de therapie, gaven aan de therapie te willen volgen omdat zij van dansen houden, zij hun conditie en lichaam op peil willen houden en/of de zelfredzaamheid willen verbeteren. Voor hen is het onderzoek gewenst omdat zij opzoek zijn naar een voor hen passende therapievorm. Passend bij hun ziekteproces en behoefte.

De betrokkenen: De fysiotherapeuten van Metris. Horen bij de overige betrokkenen. Zij kijken hebben mee gekeken bij het opstarten van de therapie om zo de doelstellingen van de danstherapie aan te laten sluiten bij de doelstellingen van METRIS. Monique van der Horst coördineert de danstherapie

binnen Metris en zal actief deelnemen aan de therapieën waardoor zij vanuit haar ervaring feedback kan geven op mijn handelen. De huisartsen en neurologen uit de omgeving Soest. Waren, en zijn nog steeds, de doorverwijzers en in de meeste gevallen vertrouwenspersoon van de patiënten die zich aan hadden gemeld voor danstherapie. Zij hebben een compleet beeld van de behandeling van de patiënt. Als doorverwijzers moeten zij op de hoogte zijn van de inhoud, het nut en het mogelijke effecten van de therapie zodat zij de patiënten goed kunnen voorlichten en weten naar wat voor een soort therapie zij hun patiënten doorverwijzen. Als therapeut moest ik om die reden duidelijkheid en bekendheid verschaffen. Dit is door middel van een folder en een informatieve brief gebeurt die in bijlage 2 t/m 4 te vinden zijn. Voor het onderzoek waren zij van belang voor: a. Het creëren van een therapiegroep. B. het bepalen van waar danstherapie in de behandeling van de patiënt staan en welke rol deze speelt en c. of de doelstellingen en de effecten waardevol genoeg zijn voor het doorverwijzen naar een danstherapie.

3.2 De oriëntatiefase: informatie ter voorbereiding van de therapie.

In deze fase beschrijf ik mijn proces vanuit de vraag of dans- bewegingstherapie mogelijk is en hoe deze vorm zou kunnen krijgen en vanuit de probleemstelling. In deze fase begon het opzetten van de therapie. Dit heb ik volgens de volgende stappen doorlopen:

Stap 1: Informatie verzamelen en analyseren

Stap 2: Aan de hand van stap 1: Een folder, poster en een informatieve brief ontwerpen voor de PR en bekendmaking aan lokale kranten

Stap 3: Contact leggen met doorverwijzers (huisartsen en neurologen) en de Parkinson- vereniging ter bekendmaking van de therapie en de inhoud van de therapie, doormiddel van het opsturen van de folder en de informatieve brief.

stap 4: Op basis van alle verkregen informatie een conceptueel behandelplan (bijlage) schrijven en een intake formulier (bijlage)

a. Dataverzameling:

1. Gesprekken met professionals, informele ondervraging. (huisarts, neuroloog en fysiotherapeut)
2. Gesprekken met Parkinsonpatiënten.
3. Literatuurstudie (boeken en wetenschappelijke artikelen)
4. Mediaproducten (kranten, tijdschriften, tv, en documentaires)
5. Websearch

b. Werkwijze analyse onderzoeksgegevens:

1. Samenvatting van de verzamelde data
2. Thematiseren
3. Open coderen / labelen.
4. Analyse middels een eigen opgezet schema

Bevindingen ten aanzien van de ziekte van Parkinson die belangrijk zijn voor het opzetten van de therapie: In het vooronderzoek heb ik onderzoek gedaan naar de algemene pathologie van mensen met de ziekte van Parkinson. (deel a.). Dit heb ik gespecificeerd door in de literatuur en doormiddel van websearches te zoeken naar het lichaams,- houdings,- en bewegingsbeeld van deze ziekte. (deel b.).

Note: Belangrijk voor alle beschrijvingen van het ziektebeeld van mensen met de ziekte van Parkinson is dat het ziekteproces en de manifestatie daarvan voor iedere patiënt uniek is. Niet alle symptomen hoeven aanwezig te zijn en ook de mate of de zwaarte waarin het zich voordoet is zeer verschillend.

Omdat dit proces uniek is beschrijf ik de meest voorkomende symptomen op basis de meest voorkomende symptomen vanuit de literatuurstudie, websearch, het zien van documentaires, observaties in de praktijk en gesprekken.

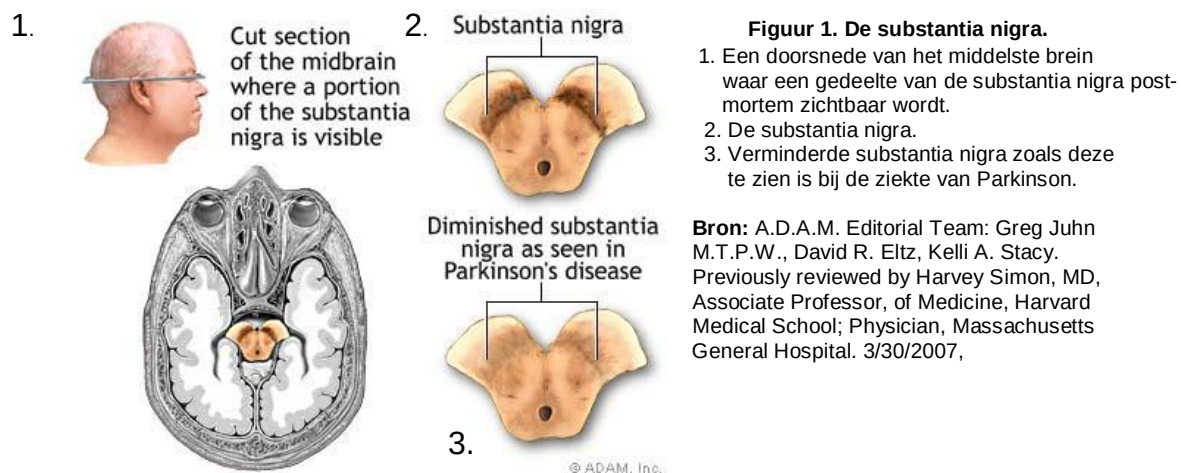
De bevindingen zijn de volgende:

Op de site van de Parkinson Vereniging staat het volgende geschreven over de ziekte van Parkinson: James Parkinson, arts, geboren in Londen in 1755, beschreef in 1817 de shaking palsy [schudverlamming] en definieerde het als een autonome ziekte. Later werden de door hem beschreven symptomen bekend als de ziekte van Parkinson.

(bron: Parkinson Vereniging. <http://www.parkinson-vereniging.nl/parkinson.html>. 2008.)

Een mooie beschrijving van de algemene pathologie van de ziekte van Parkinson is gegeven in 'Spieren in de vertraging. Alles over de ziekte van Parkinson' (Braam en Brunt, 2007)
Hieronder volgt een beknopte weergave uit het boek.

De ziekte van Parkinson begint meestal op latere leeftijd tussen het 50e en 60e jaar. Bij deze leeftijdsgroep komt de ziekte voor bij ongeveer één op de 50 inwoners. Circa 10 % van de patiënten is echter jonger dan veertig jaar. De ziekte wordt vooral gekenmerkt door een voortschrijdende stoornis van de motoriek, die het dagelijkse leven van de patiënten ernstig beïnvloedt en kan invalideren. De ziekte van Parkinson is een van de meest voorkomende ziekten van het zenuwstelsel. Bij de ziekte van Parkinson is er sprake van een storing in de kleine hersenen, de zogeheten substantia nigra (zie figuur 1.)



Volgens Braam en Brunt (2007) liggen links en rechts, vrij diep binnen in de hersenen, groepen zenuwcellen - kernen – die een coördinerende en schakelende functie bij de uitvoering van bewegingen hebben. Dit zijn de basale kernen (basale ganglia), die o.a. betrokken zijn bij de uitvoering van bewegingen en houding en bij regelingen van de rustspanning van de spieren. De basale ganglia hebben weer verbinding naar beneden tot onder de hersenen, waar de substantia nigra liggen die, in verhouding tot de andere hersendelen eromheen, duidelijk veel meer kleurstof (melanine) (zwarte pigment) bevatten. Bij de ziekte van Parkinson gaat het met name om storingen in de substantia nigra.

De basale ganglia heeft twee terugkoppel circuits. De eerste is tussen de hersenschors en de basale ganglia: Er is een constante terugkoppeling van informatie tussen de hersenschors – waar het signaal om een bepaalde spierbeweging uit te voeren oorspronkelijk vandaan komt. De tweede is tussen de zwarte kernen en de basale ganglia. Dit laatste circuit (de terugkoppeling tussen de substantia nigra en de basale ganglia speelt een belangrijke rol bij het soepel laten verlopen van bewegingen. Bij mensen met de ziekte van Parkinson gaat het in deze terugkoppeling fout, er is namelijk geen terugkoppeling meer. De oorzaak hiervan is dat er een tekort is aan melanine in de substantia nigra zoals te zien in figuur 1. De zwarte kleurstof is minder bij Parkinson dan zonder Parkinson. Wanneer de

terugkoppeling niet meer tot stand komt door een tekort aan melanine en dopamine ontstaat er storing in de bewegingen en in het lichaam. De bekendste verschijnselen zijn tremoren, pijnlijke spierstijfheid, bewegingstraagheid, een starre gezichtsuitdrukking en lopen met schuifelende pasjes in voorovergebogen houding.

Zodra er eenmaal Parkinson klachten zijn gaan ze niet meer weg. Door de jaren heen nemen de klachten toe. Spontaan herstel is niet mogelijk. Ook zijn er geen medicijnen die de natuurlijke aanmaak van dopamine kunnen herstellen. De oorzaak van de ziekte is (nog) niet bekend; daardoor is genezing niet mogelijk.

(bron: Braam, W., Brunt, E. (2007). *Spieren in de vertraging. Alles over de ziekte van Parkinson*. Wormer: Inmerc. Blz. 11,).

Wat houdt dit voor de cliënt in?

De ziekte van Parkinson is een progressieve, invaliderende neurobiologisch aandoening, die geleidelijk aan resulteert in beperkingen en een afgenomen kwaliteit van leven.

De gunstige effecten van medicijnen blijken niet blijvend, daardoor is er ook behoefte aan revalidatie met dit als doel om mensen met de ziekte van Parkinson de zelfredzaamheid te behouden dan wel te vergroten. Dit komt neer op het leren omgaan met de ervaren problemen in houdings- en bewegingsregulatie van vooral automatisch handelen, zoals lopen opstaan en gaan zitten.

a. Lichaam, houding en beweging:

Wat houdt dit in voor lichaamsbeleving?

De Parkinsontremor is een rusttremor; het beven, doet zich vooral voor als het lichaamsdeel in rust is en dus geen beweging uitvoert. Het is niet te onderdrukken. Tijdens de slaap houdt het beven op. Van de drie belangrijkste symptomen valt beven het meeste op omdat het zo duidelijk is te zien. Zo krijgt de omgeving (collega's, zakenrelaties en tafelgenoten) er erg in en de patiënt raakt gespannen van de pogingen het beven te onderdrukken. Maar door die gespannenheid kan de tremor verergeren.

De spierstijfheid zit door het hele lichaam en kan op elke plaats beginnen: in een arm, been of bij de nek en schouders. Zo lang de ziekte nog eenzijdig is, blijft de stijfheid gewoonlijk beperkt tot de zijde van het lichaam die door Parkinson is aangedaan. Ook het evenwicht is niet meer vanzelfsprekend aanwezig, Parkinsonpatiënten vallen veel sneller dan gezonde mensen. Gewone handelingen zoals het zich omdraaien in of opstaan uit bed kosten vaak heel veel moeite. Dat geldt ook voor voeten vegen of een jas aantrekken. Veel patiënten lopen met kleine pasjes, terwijl één of beide armen niet meezwaaien. Start- en stopproblemen treden vooral op bij draaibewegingen en als een patiënt door een deuropening moet lopen of een obstakel moet omzeilen. Depressies zijn ook een veel voorkomend symptoom; zij kunnen natuurlijk ook los van de ziekte voorkomen, maar als gevolg ervan komen ze meer dan gemiddeld voor.

Het lichaamsbeeld:

Het lichaam verandert door de ziekte Zo bleek uit een interview met een Parkinsonpatiënt voor de documentaire, patiënt worden kan altijd nog. (2006) Daar waar bewegen en vooral de manier van bewegen voorheen vanzelfsprekend was is dat nu niet meer zo. Dit kan een groot effect hebben op hoe je, je lichaam ervaart of hoe je naar je lichaam kijkt. Dit is natuurlijk voor iedereen een zeer persoonlijk en uniek proces die verschillende gevoelens met zich mee kunnen brengen.

Wat houdt dit voor de beweging en het lichaam in?

Plotselinge, onverwachte soms harde bewegingen, Beven, bewegingstraagheid, stijfheid. Daarnaast kan de huid vet worden en kan er sprake zijn van een slechte doorbloeding van het lichaam waardoor de handen en voeten en soms neus en oren koud kunnen aanvoelen. Wat ook vaak voorkomt is dat één kant van het lichaam, bijvoorbeeld de linker of de rechter kant, slechter functioneert of pijnlijker is dan de andere kant.

De kenmerken die Braam en Brunt (2007) aanhalen zijn:

- § Een beweging niet meer kunnen stoppen of beginnen.
- § Niet meer uit een stoel op kunnen staan
- § Freezing. (het in één keer vast zitten in een beweging, als bevroren blijven staan)
- § Gevoel van duizeligheid. (bijvoorbeeld bij het opstaan).

- § Pijnlijke gewrichten.
- § Uit balans raken en daardoor een hoger risico tot vallen.
- § Slechte coördinatie
- § Niet meer uit je woorden kunnen komen mede door een te droge mond
- § Koude handen of voeten. (slechte doorbloeding)
- § Maskergelaat. (het gezicht dat verstijft en daardoor geen of weinig uitdrukking meer heeft)

Mogelijke consequenties:

- § Tremor wordt erger onder spanning
- § Niet meer kunnen schrijven
- § Slaap- waak stoornis.
- § Door spanning en het opkroppen van de emoties en de gevoelens die daarbij komen, kunnen extra verkrampingen in het lichaam veroorzaken.
- § Zelfredzaamheid wordt minder. Grotere afhankelijkheid
- § Dreiging in een sociaal isolement te raken.
- § Depressie

Lichaamshouding:

Volgens Braam en Brunt (2007) verandert de houding van een Parkinsonpatiënt door de ziekte. Het bovenlichaam is wat naar voren gebogen. De armen worden strak langs het lichaam gehouden, zijn in de ellebogen en de polsen een beetje gebogen en bewegen tijdens het lopen niet soepel mee. Het lopen gebeurt met kleine schuifelpasjes waarbij het lijkt alsof er lood in de schoenen ligt. (zie figuur 2).



Firguur 2. Lichaamshouding van Parkinsonpatiënten

Bron: Universiteit van Leiden. Getekend door William Gowers

Mogelijk bruikbare methodes en technieken van uit de literatuurstudie gericht op mensen met de ziekte van Parkinson.

Tango en Salsa: Tango en Salsa dansen blijkt zeer effectief te zijn voor mensen met de ziekte van Parkinson. Met name het gebruik van ritme en het door kunnen bewegen op muziek zijn daarbij de belangrijkste factoren. Hackney et al. (2007, P. 177) beschrijft in een artikel over de combinatie van Tango en Parkinson, dat de patiënten uitgedaagd worden om tijdens het tangodansen, hun intuïtie te gebruiken en te bewegen in verschillende snelheden, vaak voor en achteruit. Hierdoor kan de patiënt in staat zijn meerdere taken tegelijk uit te voeren.

Uit een artikel van de Volkskrant (Klok, p. 2008, p. 18) met de titel: Cubaans medicijn, blijkt dat Parkinsonpatiënten snel het salsadansen oppakken. Wat de oorzaak hiervan is, is nog een raadsel. Klok schrijft het volgende: *'Misschien heeft het te maken met het gebruik van ritme, waaraan het lichaam bijna automatisch gehoorzaamt, of met het feit dat bewegingen voortdurend worden herhaald, waardoor ze als het ware in de spieren gaan zitten en tussenkomst van de hersenen overbodig maakt'*.

Mark Morrison groep:

Dance for PD is een unieke samenwerking tussen de dansgroep de Mark Morris Dance Company en de Groep van Brooklyn Parkinson en concentreren zich met name op het lichaam en de emotie. Zij gaan er vanuit dat deze geïntegreerd zijn in de gehele persoon. Inherent daarin is dat dansen de stemming positief kan beïnvloeden. Een belangrijk aspect hierin is de manier waarop de dansers, mensen met de ziekte van Parkinson bewegingen aanleren die gedachte, verbeelding, ogen, oren en aanraking gebruiken om beweging te controleren. De dans voor PD klassen combineert elementen van moderne dans, ballet, kraan, jazz, het sociale dansen, en het dansrepertoire van de Mark Morrison groep.

(Mark Morrison Dance Groep. 2008).

Fysiotherapie:

Veel fysiotherapeuten werken op dit moment niet meer alleen aan het goed functioneren van het lichaam maar plaatsen deze ook in het dagelijks handelen en functioneren van een patiënt. Zij kijken naar de wensen en behoeften en dit is een groot onderdeel van de intakes en de therapieën zelf. Dit houdt in dat een fysiotherapeut kijkt naar de context waarin de patiënt leeft. Dit is een belangrijke overeenkomst met vaktherapeuten waar danstherapie onder valt. Vaktherapeuten zijn tijdens de therapie voortdurend bezig met het analoge proces model. Beide therapieën Danstherapie en fysiotherapie werken met lichaam en beweging alleen zijn de uitgangspunten verschillend maar overlappen zij regelmatig. Zo is fysiotherapie bedoeld voor mensen met klachten aan het houdings- en bewegingsapparaat.

Muziektherapie:

In het handboek muziektherapie geschreven door Henk Smeijster (2006, P. 111) het volgende: Muziek is van invloed op de hersengolven en kan daardoor stimuleren en ontspannen, zij kan de rechterhelft activeren en zo het werken van de beschadigde linkerhelft ten dele overnemen. Muziek kan de productie van stresshormonen verminderen, de vegetatieve reacties beïnvloeden en de productie van antilichamen beïnvloeden. Naast de 'medische' toepassing van muziek moeten we niet vergeten dat 'neurologische' en 'fysiologische' processen ook een rol spelen bij de behandeling van psychoproblematiek.

Onderzoek: RESCUE

In een artikel, gepubliceerd door de Vrije Universiteit medisch centrum beschrijft Nieuwboer et al. (2006) in een onderzoek dat door het VU medisch centrum in samenwerking met de universiteiten van Leuven en Newcastle hoe ritme bij kan dragen automatische processen als opstaan en lopen. Welk effect dit heeft vond ik in een artikel van het VU medisch centrum de belangrijkste stukjes van dit artikel zijn hieronder te lezen:

RESCUE is een afkorting van "Rehabilitation in Parkinson's Disease: Strategies for Cueing". Bij de ziekte van Parkinson in de hersenen automatische processen zoals opstaan en lopen verstoord. Door de patiënt ritmes aan te bieden, wordt in de hersenen een bewustzijn geactiveerd waardoor de voorheen automatische activiteiten weer verbeteren.

Het effect van ritmes die gegeven worden op de stapfrequentie van de patiënt is al wel beschreven in

de literatuur en beproefd in laboratoriumsituaties, maar nog niet eerder onderzocht in de thuisomgeving zoals bij RESCUE gebeurt. Uit het eigen vooronderzoek in het looplaboratorium van het VU medisch centrum is gebleken dat ritme de kwaliteit van het lopen verbetert. "Vooral met instructie gaat de loopkwaliteit direct flink vooruit", aldus Van Wegen. Bij het beoordelen van loopkwaliteit wordt gekeken naar onder meer stapfrequentie, schredelengte, romprotatie, arm- en beenzwaaibewegingen en balans (Vries de, J. 2003)

3.3. Vormgeving en resultaat van de voorfase en de oriëntatie: de basis voor een therapie

De bovengenoemde therapeutische technieken of onderzoeksresultaten heb ik meegenomen in het schrijven van een conceptueel behandelplan. Dit behandelplan heeft als doel een richtlijn te geven voor het geven van de therapie en af te kunnen stemmen op de hulpvraag en de behoefte van de cliënt. Het behandelplan is zo gemaakt dat ik per week de werkvormen, doelstellingen en therapeutische werkwijze per sessie in kan vullen. Door deze niet bij voorbaat vast te leggen kan het onderzoek in de praktijk uitgevoerd worden en kan ik afstemmen op en vormgeven van de behoefte van de cliënten. Het conceptueel behandelplan is te vinden in bijlage 1. Ik heb de invulformulieren niet allemaal toegevoegd maar allen die van de eerste sessie om een indruk te geven. De bevindingen van hoe dit behandelplan verder ontwikkeld is en hoe hij uiteindelijk vorm gekregen heeft, is in de volgende hoofdstukken te lezen

De resultaten van de voorfase en de oriëntatiefase zijn in de volgende bijlage te vinden:

- Bijlage 1: Conceptueel behandelplan
- Bijlage 2: Folder
- Bijlage 3: Poster
- Bijlage 4: Informatiebrief huisartsen, neurologen en de Parkinson vereniging.
- Bijlage 5: Intakeformulier

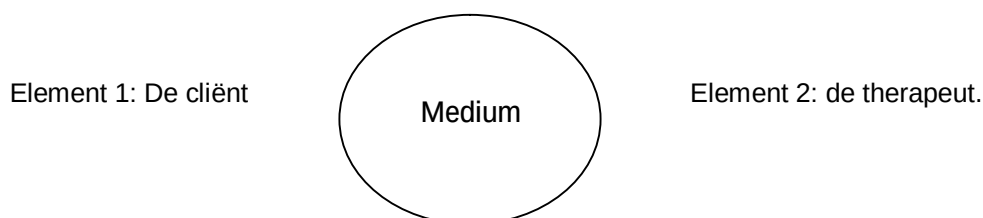
Conclusie: Het is mogelijk om op basis van de literatuurstudie een conceptueel behandelplan te maken. In de literatuur zijn bepaalde punten herkenbaar die ook binnen een danstherapeutische behandeling zouden kunnen passen. Wat met name sterk naar voren kwam was dat het gebruik van ritme stimulerend kan zijn voor betere bewegingsmogelijkheden van de patiënt. Ook de dansstijlen als salsa en tango kunnen bruikbaar zijn als danstherapeutische werkvorm. Ik denk bijvoorbeeld aan het doorbewegen op muziek of het synchroniserende effect van dansen met een partner. Uit de omschrijving van de ziekte van Parkinson zijn een aantal kern problemen herleiden die een doelstelling kunnen zijn, om in danstherapie aan te werken. Voorbeelden hiervan zijn:

- Het effect dat de ziekte van Parkinson op het lichaam heeft. (Bijvoorbeeld de spierstijfheid en de tremor).
- Het acceptatieproces en dan met name het feit dat het een progressieve ziekte is.
- De blijvende behoefte aan revalidatie. (afhankelijkheid)
- Het lichaam anders gaan ervaren en dan vermoet ik met name dat de lichaamsbeleving op de functionaliteit van het lichaam en de beweging komt te liggen.
- Verandering van sociale interactie of in een sociaal isolement dreigen te raken.

Hoofdstuk 4. Diagnostische fase

Vlak na het versturen van de informatieve brief en de folder naar huisartsen en neurologen waren er twee aanmeldingen. De behandeling kon gestart worden en de eerste afspraak voor de intake was gemaakt. Na de intake vond de eerste sessie plaats. Vanaf dat moment heb ik het conceptueel behandelplan toegepast. Na afloop van iedere sessie noteerde ik wat wel werkte en wat niet en reflecteerde daarbij, samen met Monique, op mijn eigen handelen en wat het met de cliënten deed. Op basis daarvan bereidde ik de volgende sessie voor. Op deze manier heb ik de eerste vier sessies gebruikt voor het onderzoek.

Het doel van de diagnostische fase is om een overzicht te krijgen van de bevindingen die uit die vier sessies zijn gekomen. Ik beschrijf hier de belangrijkste bevindingen op basis van mijn observaties en ervaringen als therapeut, mijn notaties ten aanzien van de bewegingsobservaties van de cliënten, de uitspraken van de cliënten en de feedback van Monique. Om tot deze beschrijving te komen is dit hoofdstuk verdeeld in twee belangrijke elementen van een therapie die met elkaar in verbinding staan en bepaald hoe het medium ingezet wordt, namelijk:



Wanneer deze twee elementen in kaart gebracht zijn kan er tot een indicatie gekomen worden voor danstherapie en kunnen randvoorwaarden beschreven worden. Dit is het begin van het beschrijven van een werkmodel dat vorm zal krijgen in hoofdstuk 5, de ontwikkelingsfase.

4.1 De cliënt.

In hoofdstuk 3 (de voorfase en de oriëntatiefase) had ik onderzoek gedaan naar de ziekte van Parkinson vanuit de literatuur. In deze fase heb ik mij gericht op de ziekte zoals deze zich manifesteert in de therapie.

Voor een overzicht van de gegeven werkvormen en de observatiegegevens verwijs ik naar bijlage 6. Daarin staan de therapieën voor en groot gedeelte uitgeschreven:

Gebruikte onderzoekstechnieken voor de cliënt observaties:

1. Participerende observatie:

Bij participerende observatie is de onderzoeker ter plekke in de situatie aanwezig en neemt deel aan de activiteiten van de mensen in de onderzochte situatie. Bron. Migchelbrink. Actiegericht onderzoek blz 230 en 231

In dit onderzoek is de therapie de situatie en neem ik actief deel als therapeut. Terwijl ik deel naam aan de onderzochte situatie doe ik interventies aan de hand van bewegingsobservaties. Voor deze observaties gebruik ik LABAN. Laban is een systeem voor het begrijpen, observeren en beschrijven van alle soorten van beweging. Via dit systeem heb ik de bewegingsobservaties kunnen noteren en analyseren. Ina van keulen schrijft hier het volgende over in haar model voor dans- bewegingstherapie:

LABAN: *Laban Movement Analyse is een bewegingsobservatie systeem wat zijn naam dankt aan de grondlegger, danser, choreograaf en danstheoreticus Rudolf Laban. Hij ging er van uit dat bewegingen de stemming van het moment en stabiele persoonlijkheidskenmerken kunnen uitdrukken.*

Het Laban systeem is een niet interpreterend. Het wordt door therapeuten gedurende het gehele behandelproces gebruikt waarbij de betekenisverlening van wat er, bij de cliënt, gezien of gedaan wordt. Het gebruik van de Laban bewegingsanalyse is niet alleen in het therapeutisch handelen maar ook bij de danstherapeutische diagnose een belangrijk instrument. Omdat het systeem zich richt op het observeren en analyseren van stemming van het moment en persoonlijkheidskenmerken die in de beweging zichtbaar worden zijn er vaak duidelijke overeenkomsten te zien met psychologische processen

Keulen. Van. I, Dans in beweging. Een conceptueel model voor dans- bewegingstherapie

2. Informeel ondervraging: de onderzoeker en de ondervraagde wisselen een paar gedachten en opvattingen met elkaar uit, meestal met meer vragen van de kant van de onderzoeker, hij ervaart het als een alledaags gesprek. de persoon waarmee het gesprek wordt gevoerd weet vaak niet dat hij door de onderzoeker wordt ondervraagd, hij ervaart dit als een alledaags gesprek. Bron: M. Migchelbrink, actiegerichtonderzoek. Blz 229

Deze gesprekken deden zich voor tijdens de sessie. Meestal bij aanvang of bij het verlaten van de therapie onderhield ik informele korte gesprekken met de cliënten waarin zij vaak aangaven hoe zij de therapie binnen kwamen of wat hun volgende activiteiten waren na de therapie. Dit was vaak zeer waardevolle informatie voor het onderzoek omdat zij dit, na vragen van mij, relateerde aan de ziekte van Parkinson.

Door de participerende observatie krijg ik inzicht in de motieven van het handelen in kaart en door de gegevens van LABAN kom ik tot een danstherapeutische diagnose en krijg ik het bewegingsbeeld van de cliënt in beeld en de eventuele veranderingen door de gepleegde interventies.

3. De half gestructureerde Vragenlijsten. (intake- vragenlijst)

Het gaat om open vragen waarbij de interviewer de vraag mag herfraseren. Zie bijlage (bron m. Migchelbrink, actiegerichtonderzoek. Blz 229)

De intake:

De Heer C. en Mevrouw K. (wegens privacy redenen noem ik hen niet bij de volledige naam, zij zullen gedurende de scriptie aangegeven worden met C. en K.) waren de eerste twee aanmeldingen voor de therapie. De cliëntobservaties zijn op hen gebaseerd omdat zij vanaf het begin van dit onderzoek aanwezig konden zijn en er zo een beeld gegeven kon worden van de ziekte van Parkinson in de danstherapie. Later kwamen er nog meer aanmelding, ik heb er voor gekozen de observaties ten aan zien van hen mee te nemen ten aan zien van het groepsproces.

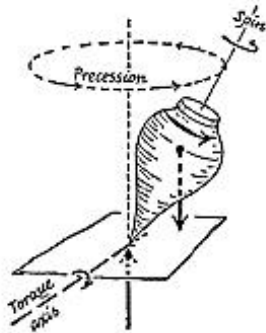
Hieronder geef ik een profielbeschrijving van deze de Heer C. en mevrouw K. zoals deze naar voren kwam tijdens de intake:

Meneer C was voor zijn pensioen archivaris bij de Nederlandse omroep en was gestructureerd en precies in het uitvoeren van zijn werk. Dit bleek bijvoorbeeld in het uitknippen van het meest belangrijke nieuws van de dag uit de krant. Dit uitknippen is volgens zijn vrouw erger geworden sinds bekend is dat c de ziekte van Parkinson heeft. Ook zijn behoefte aan structuur is groter geworden. Dit komt volgens eigen zeggen doordat de tijdstippen waarop de medicatie ingenomen moeten worden, zijn dagritme en indeling voor een groot gedeelte bepalen. Daarbij komt dat hij slecht tegen spanning kan, zowel voor als na de diagnose. Maar spanning heeft nu grotere gevolgen voor zijn dagelijks handelen. Autorijden is niet meer nodig, maar daar heeft C een mooi alternatief voor en dat is de elektrische fiets die er voor een groot deel voor zijn zelfredzaamheid zorgt.

De ziekte van Parkinson manifesteert zich vooral in een tremor in de handen (en dan met name de linker hand) en spier stijfheid. Daarnaast heeft hij moeite met spreken. De tremor en het de complicaties met praten manifesteren zich meestal op hetzelfde moment. De linker kant van zijn lichaam is over het algemeen sterker dan zijn linkerkant.

Mevrouw K. De gevolgen van Parkinson zijn bij mevrouw K. zichtbaar in haar hele lichaam. Met name haar bovenlichaam is voor een groot gedeelte verkrampd. Ze kan nauwelijks haar handen laten zakken die ze dan ook aangespannen ten hoogte van haar borst houdt. Dit heeft tot gevolg dat haar lichaam lijkt te tollen. Hiermee bedoel ik dat haar bovenlichaam alle zwaarte bezit vanwege de verkramping en haar onderlichaam nauwelijks ruimte inneemt waardoor ze rond haar eigen as lijkt te draaien. (zie figuur 3) Ook heeft ze last van een maskergelaat, haar gezicht is verstijfd waardoor er nauwelijks

expressie mogelijk is. De expressie wordt vooral zichtbaar in haar ogen. Andere kenmerken zijn het moeilijk kunnen zitten in of opstaan uit een stoel en heeft zij last van 'freezing'. Dit houdt in dat zij, wanneer zij een draai moet maken, plotseling in eens als een standbeeld stil kan staan en hier moeilijk weer uit kan komen. Het naar rechts draaien gaat meestal beter dan naar links. Ook voor K. geldt dat haar rechter kant van haar lichaam beter is dan haar linker kant.



Figuur 3. Tol.

Resultaat beschrijving van de gegeven sessies:

(De resultaten zijn uitgeschreven in de tabel op de volgende bladzijde. Voor een compleet overzicht van alle sessies verwijs ik naar bijlage 6.)

Wat heeft de cliënt nodig en wat is de hulpvraag van de cliënt:

Voor beide cliënten was het erg belangrijk dat er rust en duidelijkheid was bij de eerste drie sessies. Wanneer de lat qua dansniveau net iets te hoog lag of activiteiten waren te onduidelijk ontstond er spanning. Wanneer deze spanningen te hoog werden kwamen de symptomen van Parkinson zichtbaar. Dus rust en structuur was voor het begin van de therapie voorwaarden om het vertrouwen op te bouwen en de sessies veilig te maken. In latere sessies zou het herkennen en ervaren van spanning wel ingezet kunnen worden. Het accent zou dan met name kunnen liggen op hoe er met spanning om gegaan kan worden en hoe deze preventief te herkennen valt. Met name bij meneer C was dit een belangrijke indicatie. Wanneer hij spanning had door onduidelijkheid ontstond de tremor. De tremor verdween bij ontspanning en rust.



Voor de begin fase van de therapie gold ook dat de cliënten opzoek waren naar steun. Steun in muziek en steun bij de therapeut. Dit bleek met name uit de manier waarop zij de activiteiten uitvoerde. Er kwam geen initiatief vanuit hen zelf. In beweging kopieerde zij letterlijk wat ik deed. Zelfs in die mate dat wanneer de activiteit afgelopen was, zij mij nog steeds in beweging na deden. Wanneer dit steunpunt (in dit geval ik als therapeut) weg viel, bijvoorbeeld wanneer ik hen de gelegenheid gaf een eigen beweging in te brengen, werd de beurt doorgegeven (zie voor de exacte activiteiten de tabellen in de bijlage). Dit heeft ongeveer drie sessies geduurd voordat zij zelf met

een inbreng kwamen. Deze beweging was dan meestal een beweging van mij die zij al eerder hadden gedaan. Na een paar sessies werd mij dit duidelijk omdat het voor mij als therapeut voelde alsof zij mijn schaduw waren. De hulpvraag van de cliënten was hier dan ook geef ons steun. In hoofdstuk 5 ga ik verder in op dit onderwerp.

Een andere vraag vanuit de cliënten was de vraag naar het vitaliseren van hun lichaam. Zij willen allebei hun conditie op peil houden door in beweging te blijven. Daarnaast gold als vraag om vanuit de therapie te werken aan de zelfredzaamheid en de sociale interactie.

Danstherapeutische diagnose: wat is waargenomen in het lichaam en hoe verhoudt dit zich tot de cliënt: Zoals ik hierboven beschreef was het opvallend dat de cliënten mij exact kopieerde in mijn bewegingen. Zij waren voor een groot deel afhankelijk van wat ik in mijn bewegingen deed zowel tijdens de activiteiten als daarbuiten. In het lichaam van de cliënten was dit bijvoorbeeld te zien aan de manier waarop zij naar mij keken. Hun ogen waren bijvoorbeeld op mijn voeten gericht om deze zo

precies mogelijk na te kunnen bootsen. De concentratie lag op het denken en dit kostte hen ontzettend veel energie. Dit kon je in het lichaam zien doordat deze minder rechtop werd en de bewegingen werden trager. Maar ondanks dat bleven zij al denkend doorbewegen zolang als dat ik bewoog. Later heb ik dit terug geven aan hen met name door een metafoor te gebruiken en dat was de schaduw een schaduw blijft je volgen. Wat je ook doet een schaduw is altijd afhankelijk van zijn object en de juiste omstandig heden als licht en donker. De cliënten staan in de schaduw van hun ziekte. Belangrijk voor deze cliënten is dat zij zelf in het zonlicht gaan staan. Dat zij zelf zichtbaar worden en dat zij zichtbaar blijven ook wanneer de omstandigheden, als zonlicht, er niet meer zijn.

Dit werd het uitgangspunt voor de sessies die daarop volgde. Ik ben op zoek gegaan naar externe steunpunten en al snel bleek dit het ritme van de muziek te zijn. (dit bleek ook uit het voor onderzoek vanuit andere therapievormen bij hoofdstuk 3 bladzijde 15 en 16). Door het herhalende karakter van ritme waren zij instaat door te bewegen. Belangrijk hierbij was dat het denken omgezet werd in voelen. Wanneer het ritme gevoeld werd, veranderde er veel in het lichaam. De concentratie lag niet meer op het kopiëren maar op het zelf bewegen op muziek. De cliënten komen recht op te staan. (de verticale as). Hun eigen bewegingen kwamen meer naar voren en vervolgens werden eigen initiaties zichtbaar in de beweging en was er meer ruimte om contact te maken met de omgeving. De methodes en technieken die ik hiervoor gebruikt heb beschrijf ik in het volgende hoofdstuk.

Tijdens de intake gebruikte Monique een fysiotherapeutisch format voor het meten van de lichamelijke klachten en ten aan zien van het functioneren van het lichaam en de gevolgen daarvan. Deze heb ik in het tabel samen met de Laban analyse hieronder gevoegd omdat het veel duidelijk maakte over de symptomen van de ziekte en hoe en wanneer deze zich manifesteerde.

Tabel 1. Laban Notatie en beschrijving.

Laban Observaties de heer C.		Beschrijving Laban notatie.
Intake. Kennismakingsgesprek Danstherapeutische vragenlijst (zie bijlage) Fysiotherapeutische intakeelijst	Body: <u>Initiatie:</u> vanuit de periferie (handen en voeten) <u>Connectie:</u> Boven en onderlichaam bewegen los van elkaar dit komt met name omdat de heupen niet bewogen wordt. Shape : Closed Space: <u>Lagen:</u> Midden <u>Vlak:</u> Wiel <u>as:</u> verticale as. Kleine kinesfeer (persoonlijke ruimte) Effort: <u>Space:</u> Indirect <u>Weight:</u> Light <u>Time:</u> Sustained <u>Flow:</u> Bound Fysiotherapie: Moeite met lang kunnen lopen of fietsen. Ook lang op één plek staan is lastig. Meneer C. gebruikt een elektrische fiets. Meneer C. is niet meer instaat op te schrijven (fijne motoriek).	De intake is de eerste kennismaking tussen cliënt en therapeut. Meneer C. maakte in eerste instantie een rustige indruk. Wanneer hij begon te praten begon de tremor en het stotteren. Hij kon zeer goed de symptomen verwoorden van de ziekte van Parkinson en hoe deze zijn leven beïnvloeden. In beweging was opvallend dat meneer C voornamelijk alleen zijn handen en voeten bewoog de rest van het lichaam hield hij vrij stil. (de oorzaak kan stijfheid zijn). Een connectie tussen zijn bovenlichaam (romp) en onderlichaam (benen en voeten) leek er niet te zijn. Dit had als oorzaak dat hij zijn heupen vast zaten. De vorm van zijn lichaam is redelijk gesloten. Alles in zijn lichaam is naar binnengericht.

	Tremor met name in de linkerhad. Rechterkant van het lichaam is sterker dan zijn linkerkant. Koude handen en voeten, de doorbloeding kan soms slecht zijn. Opstaan en zitten gaat goed. Moeite met spreken. Droge mond en soms last van stotteren	
Week 2. Notatie van beweging tijdens concentratie	Body: <u>Initiatie:</u> vanuit de periferie <u>Connectie:</u> Geen connectie te herkennen Shape : Closed Space: <u>Lagen:</u> Midden <u>Vlak:</u> Wiel <u>As:</u> verticale as. Kinesfeer is kleiner vergeleken met de intake Effort: <u>Space:</u> Indirect <u>Weight:</u> Light <u>Time:</u> Sustained <u>Flow:</u> Bound	Volgzaam: C. geeft zich volledig over aan de situatie. Behoeft aan structuur en duidelijkheid Concentratie vanuit het denken: Het zo precies mogelijk kopiëren van de bewegingen. C geeft aan geen ritme gevoel te hebben en excuseert zich dat hij geen danser is. (Zelfbeeld)
Week 3. notatie bij het voelen van het ritme	Body: <u>Initiatie:</u> Meer vanuit de heupen en de romp <u>Connectie:</u> door het hele lichaam. Shape: Open Space: <u>Lagen:</u> Middenlaag <u>Vlak:</u> muur <u>As:</u> Verticale as is duidelijker zichtbaar wanneer C. contact maakt met zijn omgeving wordt de horizontale as ook zichtbaar. <u>Kinesfeer:</u> Groter dan bij binnenkomst Effort: <u>Space:</u> veranderd van indirect naar direct <u>Weight:</u> C. gebruikt zijn gewicht meer vanuit zijn centrum waardoor hij ook meer gegrond is <u>Time:</u> sustained <u>Flow:</u> Bound	Gebruikt steunpunten als het ritme van de muziek. Na herhaling van het ritme en de beweging krijgt C. vertrouwen en laat het ritme los. De verandering ontstaat in zijn lichaam. Geeft zich niet meer over aan de situatie maar heeft deze zelf in de hand. Maakt oogcontact. Eigen bewegingsinitiaties worden zichtbaar. Concentratie vanuit het voelen. De verticale as en de vorm van het lichaam veranderd van een gesloten houding naar een open en rechtopstaande houding.

Laban Observaties mevrouw K.	Beschrijving Laban notatie
Intake. Algemene notatie	Body: <u>Initiatie:</u> vanuit de schouders <u>Connectie:</u> Onder- en bovenlichaam bewegen los van elkaar. Shape: Sinking, Boven lichaam is verkrampd en onderlichaam zakt naar beneden. Space: Lagen: Hoog Vlak: Muur As: Verticaal <u>Kleine kinesfeer:</u> Effort: Space: Indirect Weight: Light Time: Sustained Flow: Bound Mevrouw K. is weinig aan het woord. Haar man is zeer zorgzaam en is een grote steun voor haar. Dit heeft echter tot gevolg dat K. wat op de achtergrond raakt. Mevrouw K. heeft veel spanning in haar lichaam. Vooral haar bovenlichaam en haar handen (die ter hoogte van haar borst) zit volledig vast. Haar bovenlichaam lijkt dan ook het meeste gewicht te hebben waardoor haar houding wat naar achteren gaat. Er is geen connectie te herkennen tussen boven- en onderlichaam ook dit heeft te maken met het feit dat het hele accent op het bovenlichaam zit. Ze heeft een zeer kleine kinesfeer en haar voeten lijken nauwelijks de grond te raken.
Week 2. Notatie van beweging tijdens concentratie	Body: <u>Initiatie:</u> vanuit de schouders <u>Connectie:</u> Onder- en bovenlichaam bewegen los van elkaar. Het onder lichaam kan redelijk soepel bewegen maar het bovenlichaam is verkrampd en gesloten. Dit belemmert de gehele connectie van het lichaam. Shape: Sinking, bovenlichaam is verkrampd en onderlichaam zakt naar beneden. Space: Lagen: Hoog Vlak: Muur As: Horizontaal <u>Kleine kinesfeer:</u> Dit blijkt vooral uit de kleine ruimte die zij inneemt met haar benen. Hierdoor staat zij niet stevig om de grond waardoor het lijkt dat haar lichaam tolt juist omdat haar bovenlichaam verkrampd is en daar het zwaartepunt van haar lichaam komt te liggen. Zij heeft dan ook moeite met haar balans. Effort: Space: Indirect Weight: Light Time: Sustained Flow: Bound K. neemt weinig ruimte in. Zij maakt kleine pasjes en raakt hierdoor uit balans. Ook haar persoonlijke ruimte is zeer klein Ze geeft weinig gewicht aan haar bewegingen. Bewegingen zijn gedragen en niet los

Week 3. notatie bij het voelen van het ritme	Body: <u>Initiatie:</u> meer vanuit de romp dan vanuit de schouders <u>Connectie:</u> door het hele lichaam Shape: Open Space: <u>Lagen:</u> Middenlaag <u>Vlak:</u> Meer tafel <u>As:</u> verticale as <u>kinesfeer:</u> groter dan bij binnenkomst Effort: <u>Space:</u> Direct <u>Weight:</u> meer naar haar centrum: haar buik en heupen. <u>Time:</u> Sustained <u>Flow:</u> Bound	K. heeft veel steun aan de muziek. Ze is heeft een erg goed ritme gevoel en pakt deze snel op. Dit helpt haar door te kunnen bewegen. Iets wat erg belangrijk is omdat zij op deze manier haar bewegingen steeds groter kan maken. De ruimte in haar lichaam wordt groter. Het is alsof haar lichaam letterlijk en figuur weer zuurstof krijgt en gaat ademen. De volgende stap was dat zij instaat is ook meer ruimte in nemen in de letterlijke ruimte. Haar gewicht verplaatst zich naar haar centrum en ze krijgt meer stabiliteit en staat stevig op de grond. In plaats van dat zij om haar eigen as draait is haar as meer gecentreerd.
---	---	--

Bewegingsverandering ten aanzien van de symptomen van de ziekte van Parkinson:

Bij de tremor: Meneer C. was de enige in de therapie die last had van een tremor. Bij hem was duidelijk zichtbaar dat deze zich manifesteert wanneer hij onder druk staat of last van spanning heeft. Ook wanneer hij te veel over een opdracht gaat na denken in plaats van dat hij hem gaat doen, wordt de tremor zichtbaar. Deze verdwijnt wanneer hij ontspannen is en / of wanneer hij niet meer nadenkt over de opdracht maar meer in de ervaring van het moment zit. Een belangrijke steun hierin was voor hem het ritme. Ritme is enerzijds iets waar je over na kunt denken en anderzijds kun je het voelen. Dit is voor hem een zeer goede combinatie. Ritme structureert en geeft duidelijkheid. Dit geeft C. veiligheid en het vertrouwen om zijn concentratie te kunnen verleggen van het denken naar het doen. Wanneer dit proces op gang gezet is gaat hij voelen en krijgt dit betekenis in zijn bewegingen. Met name in dit laatste deel van het proces zie je de tremor verminderen tot verdwijnen.

Doordat K. haar dagelijkse bewegingen gefraseerd zijn, (ze beweegt niet aan een stuk door maar in stukjes die niet plotseling maar met regelmaat zich voor doen), kan zij moeilijk een beweging afmaken. In de oefeningen heb ik bij haar het accent gelegd op doorbewegen vanuit het ritme. Het ritme en de herhaling van de bewegingen zijn haar steun het door bewegen is iets wat vanuit die steun ontstaat. Wanneer zij dit volhoudt zie je haar bewegingen en haar lichaamshouding veranderen zoals deze in het tabel hierboven zijn beschreven. Deze verandering blijft ook zichtbaar na de oefeningen.

Gaan zitten op een stoel en weer opstaan: Wanneer ik haar vraag aan het eind van de therapie weer op de stoel plaats te nemen zie je dat dit effect heeft op de manier waarop ze gaat zitten en weer opstaat. Deze bewegingen zijn van gefraseerd veranderd naar een doorgaande beweging waarbij ze instaat is haar gewicht goed te gebruiken. Zij is instaat om vanuit de oefeningen praktische bewegingen als zitten en opstaan de verandering toe te passen.

Freeze: dit geldt ook voor het bevriezen van haar beweging. Bij binnenkomst heeft zij regelmatig last van freezing. Wanneer zij een bepaalde richting op wilt draaien blijft zij vast staan in haar beweging. Ik wacht eerst af tot zij zelf om hulp vraagt, omdat zij hopelijk zelf straks in staat is zelf uit de freeze te kunnen komen. Wanneer zij om hulp vraagt pak ik haar handen en proberen we al wiegend en tellend uit de freeze stand te komen. Het tellen is weer het in het ritme komen en houvast hebben aan de herhaling van de beweging. Het wiegen heeft als doel dichterbij je centrum te komen om vanuit daar weer een nieuwe beweging te krijgen.

Aan het eind van de sessie, wanneer alle oefeningen gedaan zijn, valt het op dat de freeze niet meer terug komt. K. geeft zelf aan dat dit wederom komt door het doorbewegen en het ontspannen van het verkrampte lichaam. Daarnaast kan ik vanuit de observaties constateren dat K. beter in staat is haar gewicht naar haar centrum te verplaatsen. Haar hele houding is niet meer als die tol van figuur 3.

Wanneer zij nu een draaiende beweging maakt zal zij veel meer stevigheid hebben om de beweging af te kunnen maken.

Stijfheid of verkramping: de stijfheid verandert wanneer het lichaam meer ruimte krijgt en in neemt. Omdat bij beide cliënten hun persoonlijke ruimte zo klein is vormt hun lichaam zich naar die ruimte en krijgt het lichaam een gesloten houding. Het lichaam kan moeilijk ontspannen in deze houding mede doordat de ademhaling hier ook in beperkt wordt. Je ziet de ontspanning in de lichamen ontstaan wanneer deze meer ruimte krijgt. Dit gebeurt als de houding meer opent en het lichaam rechter op komt te staan. Er komt letterlijk en figuurlijk meer zuurstof in het lichaam en alles ontspant. Doordat de zuurstof circulatie verbeterd, worden handen en voeten (vaak blauw van de kou) verwarmd en krijgt het lichaam meer de kans om te ontspannen.

Vermoeidheid: vermoeidheid ontstaat in de therapie wanneer de cliënten te veel na denken over de oefening. Dit denken vraagt zoveel concentratie dat zij snel vermoeid raken. Wanneer zij dit denken los weten te laten en er komt meer ruimte voor de ervaring veranderd de concentratie en kost het minder energie maar krijgen de cliënten juist meer energie.

Lichaamsplan: Automatische bewegingen (bewegingen die wij dagelijks maken zonder er bij na te hoeven denken als tandenpoetsen en lopen) zijn niet meer vanzelfsprekend. Bijna over elke handeling moet na gedacht worden om dat het lichaam zeer onverwachts iets anders kan doen dan dat voorheen gebruikelijk was.

Lichaamsbesef: Cliënten ervaren hun lichaam in functie van de ziekte van Parkinson. Het heeft grotendeels een eigen wil waar de cliënt zelf geen controle over heeft. Zij zijn zich vaak over bewust van één of enkele lichaamsdelen die door de ziekte het meeste aandacht krijgt. Hierbij valt te denken aan bijvoorbeeld: een tremor in de hand, stijfheid in één been, enz.

Lichaamsidee: het lichaam krijgt een andere betekenis. Vanaf dat wij baby zijn groeien wij als persoon met ons lichaam mee. Ons lichaam is samen met emoties onze identiteit. We leren steeds meer vaardigheden als staan en lopen wat ons vertrouwen geeft en zorgt voor veiligheid. Bij de ziekte van parkinson wordt in eens dat vertrouwen en die veiligheid op de proef gesteld omdat het lichaam in eens niet meer functioneert als een dag daarvoor. De cliënten in de therapie gaven aan dat zij niet of moeilijk op hun lichaam kunnen vertrouwen en ervaren dit als onveilig. Zij staan in functie van het lichaam en hebben maar te 'dealen' met wat het lichaam doet per dag of per moment. Dit zorgt voor een gevoel van afhankelijkheid en zijn het gevoel verloren zich te kunnen identificeren met hun lichaam

Indicatiestelling:

Om tot een indicatiestelling te komen heb ik onderzocht welk danstherapeutische aanbod geschikt is voor mensen met de ziekte van Parkinson.

Indicatie: dans- en bewegingstherapie kan zich op de volgende probleemgebieden richten ten bate van de behandeling van de ziekte van Parkinson. De therapie is geschikt voor mensen met de ziekte van Parkinson die op één, enkel of al van deze gebieden steun kan gebruiken in de vorm van behandeling:

- Het verstevigen of behouden van de zelfredzaamheid
- Het acceptatieproces van de diagnose van Parkinson
- Acceptatie van het veranderende lichaam en leefstijl
- Ter verbeteren van de symptomen bijvoorbeeld het verbeteren van de balans en coördinatie in de ruimte.
- Het omgaan met lastige of spannende praktijk situaties
- Dreiging van een sociaal isolement
- Het omgaan met of een plek geven van emoties en gevoelens.
- Identiteitsproblematiek ten aanzien van de ziekte van Parkinson

- Terug gaan naar het lichaam voor de ziekte.
- Het lichaam als geheel ervaren en als van hen zelf. (de kans bestaat dat de ziekte van Parkinson en de symptomen daarvan op de voorgrond komen te staan)
- Dans- en bewegingstherapie kan helpen met het zoeken naar balans, evenwicht en coördinatie in de ruimte. Hoe blijf ik stevig op de grond staan of de grond onder mijn voeten voelen?
- Plezier beleven kan een belangrijke indicatie zijn. De verandering van het lichaam kan nare situaties en heftige gevoelens en emoties met zich meebrengen die voor iedereen verschillend zijn. In dans- en bewegingstherapie wordt de ruimte geboden hier expressie aan te geven zodat deze gevoelens en emoties niet opgekropt raken maar een plek krijgen. Plezier is dan ook een belangrijke factor om even te kunnen ontladen en op een andere manier met het lichaam bezig te zijn en te ervaren.

Contra indicatie De cliënt heeft hulpmiddelen nodig om te kunnen staan of lopen. Dit kan het bewegingsproces van de andere cliënten vertragen. (Er was een aanmelding voor de therapie van een meneer waarbij dit het geval was). Ik heb er voor gekozen deze meneer individuele therapie te geven, wanneer er meer aanmeldingen zouden komen met deze indicatie zou ik een aparte therapiegroep voor opzetten. Het is een bewuste keuze om het gebruik van hulpmiddelen als contra indicatie te stellen, omdat een grote groep Parkinson patiënten moeite heeft met het zelfstandig kunnen staan of lopen. Het lastig kunnen staan of lopen hoeft echter geen contra indicatie te zijn, zo bleek uit de cliënten die de therapie gevolgd hebben. Allen hadden zij moeite met staan op lopen maar konden door de juiste voorwaarden (waar ik later op in zal gaan) toch deelnemen aan de therapie. Wanneer zij afhankelijk zijn van een hulpmiddel kan ik mij voorstellen dat dit om een andere werkwijze vraagt.

Wanneer er sprake is van een depressie (een veel voorkomende psychische stoornis ten gevolge van de ziekte van Parkinson), of andere psychische stoornis die de bovenhand heeft over de problemen ten aanzien van de ziekte van Parkinson. Mijn ervaring is dat wanneer een psychische stoornis dominant is dan de ziekte van Parkinson krijgt deze de prioriteit in de behandeling en dit vraagt om een andere therapeutische werkwijze. Ook hierbij kun je de overweging maken om een cliënt met deze indicatie eerst individueel in behandeling te nemen. Of wanneer er meerdere aanmelding zijn hier een specifieke groep voor samen te stellen.

Randvoorwaarden:

Randvoorwaarden zijn de voorwaarden waaraan voldaan moet worden om tot behandeling te komen. Deze worden vooraf vastgesteld aan de therapie vastgesteld of eventueel bijgesteld. Voor de eerste vier sessies van de therapie heb ik de volgende randvoorwaarde gesteld:

- Zorgen voor veiligheid en vertrouwen. (hoe dit van toepassing was in de therapie beschrijf ik in bij deel 2. De therapeutische attitude)
- Kennis van hoe de ziekte van Parkinson zich kan manifesteren bij de cliënt
Daar aansluiten waar de cliënt is. Dit heeft voor een groot deel ook betrekking op het creëren van veiligheid. Door voorkennis te hebben van de symptomen kun je deze sneller herkennen en anticiperen wanneer het 'fout' dreigt te gaan. Dit is in het bijzonder belangrijk wanneer een cliënt (nog) niet in staat is de dreiging bij zichzelf te herkennen of te signaleren. Een veel voorkomend kenmerk van Parkinson is bijvoorbeeld duizeligheid. Als therapeut is het belangrijk hier alert op te zijn en biedt je veiligheid door aan te geven dat de cliënt, bijvoorbeeld, mag gaan zitten wanneer dit symptoom, of een andere, optreedt.
- Voor de begin fase een steunpunt zijn maar deze steeds meer verleggen naar zichzelf.
 - ritme en muziek waren belangrijke steunpunten.
 - Synchroniseren / spiegelen van de beweging. Steun aan elkaar en in de beweging.

4.2 de Therapeut.

Gebruikte onderzoekstechnieken ten aanzien van de therapeut (mijn eigen handelen):

Logboek: Per gegeven sessie hield ik een gestructureerd logboek bij. Dit houdt in dat ik van tevoren een aantal kernpunten van de therapie had opgeschreven waarop ik per week op reflecteerde. De bevindingen vatte ik vervolgens samen en paste ik de sessie die daarop volgde toe.

Feedback op mijn handelen door supervisor: Monique gaf regelmatig feedback aan het einde van de therapie. Deze feedback had betrekking op mijn handelswijze en de manier waarop ik mijn therapie had ingedeeld. Hierbij ging zij in op de inhoud als het structureren van de therapie.

De verkregen resultaten van zowel het logboek als de feedback heb ik geanalyseerd aan de hand van een analyse model voor dans- bewegingstherapie. Ontworpen door I. van Keulen.

Onderzoeksresultaten ten aanzien van mijn therapeutisch handelen.

De bevindingen die ik hier beschrijf gaan over de therapeutische (randvoor)waarde in de therapie zoals ik ze heb toegepast in de praktijk.

Danstherapeutische relatie: een behandeling is verdeeld in drie fases namelijk: de veiligheidsfase, de doorwerkfase en de afsluitende fase. Elke fase heeft zijn eigen kenmerken en heeft betrekking op het behandelingsproces van de cliënt. Ook het aangaan en opbouwen van de therapeutische relatie gaat door deze fases. Dit vraagt van therapeut bij iedere fasering een andere attitude. Per fase zal ik de danstherapeutische relatie beschrijven zoals ik deze heb toegepast tijdens de behandeling en zal dit doen aan de hand van observaties van de heer C. en mevrouw K.

De eerste fase is de kennismakingsfase en bestaat uit een intake gesprek en de eerste drie sessies van de behandeling. De naam zegt het al hier ligt de nadruk op het kennismaken met elkaar maar ook met het medium. Mijn eerste contact met de heer C en mevrouw K was tijdens de intake gesprekken. De intake wordt individueel afgenomen (eventueel is de partner er bij aanwezig) en gaat door middel van een inventariserend gesprek gericht op de therapie. Dit geeft mij als therapeut enerzijds de gelegenheid om een globaal beeld te krijgen van het probleem en de mogelijkheden, de bewegingservaring en bewegingsmogelijkheden van de cliënt en geeft anderzijds het de cliënt de gelegenheid om na te denken en te verwoorden over zijn situatie en dit te delen. Daarbij krijgt de cliënt de ruimte voor het stellen van vragen zodat hij / zij zich een beeld kan vormen van wat hem de eerste sessie te wachten staat. Daarbij laat ik ook de therapieruimte zien zodat de cliënt een referentiekader krijgt. In de kennismaking leg ik de nadruk op veiligheid en vertrouwen. Dit zijn de basisvoorwaarden voor het aangaan van een therapeutische relatie en de behandeling. Wanneer de cliënt geen veiligheid ervaart gedurende de eerste fase en er geen vertrouwen groeit, zal het consequenties hebben voor de behandeling in de daarop volgende fases. Het afstemmen op de cliënt is daarin ontzettend belangrijk. Wanneer je deze stap overslaat bestaat de kans dat de relatie mis groeit en bestaat de kans dat interventies niet zuiver afgestemd zijn op de behoefte van de cliënt.

In beweging ben ik de therapeutische relatie aangegaan onder andere door Mirroring of te wel spiegelen. Hierbij zet ik mijn eigen lichaam in om in te voelen van wat de situatie van de cliënt is op dit moment zonder hier over in gesprek te gaan. Het is alleen voor mij als therapeut om te kunnen inventariseren en te interveniëren. Mirroring heeft ook nog een ander belangrijk aspect in het aangaan van de relatie namelijk het volgende: Studies in de neurowetenschappen tonen aan dat identical sets van neuronen in een individu kunnen worden geactiveerd wanneer deze getuige is van een ander persoon die beweegt wanneer hij of zij betrokken is in die actie. (stern 200). In de therapie merkte ik dat het spiegelen een gevoel van veiligheid gaf en de ander bevestigde in zijn of haar beweging waardoor er wederzijds vertrouwen ontstaat.

Danstherapeutische attitude: Ik voor de beginfase gekozen voor een combinatie tussen een directieve en een supportieve houding. De directieve houding was nodig voor de steun die de cliënten in de eerste fase nodig hadden. Deze houding hield in dat ik het aanstuurde door opdrachten te geven die zij uitvoerde. Deze houding had ik mij bij voorbaat niet voorgenomen maar dit was de houding waar zij mij in zette en waar ik volledig van bewust was. Dit had alles te maken, zo bleek in latere fases, met

het feit dat zij zich afhankelijk naar mij opstelde omdat zij afhankelijk waren geworden van de ziekte van Parkinson. Zij werden in die mate geleefd door hun ziekte dat deze hun hele dag, manier van denken en doen structureerde. Je zou kunnen zeggen dat de ziekte van Parkinson de directieve factor was in hun leven. Dit was voor mij belangrijke informatie voor de latere fases van de therapie. Het werd mij duidelijk, door de rol die de cliënten mij gaven, wat de ziekte van Parkinson met hen deed en waar zij naar toe moesten werken. Dit hield voor mijn houding in dat deze per fase steeds minder directief moest worden tot dat deze in de laatste fase niet meer directief zou zijn. Als het ware moest mijn rol stap voor stap onzichtbaar worden zodat de eigenheid van de cliënt zich maar kan manifesteren. De supportieve houding was om die reden een belangrijke tweede houding voor de beginfase. Door hen aan te moedigen en steeds het eigen initiatief te stimuleren en te bevestigen, kregen zij meer inzicht in de manier waarop de ziekte voor hen bepalend was in hun leven. Daarnaast gaf ik hen op deze wijze vertrouwen om dit proces te starten en door te zetten.

Hoofdstuk 5. Ontwikkelingsfase

Deze fase staat voor het maken van een plan voor het verbeteren van de bestaande situaties of het huidige handelen. Op basis van de diagnose (hoofdstuk 4) worden ideeën voor verbetering verzameld. In een voortdurend dialoog tussen de onderzoeker en de direct betrokkenen, worden op basis van deze ideeën aandachtspunten en werkpunten voor het gewenste handelen vastgesteld en uitgewerkt. (Migchelbrink, F. 2007, p. 179).

Op basis van de verkregen resultaten van het vorige hoofdstuk wordt in dit hoofdstuk, in combinatie met de voorstudie en literatuur, een danstherapeutisch werkmodel ontworpen. Smeijsters et al (2007, P. 7.) beschrijft in het naslagwerk voor het doen van praktijkonderzoek werkmodellen als volgt: Werkmodellen zijn denkmodellen en doemodellen, aan de hand waarvan de professional in de praktijk denkt en handelt. De Bie e.a. noemen als voorbeelden van werkmodellen; stappenplannen, denkschema's, protocollen, checklist, vuistregels, strategieën, formats, tips, aanwijzingen, recepten, methoden en voorschriften.

het conceptueel behandelplan was is eigenlijk een werkmodel in ontwikkeling. Het behandelplan krijgt in dit hoofdstuk vastere vorm doordat deze in de praktijk getoetst in het vorige hoofdstuk en dit leidt tot het schrijven een nieuw werkmodel.

5.1 Danstherapie in de praktijk volgens het werkmodel.

Fasering van de therapie: de fasering van de therapie geeft een bepaalde (danstherapeutische) werkwijze aan waar de therapeut zich op verschillende aspecten (het lichamelijke, het sociale en het expressieve aspect) af kan stemmen. Het geeft aan waar de cliënt zit in zijn behandelproces en welke voorwaarden daarvoor nodig zijn om die behandeling zo goed mogelijk te laten verlopen.

Het onderzoek heeft zich vooraal gericht op fase één. De andere twee fases heb ik wel hierbij toegevoegd om zo een volledig beeld te kunnen geven van waar fase één staat ten aanzien van de andere fases in de behandeling. Met name de voergang van fase één naar fase twee was daarin belangrijk (zie volgende bladzijde).

Tabel 2. Fasering van de therapie

Fasering	Danstherapeutische aspect	Werkwijze en formulieren	Fasering
Intake (individueel)	n.v.t.	TIGRA- test, Intake formulier fysiotherapie en danstherapie.	Fase 1 Veiligheidsfase
Sessie 1 (groepstherapie)	Het sociale aspect	Orthopedagogische werkwijze	
Sessie 2 (groepstherapie)	Het sociale aspect	Orthopedagogische werkwijze	
Sessie 3 (groepstherapie)	Het sociale aspect	Orthopedagogische werkwijze	
Sessie 4 (groepstherapie)	Het sociale aspect	Orthopedagogische werkwijze	
	Het lichamelijke aspect	Orthopedagogische en de supportieve werkwijze	Fase 2 Doorwerkfase
Sessie 5 (groepstherapie)	Het lichamelijke aspect	Orthopedagogische en de supportieve werkwijze	
Sessie 6 (groepstherapie)	Het lichamelijke aspect	Orthopedagogische en de supportieve werkwijze	
Sessie 7 (groepstherapie)	Het lichamelijke aspect	Tussentijdse fysiotherapeutische test supportieve werkwijze	
Sessie 8 (groepstherapie)	Het lichamelijke aspect	Supportieve werkwijze	
Sessie 9 (groepstherapie)	Het lichamelijke aspect	supportieve werkwijze	
Sessie 10 (groepstherapie)	Het expressieve aspect	de supportieve werkwijze	Fase 3 Afrondende fase
Sessie 11 (groepstherapie)	Het expressieve aspect	Vorbereiden op dansen / bewegen met partner supportieve werkwijze	
Sessie 12 (groepstherapie)	Het expressieve aspect	Vorbereiden op dansen bewegen met Partner supportieve werkwijze	
Sessie 13 (groepstherapie)	Het expressieve aspect	Partner les Orthopedagogische en supportieve werkwijze	
Afrondings- gesprek (individueel)		Laatste Fysiotherapeutische test en afrondingsformulier danstherapie	

Uitleg termen van het tabel:

Inleiding ten aanzien van de fasering, de aspecten en therapeutische houding. De behandeling is verdeeld in drie fases. Iedere fase bevat 3 a 4 sessies en heeft zijn eigen kenmerk: in fase 1 is dit de veiligheidsfase en het sociale aspect, fase 2 de doorwerkfase en het fysieke aspect en fase 3 de afrondende fase en het expressieve aspect. Deze fasering heeft als doel een duidelijke en logische op- en afbouw te creëren zodat iedere fase over een eigenschap beschikt die belangrijk is voor onder andere de therapeutische werksfeer, vertrouwensband en de doelen van de cliënt. De aspecten geven een richtlijn aan waar aan gewerkt wordt per fase. Daarnaast wordt ook de therapeutische houding en werkwijze beschreven:

Fase 1. Veiligheidsfase:

fase: De veiligheidsfase is de eerste fase in de behandeling en bestaat uit ongeveer 3 sessies en de intake. Het is de fase waarin alle partijen met elkaar kennismaken (De deelnemers van de therapie, de therapeut en vice versa) en er kennis wordt gemaakt met het medium. (in Vaktherapie, waaronder beeldend-, drama-, muziek-, psychomotore- en danstherapie vallen, wordt het woord medium gebruikt voor de vorm waarin de therapie gegeven wordt. In dit geval staat het woord medium voor dans) Belangrijk in deze fase is het creëren van een veilige sfeer en het opbouwen van een vertrouwensband. Deze twee elementen zijn de basis voorwaarde voor de behandeling.

Aspect: Tijdens de veiligheidsfase wordt de nadruk te liggen op het sociaal handelen van de cliënt. Tijdens het geven van de sessies in de eerste fase lag de nadruk direct op het sociale aspect doordat het meest opvallende aspect was dat de cliënten precies volgen alle instructies volgde van de therapeut. Juist omdat het lichaam het grootste probleemgebied was kon hier nog niet direct interventies opgedaan worden. Ik heb de nadruk gelegd op het samen zijn en de groep. De sociale interactie was voornamelijk op de omgeving gericht. Waarbij de cliënt nauwelijks oog had voor zichzelf. De bewustwording van het 'zelf' is later ontstaan.

Fase 2. Doorwerkfase:

Fase beschrijving: Wanneer er sprake is van veiligheid, vertrouwen en de cliënt kennis heeft gemaakt met het medium, kan er dieper ingegaan worden op de problematiek. Deze fase zal uit vier sessies bestaan en wordt er dichterbij de kern van de problematiek gekomen. De problematiek wordt belicht en zal er gezocht worden naar de mogelijkheden van de cliënt. Je zou dit kunnen omschrijven als het opmaken van de balans: Wat is het probleem en wat zijn mijn mogelijkheden? Het is het bewust worden van processen die op de voor- of achtergrond spelen en die zich kunnen manifesteren in het gevoel, de emotie, de cognitie en het lichaam.

Beschrijving van het aspect: In de doorwerkfase wordt de nadruk gelegd op het lichaam en het leren kennen van de mogelijkheden, de beperkingen, de signalen en het bewegingsrepertoire van het lichaam en manier van bewegen van de cliënt.

Ieder mens heeft zijn eigen manier van bewegen en heeft een unieke lichaamshouding. Maar wat als deze niet meer van zelfsprekend is en het lichaam en de manier van bewegen veranderd? Belangrijk voor het fysieke aspect is het (opnieuw) leren kennen en herkennen van lichaamshouding en bewegen en dan voornamelijk het signaleren wanneer de complicaties zich voordoen. Het eigen lichaam en bewegen wordt het uitgangspunt van de behandeling. Vanaf dit punt kunnen de cliënten eigen bewegingspatronen en lichaamshouding exploreren. Belangrijk voor de mensen die deel hebben genomen aan het onderzoek, was om op zoek te gaan naar een nieuwe manier van vertrouwen in het lichaam. Het speerpunt in deze fase was het zoeken naar de eigen identiteit die soms schuil kan gaan achter de ziekte. In de fase hiervoor legde ik de nadruk op het samenzijn. De ervaring van jouw als individu in de groep. Vanaf dit punt kan de therapie zich meer richten op de individu. Het draait in deze fase om de bewustwording van wat er zich in het lichaam afspeelt.

Fase 3. Afrondende fase:

De afrondende fase is de laatste fase in de behandeling en zal uit 3 sessies bestaan en het afrondende gesprek. In deze fase komt de nadruk te liggen op het reflecteren op de ervaringen uit de voorafgaande therapieën. Belangrijk aan deze fase is het vorm geven aan deze ervaringen zodat zij toegepast kunnen worden in het dagelijks handelen en leven. Hier wordt gezocht naar handvatten voor buiten de therapie door middel van het maken van keuzes. De cliënt maakt zelf keuzes wat voor zijn leven toepasbaar en bruikbaar is en zal dit voor zichzelf vorm kunnen geven. Op deze wijze wordt er toegewerkt naar de afsluiting van de therapieën en dus de behandeling.

Voor alle sessies geldt:

Analoge procesmodel: Dat wat ervaren wordt in de therapie wordt analoog gemaakt aan het dagelijks handelen. Henk smeijsters haalt in het handboek voor Vaktherapie Daniel Stern aan, een ontwikkelingspsycholoog waarvan zijn theorieën vaak in danstherapie worden toegepast. Smeijsters (2003. P. 237.) beschrijft zijn therapie als volgt voor het analoge proces model: *'Stern definieert vitality affect als de algemene kinetische (bewegings) kwaliteiten van het gevoel zoals: '(aan)zwellend', 'uitdovend', '(voorbij)snellend', 'explosief', 'crescendo'(in kracht toenemend), 'decrecendo'(in kracht afnemend), 'barstend', 'aanhoudend'. Ze vallen niet samen met de z.g.n. categorale emoties zoals gelukkig, bedroefd, of boos zijn, maar maken hier wel deel vanuit. Vitality affects zijn processen en kunnen optreden bij een categorale emotie, maar ook daarbuiten. (Een vlaag van woede of vreugde; een aanzwellend licht, een versnelde gedachtestroom.) De vlaag, het aanzwellen, de stroom bezitten soortgelijke kenmerken. Ze zijn plotseling optredend, in intensiteit toenemend en kortdurend. Voor creatieve therapie betekent dat de cliënt in handeling, beeld of beweging een plotselinge, in intensiteit toenemende, kortdurende activiteit ontplooit. Er ontstaat aldus een analogie tussen het innerlijke gevoel en de uiterlijke waarneming, een gevoelskwaliteit komt tot uitdrukking in een waarnemingskwaliteit, aldus Stern.*

De Vitality affects van Daniel Stern in Vaktherapie: In vaktherapie wordt de expressie in het medium ervaren als expressie van de psyche. In het medium laat de cliënt zien hoe hij zich gedraagt, voelt en/of handelt en hoe hij een (intern) conflict uitdrukt'.

Klinisch redeneerproces: Smeijsters (2003. P. 39.) beschrijft het klinisch redeneerproces als volgt: *'Het proces dat therapeuten doorlopen van verwijzing, observatie / classificatie, diagnose, indicatiestelling, het bepalen van doelstellingen en methoden tot de evaluatie, noem ik het klinisch redeneerproces'.*

Het werkmodel vanuit het klinisch redeneerproces. Het klinisch redeneerproces heeft betrekking op alle fases van de behandeling. Het gaat om een kader waar binnen je als therapeut werkt en waar je de manier van behandelen op afstemt. Ik heb het klinisch redeneerproces ten aanzien van de ontwikkelingsfase hieronder uitgewerkt in de vorm van een werkmodel: De indicatiestelling, cliëntobservaties en de randvoorwaarden zijn in het hoofdstuk hiervoor beschreven maar maken ook deel uit van dit werkmodel.

Het werkmodel vanuit danstherapie. Ina van Keulen (2007) heeft een model ontworpen specifiek gericht op dans- bewegingstherapie. Dit model heb ik als uitgangspunt gebruikt voor het beschrijven van het werkmodel. Ina van Keulen geeft de volgende definitie: *'Dans- bewegingstherapie wordt zo gedefinieerd omdat beweging wordt opgevat als uitdrukkingbeweging. Dans kan opgevat worden als vormgegeven uitdrukking. De therapeut zet hierbij danstherapeutische technieken en werkvormen in als middel om tot een psychische verandering te komen. Het proces dat de cliënt doorloopt wordt geobserveerd en benoemd als bewegingsproces. Het analyseren en beschrijven van het bewegingsproces gebeurt met behulp van het bewegingsanalyse systeem van Laban. Dit systeem richt zich op de uitdrukkingbeweging en sluit aan bij de actuele opvatting van de neurobiologie dat emoties tot expressie komen in het lichaam en de beweging'.*

Hoofddoel: Op een nieuwe manier vertrouwen krijgen in het lichaam zodat de cliënt weer zelf de controle krijgt over zijn leven in plaats van de ziekte van Parkinson. Belangrijk voor deze doelstelling is dat eigen identiteit van de cliënt weer de ruimte krijgt om zich te manifesteren.

Algemene doelstellingen van de behandeling :

- § Helpen bij het acceptatie proces van de ziekte van Parkinson
- § Het leren omgaan met de ziekte
- § Richten op het vitaliseren van het lichaam.
- § Uit het sociale isolement komen.
- § Ervaringen kunnen delen en kunnen verwoorden.
- § Het verbeteren van de kwaliteit van leven.
- § De zelfredzaamheid vergroten of in stand houden.
- § Plezier beleven is een zeer belangrijk onderdeel van de therapie. De verandering van het lichaam kan nare situaties en heftige gevoelens en emoties met zich meebrengen die voor iedereen verschillend zijn. In dans- en bewegingstherapie wordt de ruimte geboden hier

expressie aan te geven. Plezier is een belangrijke factor om even te kunnen ontladen of om op een andere, plezierige manier met het lichaam bezig te zijn. In plaats van de nadruk te leggen op de beperking komt deze te liggen op de mogelijkheden van het lichaam.

Algemene werkwijze:

Een werkwijze is een richtlijn voor het therapeutisch handelen waarin doelstellingen en therapeutische relatie beschreven zijn. De volgorde waarop ik de twee werkwijze hier beschreven heb is de volgorde zoals ik ze heb toegepast voor de eerste vier sessies (de kennismakingsfase van de therapie). Tevens is dit de volgorde zoals deze, op basis van de doelstellingen, toegepast zou kunnen worden voor de hele behandeling. Dit kan er als volgt uit zien:

Fase 1: veiligheidsfase en kennismakingsfase: voert de orthopedagogische werkwijze de boventoon

Fase 2: De doorwerkfase en afsluitende fase: een combinatie van de orthopedagogische en de supportievewerkwijze.

Fase 3: De afrondingsfase; De supportieve werkwijze is meer op de voorgrond.

Orthopedagogische werkwijze:

De Vaktherapeut is bij deze werkwijze directief en de actieve werkvormen zijn in meer of mindere mate gestructureerd. De vaktherapeut bepaalt wat er gebeurt. Gestructureerd wil zeggen dat sprake is van een werkvorm in het medium waarvan het verloop vast ligt. Smeijster (2003. P. 55).

De Orthopedagogische werkwijze was in de eerste fase mijn uitgangspunt om veiligheid en duidelijkheid te creëren voor de cliënten. Door deze werkwijze kon ik instappen op de behoefte van de cliënt. Deze werkwijze had één valkuil en dat was dat de cliënten zich konden verschuilen achter mijn therapeutische houding omdat zij in gedrag en beweging zeer volgzzaam waren. Om deze reden wilde ik toewerken naar eigenheid door de cliënten te stimuleren tot het nemen van eigen initiatief om zo weer meer controle te krijgen over hun eigen handelen. Wanneer deze verandering ontstond maakte ik gebruik van de Supportieve werkwijze:

Supportieve werkwijze:

'De supportieve werkwijze biedt ondersteuning in het leren omgaan met problemen, volgens Smeijsters. (2003. P. 55 en 56). 'Men probeert de (dieperliggende) problemen niet weg te nemen, maar de omgang met de problemen te verbeteren. De doelstellingen hebben een ondersteunend, stabiliserend of ontwikkelend karakter. Het accent ligt op zelfactualisatie en is gericht op identiteitsproblematiek'.

Voor deze werkwijze heb ik gekozen omdat het probleem, de ziekte van Parkinson, niet weg te nemen valt. Het is belangrijk dat de cliënten op een nieuwe of andere manier (ik zal ik in het volgende hoofdstuk dieper op in gaan) vertrouwen in hun lichaam krijgen. Omdat het lichaam zo nauw in verbinding staat met onze identiteit, heeft dit tot gevolg dat het vertrouwen ook in hen zelf terug kan komen. De mens achter de ziekte moet weer zichtbaar worden en dat was in deze fase mogelijk wanneer ik op een ondersteunende manier de nadruk leg op de ontwikkeling van de zelf actualisatie van de cliënt.

Danstherapeutische doelstellingen:

- § Een bijdrage leveren aan de behandeling van lichamelijke klachten (ontspannen van het lichaam bij verkramping en stijfheid e.d.).
- § Opnieuw vertrouwen krijgen in het lichaam. Eén van cliënten gaf aan zijn lichaam als onbetrouwbaar te ervaren. "het ene moment is alles prima en kan ik gewoon wandelen, het andere moment lig ik languit op de straat". Andere cliënten die ik hierover gesproken heb geven ook aan dat zij per dag en soms per moment moeten aanvoelen wat hun lichaam doet. Dit geeft hun een gevoel van afhankelijkheid.
- § Het leren omgaan met plotselinge veranderingen in het lichaam.
- § Doorbewegen op de muziek en ritme als steun gebruiken.
- § Bewustwording van het huidige bewegingspatroon en de consequenties van dit nieuwe bewegingspatroon
- § Uitbreiden van de bewegingsvocabulaire of het opnieuw ontdekken van de eigen zoals deze was voor de diagnose.
- § De therapie kan helpen bij het zoeken naar balans, evenwicht en coördinatie in de ruimte. Hoe blijf ik stevig op de grond staan of de grond onder mijn voeten voelen?
- § Acceptatie van het veranderende lichaam, welke emoties komen daarbij en hoe ga ik hiermee om

§ Vorm kunnen geven aan deze gevoelens en emoties.

Danstherapeutische werkwijze:

Ik beschrijf hier drie werkwijzen zoals deze zijn toegepast in de eerste behandel fase (de eerste vier sessies).

Orthopedagogische werkwijze: In dans paste ik deze werkwijze toe doe de opdrachten van te voren te structureren. In de begin fase was er weinig ruimte voor improvisatie. Ten minste die ruimte was er wel maar de cliënten namen deze ruimte niet. Dit was dan ook een doelstelling waar ik in de fases die daarop volgde wilde toepassen. Ik heb door middel van deze werkwijze gehoor gegeven aan de behoefte die er op dat moment bij de cliënten was.

In beweging kwam dit onder andere tot uiting in het kopiëren / spiegelen van mijn bewegingen. Ik deed een beweging voor en de cliënten deden het na of zij spiegelde direct mijn bewegingen. Dit kopiëren en spiegel kost veel energie wanneer de cliënten over de opdracht na gingen denken. Wanneer zij het denken los lieten en meer in de ervaring zaten, werden eigen initiaties in de beweging zichtbaar. Op dat moment paste ik meer de supportieve werkwijze door steeds het eigen initiatief en eigen inbreng van de cliënten te stimuleren.

Supportieve werkwijze: Het stimuleren van de eigen beweging en het nemen van initiatief deed op verbaal op bijvoorbeeld deze manier.

- het verbaal bevestigen: Ik zie dat je.....
- het in beweging bevestigen. Ik spiegel de beweging, ik neem hem mee in de Chase circle (zie uitleg werkvormen), ik vergroot of versterk de beweging.

Mijn ervaring is dat de overgang van de orthopedagogische werkwijze naar het supportieve werkwijze pas mogelijk is wanneer je met de cliënt mee bewogen hebt. In de fase van de orthopedagogische werkwijze was ik als therapeut de persoon die op directieve wijze de passen voordeed. Wanneer de cliënten direct met je meebewegen kun je de overgang van denken naar voelen signaleren door de verandering in het lichaam zoals deze zijn beschreven in hoofdstuk 4. De diagnostische fase. Wanneer deze verandering ontstaat, kon ik het verschil in beweging observeren van mij en de cliënt. Dit verschil kon ontzettend klein zijn. Bijvoorbeeld in kracht of ruimte gebruik. Wanneer dit verschil voor mij merkbaar was nam ik hem mee in mijn beweging. Doordat de groep de bewegingen precies na denken werd ook deze verandering opgenomen en vergroot. Na een paar sessies werden de cliënten bewust van hun beweging doordat zij hun eigen initiatie herkende in de groep. De reactie was dan meestal dat zij er om moesten lachen en de beweging nog grote gingen maken. Nog een paar sessies later gingen zij er mee experimenteren, bijvoorbeeld door de beweging groter, kleiner, hard of zacht te maken en namen zij het initiatief door zelf een beweging in te brengen en te veranderen van uit de initiatie die zij zijn gaan herkennen. Vanaf dit moment bestond de betekenisverlening van de beweging. Het was niet meer mijn beweging maar de beweging van de cliënt zelf. Mijn rol was veranderd van directief naar steunend.

Danstherapeutische technieken:

Voor het opbouwen van een danstherapeutische relatie met de cliënt zijn de basis voorwaarden veiligheid en vertrouwen van groot belang. Belangrijk hierbij is dat je afstemt op de cliënt en daarbij met je aanbieding van activiteiten je houding en interventies aansluit op de behoefte en de hulpvraag van de cliënt. Een manier die ik in beweging hiervoor heb gebruikt is Mirroring. Een belangrijke ontdekking ten aanzien van mijn houding was dat de cliënten mij zelf in een rol zette die zij voor de beginfase nodig hadden voor het vertrouwen en de veiligheid. Om die reden heb ik deze houding bewust vast gehouden voor deze fase met als extra informatie, die deze rol mij gaf, dat juist dit veel vertelde over de problematiek en hoe deze zich voordoet bij de cliënten. Mijn houding was in de beginfase directief en steunend. Enerzijds stuurde in de opdrachten en oefeningen aan en volgde de cliënten hierin. Anderzijds was ik zeer steunend wanneer er iets van eigenheid van de cliënt te herkennen was in de beweging. Op die momenten liet ik de directieve houding voor wat hij was en kwam de supportieve houding. Een houding die motiveert en steunend is.

Spiegelen: spiegelen is een techniek waarbij je de beweging van de ander spiegelt. Door te spiegelen kan de danstherapeut informatie krijgen over de houding of de beweging van de cliënt. Daarentegen kan de cliënt bewust worden van zijn eigen situatie door dat hij of zij zichzelf herkent in dat wat gespiegeld wordt. De Mirroring heb ik vooral in de begin fase ingezet voor opbouwen van vertrouwen

en veiligheid in de therapie. Spiegelen was vanaf het begin de houvast van de cliënten. Op deze wijze gaf ik duidelijkheid en structuur. Ik heb dit, wanneer dit paseend was bij het behandelproces van de cliënt, als doelstelling gebruikt om tot meer initiatief en eigenheid in de beweging waardoor mirroring later in de sessie niet meer of minder nodig is.

Werkvormen vanuit de waarneming en overwegingen.

Warming- up: de warming up is altijd het begin van de therapie geweest. In de warming- up heb ik er voor gekozen om in eerste instantie te beginnen met het opwarmen van het lichaam. De volgorde die ik hierin hanteerde was de volgende:

1. Bewustwording van de huidige houding: Hoe sta je? Voelt dit prettig of wil je iets veranderen?
2. Voeten en benen: Sta je stevig?
3. Het hele lichaam activeren en 'losmaken' in beweging. Van voeten, benen, heupen, romp. Schouders, nek. Hoofd, en vanuit het hoofd, nek en schouders naar de armen en handen.

Deze oefening heeft als doel het lichaam om te warmen en connecties in het lichaam te maken. Meestal stel ik aan het eind van de warming- up de vraag of de cliënten nog zelf iets willen opwarmen en hoe het lichaam nu aanvoelt. Ik heb voor deze oefening gekozen om een start te kunnen maken met het in beweging komen. Daarnaast vond ik het belangrijk om het lichaam stap voor stap langs te gaan om zo bewust te worden van het lichaam en de connecties tussen de lichaamsdelen. Dit heeft vooral als doel om bewust te worden van het lichaam op dit moment. Vanuit deze oefening wordt de overgang gemaakt naar (een vorm van) de Chase Circle.

Chase circle: de Chase Circle is bedacht door Marian Chase. Zij ontwierp een manier van danstherapie geven die zich richtte op zelfexpressie, communicatie en groepsinteractie. Hiervoor gebruikte zij het dansen in een cirkel waarbij ieders bewegingen opgenomen wordt in de groepsbeweging. Om tot zelf expressie te komen met de cliënten ben ik in de eerste fase van de therapie gestart met voorbereidende oefeningen die al wat kenmerken van de Chase circle bevatte. Dit ging als volgt: Samen met de cliënten wordt er een kring gevormd. Ik begin een beweging. Deze beweging is vanuit een ritme. (dit is een oefening waarin kenmerken van de Chase Circle gebruikt worden maar is niet de volledige methodiek.). De cliënten doen de beweging na waardoor de bewegingen synchroon lopen. Het ritme en het na doen van mijn beweging geeft hen steun om door te kunnen bewegen. (een van de doelstellingen). Dit heb ik een aantal sessies herhaald en vervolgens een echt Chase circle van gemaakt door, wanneer de eigen bewegingen zichtbaar werden van de client, deze mee te nemen in de beweging voor de groep. Na een paar sessies werden de cliënten bewust van hun beweging doordat zij hun eigen initiatie herkende in de groep. De reactie was dan meestal dat zij er om moesten lachen en de beweging nog grote gingen maken. Nog een paar sessies later gingen zij er mee experimenteren, bijvoorbeeld door de beweging groter, kleiner, hard of zacht te maken en namen zij het initiatief door zelf een beweging in te brengen en te veranderen van uit de initiatie die zij zijn gaan herkennen. Vanaf dit moment bestond de betekenisverlening van de beweging. (dit proces is wel de volledige methodiek van de Chase Circle)

De Chase Circle is een ontzettend belangrijk onderdeel van de therapie geweest. Deze werkvorm gaf hen steun o.a. door het ritme en het herhalen van de beweging, om uiteindelijk tot een eigen beweging te komen. Het geeft het hele proces weer van hoe je door middel van dans tot je eigen betekenis verlening kan komen en hoe de eigenheid van de cliënt zichtbaar wordt in plaats van de ziekte. Tijdens de Chase zag je het lichaam dan ook veranderen en verdwenen de symptomen als stijfheid, verkramping, freezing en de tremor.

Oefeningen rond ritme: De cliënten zitten in een cirkel en leggen de handen rechts en links van het lichaam op elkaar. (zie figuur 4. kring). Links ligt de hand boven en rechts onder die van de buurman/buurvrouw. Eén iemand start met het geven van een klap van de linkerhand naar de rechterkant waardoor de buurman deze op zijn linkerhand ontvangt. Wanneer deze buurman de klap ontvangt geeft hij of zij hem door naar de ander en zo gaat hij rond. De opdracht is dat de cliënten gezamenlijk tot één ritme komen. Ik merkte dat cliënten in eerste instantie erg na moesten denken over hoe de opdracht in zijn werk gaat. Wanneer, na herhaling, de oefening door hebben maakt het

denken plaats voor voelen en ontstaat er een ritme. Wanneer het denken meer op de voorgrond blijft ontstaat er geen ritme omdat iedereen voor zich zelf denkt. Iets wat aan het begin opviel was dat de cliënten naar hun handen keken om te zien wat de actie was. Ik heb hier een interventie op gedaan door het kijken naar het centrum van de kring te verplaatsen zodat andere zintuigen aangesproken werden. Vooral horen en het voelen van de klap.



Figuur 4. Kring

Oefeningen rond het gebruik van gewicht. Omdat de cliënten in de eerste fase weinig ruimte inname was hun balans niet zo goed. Zij namen letterlijk weinig ruimte in, bijvoorbeeld door kleine pasjes, maar ook hun persoonlijke ruimte was zeer klein. Om meer ruimte in te kunnen nemen en meer balans te krijgen heb ik het accent gelegd op het verplaatsen van je gewicht. Wanneer de cliënten bijvoorbeeld een stap zijwaarts maakte liet ik hen hun gewicht voelen door bijvoorbeeld iets langer op het linkerbeen te staan dan het rechter been. Op deze wijze ervaarde zij de overgang van het ene been naar het andere in slowmotion en leerde zij hoe ze het gewicht in konden zetten. Door de bewustwording van het gewicht kregen zij meer contact met de vloer en gingen zij recht op staan. Ook voor het aanzetten van het maken van een draai beweging is het belangrijk je gewicht goed te gebruiken.

Het aanleren van dansfrases: Het aanleren van een dansfrase heb ik ingezet met als doel om de cliënten de mogelijkheid krijgen om door te bewegen. Een oefening is vaak gericht op één specifiek onderdeel van een beweging of het lichaam. Wanneer de cliënten een frase aanleren en deze kunnen herhalen wordt er een appel gedaan op verschillende dans kwaliteiten. Het door bewegen op de muziek heeft ook een andere functie namelijk het niet hoeven stoppen. De cliënten bewegen van zich zelf gefragmenteerd (in stukjes). De bewegingen zijn niet aan elkaar gesloten maar stoppen vrij plotseling. Door het synchroon laten lopen van de beweging op het ritme van de muziek is het mogelijk het beven eventjes uit te stellen en kan er rust ontstaan in het lichaam en kunnen de spieren ontspannen en stijfheid verminderen. Alledaagse bewegingen als lopen, zitten, opstaan, iets oppakken kunnen verbeteren.

Leiden en volgen: Leiden en volgen is een oefening in tweetallen. De tweetallen spreken met elkaar af wie leidt en wie volgt. De leider neemt het initiatief en beweegt op de muziek. De andere persoon spiegelt zijn of haar bewegingen. De rollen worden ook omgedraaid. Een variatie hierop kan zijn dat er bij voorbaat niet wordt afgesproken wie volgt of leidt maar dat dit in de interactie ontstaat. Ik heb voor deze oefening gekozen op basis van de observatie dat de cliënten mij precies nadeden in de beweging. Ik wilde hen laten ervaren hoe het voelt om zelf het initiatief te nemen en hoe het is als je daarin gevolgd wordt. Het gaat hier om de wisselwerking tussen leiden en volgen. Daarnaast had deze oefening als doel de bewegingsvocabulaire uit te breiden. Door een ander te spiegelen in de beweging doen zij eventueel nieuwe bewegingen op.

Muziek: *De oorsprong van de door muziek opgewekte werking ligt in de bepaalde hersendelen die door het horen van muziek beter doorbloedt raken. Er is een vermoeden dat muziek een stimulans is die leidt tot een verhoogde aanmaak van dopamine (Bernatzky, G., Bernatzky, P(2009). Papaver, 32, 8 – 9).*

Prof. Dr. Gunther Bernatzky en Dr. Patrick Bernatzky hebben onderzoek gedaan naar de resultaten van het luisteren van muziek bij Parkinsonpatiënten. Het resultaat van het onderzoek was dat de Parkinsonpatiënten zich onmiddellijk na het luisteren van muziek soepeler en doeltreffender kunnen bewegen. Zij geven in hun onderzoek een aantal voorbeelden van muziekstijlen die daaraan een belangrijke bijdrage kunnen leveren. De muziekstijlen die ik gebruikt heb en het effect daarvan beschrijf ik per stijl.

Salsamuziek: Salsamuziek heb ik grotendeels gebruikt voor het duidelijke ritme wat voor veel cliënten goed te herkennen was. Salsa muziek is enerzijds ritmisch en anderzijds melodisch. Wanneer het ritme gevoeld wordt, helpt het melodische aspect de cliënten om te bewegen zonder tussentijds te stoppen. Een belangrijke eigenschap van salsadans is het gebruik van de heupen. Bij meneer C. en mevrouw K. was dit van groot belang om de connectie tussen het boven en onderlichaam te kunnen maken waardoor het hele lichaam weer als één geheel kon bewegen. Voor mevrouw K. was het een handig hulpmiddel om vanuit de heupen een halve draai te kunnen maken zonder dat er een 'freeze' ontstond.

Soulmuziek: Ik heb voornamelijk Nina Simone gebruikt voor de therapieën. Kenmerkend voor haar muziek is het duidelijke ritme en lage tonen. De lage tonen zorgen ervoor dat de cliënten meer hun gewicht gaan inzetten en zo steviger op de grond konden staan. Een kenmerk voor soulmuziek is dat het lage muziek is. Bij Nina Simone hoor je bijvoorbeeld in het nummer, My man cares voor me, dat de muziek van hoog naar laag gaat. De cliënten zitten vaak hoog in hun lichaam en moeten naar beneden voor een beter contact met de vloer en meer stabiliteit. Vanuit het stevig staan ging de overgang makkelijker van de ene pas naar de andere.

Klassieke muziek: *Ritmische muziek laat zich goed combineren met daarop aansluitende ontspanningsmuziek.* Bernatzky (2009). Rustgevende klassieke muziek gebruikte ik meestal voor de laatste oefening van de therapie, de cooling down. Deze cooling down had als doel het lichaam te ontspannen en bewust te worden van hoe het lichaam na de inspanning aanvoelt en het belangrijkste punt is dat het een moment van rust is waarin alle ervaringen even kunnen bezinken. Vooral het reguleren van de ademhaling was hierin een belangrijk aspect. De ademhaling gebruikte ik als initiatie voor de beweging. De bewegingen waren met de armen die gebaseerd zijn op de bewegingen van klassiekballet. Het aspect dat ik van klassiek hierin heb gebruikt is het dragen van je armen en het openen van je lichaam. Met openen bedoel ik het ruimte maken en ruimte geven aan je ademhaling.

Geen muziek: wanneer ik geen muziek gebruikte werd het lichaam als instrument gebruikt. Bijvoorbeeld het oppakken van ritme van de hartslag of de ademhaling. Bij de oefening van 'de klap doorgeven in de kring' die hierboven beschreven is, gebruikte ik ook geen muziek. Alle zintuigen worden zo gestimuleerd om het ritme te voelen. Bij het gebruik van muziek wordt op één zintuig in het bijzonder een appel gedaan. Wanneer de muziek weggelaten wordt komt dit appel op alle zintuigen te liggen. In de setting waarin deze oefening gegeven werd was opvallend dat de cliënten naar hun handen gingen kijken. Het 'zien' kreeg de prioriteit. Ik heb hier een interventie op gedaan door de ogen dicht te doen of naar het midden van de cirkel te kijken. Nu kwam de prioriteit op het voelen van de klap te liggen. De cliënten kwamen vanaf dat moment sneller tot een gezamenlijk ritme.

Oefeningen om de persoonlijke ruimte te vergroten: De persoonlijke ruimte is een ruimte die zeer eigen is aan de persoon. Deze kan klein of groot zijn. Bij de cliënten was deze zichtbaar klein. Ze namen letterlijk weinig ruimte en in hun lichaam was ook weinig ruimte te signaleren. Om deze te laten groeien heb, zoals hierboven omschreven, technieken uit klassiek ballet toegepast. In klassiek ballet wordt de nadruk gelegd op het opmaken maken van je bovenlichaam en het dragen je armen. Op deze wijze kreeg de ademhaling meer ruimte en werd de persoonlijke ruimte groter.

Meekums (2005, p 69). schrijft in haar boek het volgende over kinesfeer: *'In dans- bewegingstherapie refereert de ruimte meestal aan de kinesfeer, hoe je beweegt en in beweging blijft. Dat is belangrijk in hetgeen gevoeld en gecommuniceerd wordt. De kinesfeer is ruwweg gelijk aan de reikwijdte van het individu'.*

Hoofdstuk 6. Evaluatie

In dit hoofdstuk evalueer ik het onderzoek. Ik beschrijf wat de veranderingen en nieuwe bevindingen zijn ten aanzien van het conceptueel behandelplan tot aan het definitieve werkmodel en hoe deze in de therapie zijn geïmplementeerd. Daarnaast beschrijf ik ook de betekenis van de meest belangrijke bevindingen van het onderzoek door middel van het dansanaloge proces. De evaluatie heeft plaats gevonden in samenwerking met de cliënten en mijn supervisor Monique van der Horst. Aan het eind van de evaluatie beschrijf ik hoe aan de kwaliteitscriteria van dit onderzoek is voldaan.

Proces evaluatie en dan vooral gericht op verbeterevaluatie:

'verbeter evaluatie is gericht op het opsporen van sterke en zwakke elementen in de uitvoering met als doel het verbeteren van het geëvalueerde handelen' (Migchelbrink, 2006, p. 250 en 251).

Hierbij waren de cliënten en mijn supervisor de belangrijkste bronnen. Ik heb hen gevraagd wat er verbeterd zou kunnen worden. Daarnaast heb ik vanuit mijn observaties veranderingen aangebracht ten aanzien van het uitgangspunt, het conceptueel behandelplan. Dit is tot stand gekomen middels gesprekken, een vragen formulier en eigen toetsing. Er is gekeken naar wat er bereikt is in de eerste vier sessies van de therapie.

6.1 Veranderingen ten aanzien van het conceptueel behandelplan.

Wanneer ik terug kijk op het conceptueel behandelplan en de manier waarop ik het plan heb toegepast, is de grootste verandering de fasering geweest. Ik ben gestart met de veronderstelling dat je in de therapie eerst moet handelen vanuit het fysieke aspect. Deze veronderstelling was op basis van het vooronderzoek. In dit vooronderzoek kwam naar boven dat Parkinsonpatiënten veel moeite hebben met het accepteren van hun lichaam. Ik ging er vanuit dat je daar direct op aan moest sluiten. Maar dit bleek vanaf sessie één niet het geval te zijn. Juist omdat het lichaam een zodanig belangrijk punt is bij de ziekte van Parkinson is het ook een kwetsbaar punt. De cliënten hebben al manieren gevonden om er voor hen zo dragelijk en effectief mogelijk mee om te gaan. Zij worden gecontroleerd door hun lichaam in plaats van anders om en deze ik ook nog eens onvoorspelbaar en om die reden voor hen onbetrouwbaar. Eén van de cliënten gaf aan per dag, en soms per moment, te moeten dealen met wat het lichaam doet. Hij ziet wel wat het leven brengt en wordt daarin steeds afhankelijker van zijn lichaam en zijn omgeving. In de therapie was dit zichtbaar door het zo precies mogelijk volgen van mijn bewegingen. Er was nauwelijks iets eigens aan de bewegingen. De cliënten waren compleet afhankelijk van wat ik deed in de therapie en dit was voor hen bekend en veilig. Vanuit dit uitgangspunt kon ik binnen de therapeutische relatie een vertrouwensband opbouwen. Hierdoor moest ik eerst het sociale aspect waarin de afhankelijkheid naar boven kwam, inzetten om pas later de stap naar het lichaam te kunnen maken.

Omdat de fasering veranderde, veranderende ook mijn rol als therapeut en de danstherapeutische werkwijze. Ik had mij voorgenomen om binnen het fysieke aspect met lichaamskaarten te werken. Hier in konden de cliënten na afloop van de therapie in een getekende omtrek van een figuurtje invullen wat zij waar gesignaleerd hadden in het lichaam met als doel bewust te worden van de lichamelijke reacties en mogelijkheden. Dit heb ik de eerste drie sessies toegepast maar de cliënten vonden het erg lastig en kwamen zonder hulp van mij of Monique tot niets. Dit gaf aan dat deze bewustwording nog niet plaats kon vinden zonder de hulp van een ander. Ook hierin werd de afhankelijkheid duidelijk. Ik heb er voor gekozen om, om die reden de lichaamskaarten niet in de eerste fase toe te passen.

Mijn therapeutische rol veranderde van supportief naar directief. Als ik dit ongewijzigd was gebleven, was de kans groot dat de therapie stil was komen te staan. Zij kopieerde mij zo letterlijk in beweging dat het voor mij aanvoelde als een schaduw. Dit kopiëren van de beweging ging ook buiten de oefeningen door. In de eerste sessies heb ik dit laten gebeuren door een directieve houding aan te nemen om zo middels deze houding een vertrouwensband op te bouwen. Naar mate deze band sterker werd durfde de cliënten meer eigen initiatief te tonen en werd het kopiëren minder. Vanaf dat moment kon mijn houding wel supportief worden.

Bij de evaluatie met de cliënten kwam er naar boven dat er, ten aanzien van de gegeven werkvormen niets hoefde te veranderen. Deze vraag heb ik gesteld na de 4^e sessie dus na de veiligheidsfase. Het is dus lastig in te schatten of het antwoord op dat moment bij de problematiek hoort of dat er echt niets verbeterd hoeft te worden. In latere sessies, met name in de doorwerkfase, van de therapie gaf één van de cliënten aan meer duidelijkheid te willen rond om het uitvoeren van de oefening. Dit was in de fase waarin ik meer afstand begon te nemen en mijn houding veranderde naar een combinatie tussen directief en supportief. Hij bemerkte hier dat een appel deed op zijn eigen inbreng. Iets wat ik als interventie heb gebruikt voor zijn behandelproces. Maar zijn behoefte naar duidelijkheid was er wel. Op deze vraag ben ik toen kort ingegaan door de opdrachten weer even te structureren en iets directiever te zijn om een steuntje in de rug te geven. (wat op zichzelf weer past bij de supportieve werkwijze). Om die rede heb ik er voor gekozen om in de overgang van de veiligheidsfase naar de doorwerkfase een combinatie van de twee werkwijze te maken.

6.2 Analogie van de therapie.

Ina van keulen beschrijft dit als volgt in haar model: *'Bij dans en beweging bestaat er een onlosmakelijke eenheid tussen innerlijke en uiterlijke beweging. Smeijsters refereert hierbij ook aan het beroepsprofiel van de Vaktherapeut dans (1990) waarin de dans een medium wordt genoemd wat zeer dicht bij de mens staat, waarbij geen distantie bestaat tussen de danser en de dans'.*

Ik heb de toepasbaarheid en de bruikbaarheid van de therapie onder andere gemeten door te inventariseren wat de cliënten meenemen buiten de therapie (het dagelijks handelen en ten aanzien van hun leefstijl). Een voorbeeld hiervan was de volgende:

Mevrouw K. past bepaalde oefeningen uit de therapie toe in haar dagelijksleven. Zo gebruikt zij het tellen van haar voetstappen als ritme waardoor zij tijdens het wandelen door kan lopen zonder dat er een 'freeze' ontstaat wanneer zij plotseling om moet draaien. Ook verplaatst zij meer haar gewicht naar haar centrum waardoor haar balans en coördinatie verbeteren. In het tijdschrift van de Parkinson Vereniging, papaver, staat het volgende geschreven over het gebruik van ritme en muziek bij praktische handelingen.

'Niet alleen is uit onderzoek gebleken dat door sterk stimulerende muziek de startproblemen bij het opstaan voor Parkinsonpatiënten duidelijk verbetert. Zij proberen met CD- Speler of MP3- speler hun problemen bij het lopen te beheersen. De vraag welke muziek daarbij gebruikt kan worden is een kwestie van smaak. Wel zal de keuze moeten vallen op sterk stimulerende ritmische muziek. Enerzijds is de herinneringswaarde van de gekozen muziek van veel belang, anderzijds draagt de muziek bij aan het verbeterde motorische bewegelijkheid van de patiënt' (Bernatzky, G., Bernatzky, 2009, p. 8 – 9). Dit heb ik in beweging toegepast bij K. Zij gebruikt de ervaring van het bewegen op ritme in de praktijk door bijvoorbeeld het ritme van lopen op te pakken waardoor zij, net als tijdens het bewegen in de therapie, door kan bewegen en haar 'freeze' minder snel ontstaat. Ritme geeft door herhaling een hogere herinneringswaarde. Niet alleen in de hersenen maar ook het lichaam slaat dit op. Iets anders dat ook opviel is dat K. na het bewegen in de sessie beter op kan staan en zitten. Zij neemt meer ruimte in en heeft een betere balans. Daarnaast zorgt het doorbewegen op de muziek er voor dat zij soepel wordt en daardoor ook wendbaarder.

De functie van het kopiëren van de therapeut: Het kopiëren bleek een belangrijke functie te hebben die tweedelig bleek te zijn. Aan de ene kant staat het voor de ziekte van Parkinson. Doordat het lichaam onbetrouwbaar voor hen is en zij hierdoor zich met moeite kunnen identificeren, ontstaat er een grote afhankelijkheid van het lichaam. Een andere kant hiervan is dat zij in die mate afhankelijk van het lichaam zijn geworden dat zij in de schaduw van hun ziekte komen te staan. De ziekte wordt hun veiligheid en de afhankelijkheid is de manier waarop zij wel vorm moeten geven aan deze veiligheid. Deze afhankelijkheid was dus ook zichtbaar in de therapie doormiddel van het kopiëren van mijn bewegingen. Zelfs tussen de oefeningen door bleven het kopiëren aanhouden. Zij zochten steun en die steun lag buiten hen zelf. Het was belangrijk dat zij die steun in hen zelf gingen ervaren. Maar hier zaten vele stappen tussen omdat je anders als therapeut hun veiligheid en steun weghaalt en als dit te plotseling gebeurd is er niets meer dat over blijft. De cliënten moesten weer stap voor stap naar zichzelf groeien. Eerst door steunpunten te vinden buiten mij als therapeut om die zij zelf konden ervaren zoals ritme, het eigen gewicht voelen, ruimte in nemen. Voelen dat je letterlijk en figuurlijk op eigen benen. Vanuit de ervaringen die daar gevoeld werden kwam er ruimte voor expressie. Deze expressie was dus op basis van de eigen gevoelens.

6.3 Betekenisverlening aan de therapie.

Ritme en muziek is een belangrijke steun in de therapie geweest, doordat er over ritme aan de ene kant gedacht kan worden en gevoeld kon worden was ritme de perfecte aansluit bij de hulpvraag van de cliënt. Ritme biedt steun. Plezier beleven had als betekenis het weer op een plezierige manier met het lichaam bezig zijn. Het bewegen en dansen op de muziek werd door alle cliënten als 'leuk' ervaren. Dit waren voor hen de momenten waarop zij minder of niet geconfronteerd werden met de symptomen van de ziekte van Parkinson maar met het lichaam dat zij als dat van hen zelf ervaren. Doorbewegen: het doorbewegen op de muziek zorgde ervoor dat de cliënten niet hoefde te stoppen met beweging. Door het herhalen van de beweging kwam er verandering in de houding tot stand en werden andere bewegingskwaliteiten zichtbaar die de identiteit versterkte in plaats van de ziekte. Bij het spiegelen. In het bijzonder in de Chase Circle, werd zichtbaar hoe belangrijk dit was. Een belangrijke verandering hierin was dat zij veranderde van schaduwen naar spiegelen. Het verschil tussen deze twee is dat een schaduw achter iets of iemand de beweging na doet. Bij spiegelen heb je contact en kun je steun ervaren. Vanuit deze steun werden de cliënten bewust van hun eigen bewegingen en waren zij instaat hiermee te experimenteren en vervolgens zelf betekenis aan te verlenen. Leiden en volgen: In de oefeningen rond leiden en volgen was vooral de ervaring van het leiden erg belangrijk. De cliënten waren aan het begin van de therapie zeer volgbaar en werden op deze manier uitgedaagd om eens in een rol die daar lijnrecht tegen over staat te stappen. Voor de meeste van de groep was dit een spannende oefening omdat zij in één keer zichtbaar werden en daarin initiatief moest nemen. Daarbij werden zij bewust gemaakt van de bewegingen die zij zelf maakte doordat één iemand of de groep je na deed in die beweging. Dit leidde tot bewustwording van de rol waarin zij zitten en de bewegingen die van hen zijn. Daarnaast gaf het hen de gelegenheid te voelen wat het is om een leidende rol aan te nemen.

Als dans- bewegingstherapeuten zijn wij vaak gericht op het signaleren en herkennen van wat er in je lichaam speelt. We zeggen vaak, luister naar je lichaam omdat ons lichaam vaak al aan geeft waar wij zelf nog niet van bewust zijn. Zo kun je pijn in je buik hebben voor een spannende gebeurtenis of het gevoel dat je keel wordt dicht geknepen wanneer je angst ervaart. Hoe dit zich manifesteert is uniek voor ieder persoon. Het lichaam is zo sterk verbonden met wie we zijn, het vormt samen met ons denken en voelen onze identiteit. Dus dat verklaart waarom danstherapeut vaak aangeven naar het lichaam te luisteren. Dit is er van uitgaande dat je lichaam redelijk constant is in functioneren. Wanneer er complicatie ontstaat, zoals bij de ziekte van Parkinson, komen zij voort uit de chronische neurologische aandoening. Het beven van een tremor geeft bijvoorbeeld niet aan de cliënt bang is. Het geeft dus niets weer van de gevoelens of denkwereld van de persoon. Bij Parkinsonpatiënten is dit ontzettend lastig omdat het lichaam per dag of soms per uur anders kan reageren.

Vertrouwen terug krijgen in het lichaam

Tijdens een sessie gaf ik één van de cliënten het advies naar zijn lichaam te luisteren. Hij stelde mij de vraag hoe hij dat moet doen als zijn lichaam ieder moment iets anders doet. "De ene dag zijn de symptomen sterker aanwezig dan de andere dag. Het ene moment kan ik hele stukken lopen het andere moment lig ik op de grond en kan ik niets meer. Ik vertrouw mijn lichaam niet!" Dit zette mij aan het denken. Want wat als je, je lichaam niet meer kunt vertrouwen, hoe staat dat dan ten aanzien van de identificatie met jou als persoon?

In de therapie heb ik ervaren dat zij opnieuw een relatie aangaan met hun lichaam waarbij hechting zeer lastig is omdat het lichaam wat betreft functioneren niet te vertrouwen is. Als danstherapeut was ik geneigd te zeggen; "Vind het vertrouwen in je lichaam", maar dat zal de rest van hun leven ontrouw blijven aangezien het een progressieve ziekte is. Het vertrouwen en de hechting moet dus op een ander vlak liggen en dat is de identiteit van de persoon, want ondanks de symptomen van de ziekte van Parkinson is het lichaam niet gestopt met voelen en ervaren en zijn de gedachten nog steeds actief en dit werd zichtbaar werd tijdens het dansen wanneer zij steunpunten gebruikte die gevoeld werden (zoals het gebruik van ritme). Momenten van hechting ontstonden tijdens het dansen omdat dan de identiteit meer zichtbaar werd dan de ziekte van Parkinson. Hierdoor groeit er op een nieuwe manier vertrouwen. Vanaf dat moment waren zij totaal niet meer afhankelijk van mijn bewegingen maar stonden zij letterlijk en figuurlijk op eigen benen. De gevoelens kregen betekenis vanuit de persoon zelf doordat het in beweging gezet werd. Anthonio Damasio maakt in zijn boek ik voel dus ik ben, (2006) onderscheidt tussen een gevoel hebben en een gevoel kennen. Zo gaat hij ervan uit dat je een gevoel past kent als je het gevoel hebt gehad. Het ervaren gaat vooraf aan het weten. Dit staat

eigenlijk in verbinding met wat de ziekte van Parkinson tot gevolg heeft voor de cliënten. Zij hebben Parkinson, kennen het gevoel van Parkinson maar zijn het niet. Het gevoel zegt iets anders en in beweging wordt dit gevoel zichtbaar en pas kenbaar wanneer het ervaren is. Op deze manier ontstaat er bewust zijn bij de cliënten van het geen zij zelf voelen, ervaren en denken.

6.4 Kwaliteitscriteria.

Credibility:

'Credibility refereert naar de validiteit van de gebruikte data en de interpretatie daarvan'. (Polit, D.F., Beck, C.T. 2007, p. 539). Ik heb verschillende soorten databronnen gebruikt, namelijk:

Interviews en gesprekken: Verschillende personen uit verschillende vakgebieden die met mensen met de ziekte van Parkinson werken.

Literatuur: Wetenschappelijke artikelen van verschillende universiteiten uit binnen en buitenland, vakbladen en boeken.

Beeldmateriaal: foto's uit vaktijdschriften, introductiefilm van danstherapie en salsalesen, Film van de Parkinson Vereniging.

Observaties uit de praktijk: Dit is gedaan doormiddel van Laban Movement Analyse en is bij iedere onderzochte sessie consequent toegepast.

De analyse is gebeurt middels, coderen of labelen en thematiseren van de verkregen resultaten. Op deze wijze werd duidelijk welke informatie relevant was en welke minder. De meest relevantie gegevens heb ik in via het werkmodel kunnen kaderen en in een danstherapeutisch kader geplaatst.

Transferability:

'In praktijkgericht onderzoek komt de overdraagbaarheid neer op bruikbaarheid of benuttingswaarden'. (Maso en Smaling, 1998, p. 78).

De scriptie is volledig praktijk gericht geschreven. Dit komt voort uit het gegeven dat het onderzoek in de praktijk uitgevoerd en getoetst is. Dit toetsen vond plaats door de cliënten als uitgangspunt te nemen. Ik heb kunnen aansluiten bij de leefwereld van de cliënt door hen zo veel mogelijk te laten participeren in het onderzoek. Door het doen van observaties, heb ik keuzes kunnen maken die voor de cliënten van dit onderzoek relevant waren. Enerzijds is het onderzoek vanuit de theorie te benaderen en anderzijds is deze, en nieuwe kennis (verkregen door observatie) direct toe te passen door het verkregen werkmodel. Het werkmodel is op een zodanige wijze beschreven dat een danstherapeut het eventueel kan gebruiken voor de praktijk. Voor andere professionals als, bijvoorbeeld fysiotherapeuten, zit er mogelijk bruikbare kennis ten aanzien van de doelgroep in verwerkt. Voorbeelden hiervan zijn het gebruik van ritme en muziek maar ook hoe de cliënten van dit onderzoek omgaan met de therapeutische relatie het verbeteren van de symptomen van Parkinson.

Dependability:

'Dependability refereert naar de stabiliteit van de data ten aanzien van tijd en condities'. (Polit, D.F., Beck, C.T. 2007, p. 539).

De betrouwbaarheid van dit onderzoek is geënt op de manier waarop het werkmodel tot stand is gekomen. Deze is, zoals ik hiervoor schreef, in de praktijk uitgevoerd. Ik heb alleen de begin fase kunnen gebruiken ter observatie van de Parkinsonpatiënten. Om geen ongegronde uitspraken en conclusies te trekken heb ik ervoor gekozen de andere fases niet te betrekken in de feitelijke bevindingen, als de cliëntobservaties. In de hoofdstukken waar meer ruimte was voor interpretatie, heb ik de andere fases soms meegenomen om een volledig beeld te kunnen scheppen. In de ontwikkelingsfase neem ik in het beschrijven van de fasering wel alle fases mee. Dit is om een beeld te geven van hoe deze veranderd zijn ten aanzien van het conceptueel behandelplan en om de plaats van de eerste fase duidelijk te maken ten aanzien van de andere fases.

Confirmability:

Volgens Polit, D.F., Beck, C.T. (2007) verwijst 'Confirmability' bewijs consistent en stabiel is. Een belangrijke factor hierin is de objectiviteit van de onderzoeker. Het interpreteren van de verkregen data uit de praktijk is zo veel mogelijk objectief. Omdat ik zelf

deelnaam aan het onderzochte gebied kon ik niet geheel objectief zijn. Ik heb de objectiviteit zo veel mogelijk nagestreefd door steeds de bevindingen ten aanzien van het therapeutisch handelen te onderbouwen vanuit de theorie. Wel, ben ik dit onderzoek objectief ingestapt. Ik wist bij aanvang van het onderzoek nog vrij weinig over de ziekte van Parkinson zelf.

Authenticity:

Volgens Polit, D.F., Beck, C.T. (2007) is een tekst authentiek, wanneer deze in eerste instantie van de auteur zelf is. Wanneer er gebruik wordt gemaakt van andere bronnen, moeten deze vermeld worden.

Authenticiteit van de bronnen: Wanneer er gebruik is gemaakt van literatuur, is deze voorzien van een bronvermelding. Wanneer ik gebruik maak van originele ideeën / opvattingen van auteurs verwijs ik naar een tekst verwijs en de bron van de tekst.

De originaliteit of eigenheid van deze scriptie komt voort uit de manier waarop ik het probleem heb geverifieerd. Bij onderzoek naar het probleem bleek er geen eerdere beschrijving te zijn voor dans- bewegingstherapie voor mensen met de ziekte van Parkinson. Dit heb ik onderzocht door met danstherapeuten contact op te nemen die eventueel met de doelgroep zouden werken en door middel van websearches. Hier uit kwam, dat er wel mensen werkzaam zijn met de doelgroep maar dat er nog geen beschrijving van dans- bewegingstherapie bestaat.

Verder zijn de praktijkgegevens gebaseerd op de zelf opgerichte praktijksituatie. Daar zijn geen voorbeelden gebruikt uit eventuele andere praktijksituaties. Voor een vergelijking van verschillende werkwijzen zou dit wel interessant kunnen zijn, maar dat was voor nu niet de doelstelling.

Hoofdstuk 7. Discussie

In de dit hoofdstuk blik ik terug op de ontwikkeling van het onderzoek en mijn ontwikkeling als student dans- bewegingstherapie. Ik beschrijf of het doel behaald is en of mijn vraag beantwoord is. Tot slot zal ik een aanbeveling doen voor een mogelijk vervolgonderzoek.

7.1 Ontwikkelingsproces ten aan zien van het onderzoek.

De vraagstelling van dit onderzoek was: *Hoe kan dans- bewegingstherapie ingezet worden bij de behandeling van mensen met de ziekte van Parkinson?* Voor het beantwoorden van deze vraag was een andere vraag belangrijk namelijk: *Is dans- bewegingstherapie mogelijk voor mensen met de ziekte van Parkinson?* Om op deze vraag antwoord te krijgen heb ik een vooronderzoek gedaan met als uitgangspunt tot een indicatie te komen voor danstherapie voor Parkinsonpatiënten. Uit dit vooronderzoek kwam dat danstherapie aan kan sluiten bij de hulpvraag van Parkinsonpatiënten. Belangrijke punten waren met name:

- Het acceptatieproces van de diagnose
- Het verstevigen of behouden van de zelfredzaamheid
- het verbeteren van de symptomen bijvoorbeeld het verbeteren van de balans en coördinatie in de ruimte.
- Acceptatie van het veranderende lichaam en leefstijl
- Het omgaan met lastige of spannende praktijk situaties
- Dreiging van een sociaal isolement
- Het omgaan met of een plek geven van emoties en gevoelens
- Identeitsproblematiek ten aan zien van de ziekte van Parkinson

Deze punten vormden onder andere de indicatiestelling voor een therapie en zijn ook gebruikt voor de bekendmaking van danstherapie bij de doorverwijzers, middels een informatieve brief en een folder. Binnen twee weken hadden we de eerste aanmeldingen voor de therapie. De vraag of dans- bewegingstherapie mogelijk is voor deze doelgroep, kon ik op grond van deze bevindingen met 'ja' beantwoorden. De volgende vraag was. *Hoe krijgt danstherapie dan concreet vorm?* Om dit te kunnen

onderzoeken heb ik een conceptueel behandelplan ontworpen vanuit het klinisch redeneer proces voor Vaktherapeuten (smeijsters). Dit behandelplan werd het uitgangspunt voor het geven van de therapieën. Doordat ik de mogelijkheid kreeg om het conceptueel behandelplan in de praktijk uit te voeren en te toetsen kon ik tot een beschrijving komen van een mogelijk toepasbaar danstherapeutisch werkmodel. Dit werkmodel is gebaseerd op de eerste vier sessies en de intake van de complete behandeling. Dit was precies voldoende om een beeld te krijgen van de specifieke kenmerken voor het bewegingsrepertoire van de patiënten in de therapie. Vanuit deze gegevens kon er gekeken worden naar de therapeutische werkwijze en ontstond op deze manier het werkmodel. Op de vraag hoe dans- bewegingstherapie ingezet kan worden in de behandeling van mensen met de ziekte van Parkinson wordt beantwoord door het werkmodel zelf. Het werkmodel dat het resultaat is van de doelstelling om tot een beschrijving te komen.

De toepasbaarheid van dit onderzoek en interpretatie van de verkregen resultaten:

Migchelbrink schrijft daarover in zijn boek, *praktijkonderzoek voor zorg en welzijn het volgende:*

'Toepasbare kennis is kennis die naar inhoud zowel als vorm op een praktisch niveau toepasbaar en bruikbaar is. Bruikbare kennis is kennis waarmee door de opdrachtgever iets gedaan kan worden aan de situatie die leidde tot de vraag van het onderzoek. Het is kennis die praktisch hanteerbaar en uitvoerbaar is binnen de praktijksituatie' (Migchelbrink, 2007)

Doordat ik het behandelplan in de praktijk heb kunnen toepassen heb ik kunnen meten in hoeverre de aangeboden werkvormen bruikbaar waren. Dit meten is gedaan door dat ze direct toe kon passen in de therapie. Wanneer het niet bruikbaar bleek te zijn, veranderde ik dit in mijn conceptueel plan.

Een bevinding die eventueel bruikbaar is voor doorverwijzers en direct betrokkenen van de cliënten (als partner, familie, kinderen, etc.) is de manier waarop de ziekte van Parkinson een rol speelt in het leven. Belangrijk is het lichaamsbeeld dat ontstaan is door de ziekte, namelijk dat de cliënt het gevoel heeft in functie van zijn eigen lichaam te staan. Dit heeft tot gevolg dat de cliënt afhankelijk wordt en niet meer op zijn lichaam kan vertrouwen en dus ook nauwelijks tot geen steun daaruit kan ervaren. Om die reden gaat de cliënt steun punten buiten zichzelf zoeken. Iets wat een heel goed proces is om te kunnen overleven. Alleen in overleven zit het gevaar dat het de kenmerken van wie zijn, dat wij zelf voelen, ervaren of denken, ook afhankelijk wordt en de eigenheid verdingt.

Realisatie van het onderzoek en sterkte en zwakte analyse:

Het onderzoeksproject is op de voorgenomen wijze gerealiseerd. De stappen zijn verlopen zoals ik van te voren had voorbereid binnen de tijd die daarvoor stond. De realisatie is tot stand gekomen in samenwerking met Monique van der Horst die het proces stap voor stap gevolgd heeft. Per stap heeft zij steeds feedback gegeven op het ontwikkelingsproces waardoor ik vanuit een andere positie kon overzien waar ik in het proces zat.

Wat ik jammer vindt is dat ik vanwege de tijd, die voor dit onderzoek staat, niet alle dertien sessies en het afsluitend gesprek mee heb kunnen nemen in mijn data verzameling. Wanneer dit wel had gepast had ik de fasering helemaal uit kunnen schrijven en de effecten die de vergelijking kunnen maken tussen het eerste contact (de intake) en het laatste contact (het afsluitend gesprek). Ik had mij voorgenomen om in de laatste fase van de therapie de partners uit te nodigen om samen of mee te dansen. Dit heeft als doel om vorm te geven aan het totale behandelproces van cliënt. Daarbij kunnen de partners een beeld krijgen van de ontwikkeling van hun man of vrouw en hoe deze vorm gekregen heeft.

Een ander punt dat ik mee wil nemen is dat ik twee cliënten voor de data- analyse heb kunnen gebruiken om een tot een beschrijving te komen van hoe de ziekte van Parkinson zich manifesteert. De manifestatie van de ziekte van Parkinson was totaal anders bij de cliënten die later deelnamen aan de therapie. Als ik terug kijk op het onderzoek zou het mooi geweest zijn om wat meer direct betrokken te hebben om een diverser beeld te krijgen van de ziekte van Parkinson. In latere sessies bleek echter wel dat de doelstellingen hetzelfde zijn als bij de andere cliënten die zich later hadden aangemeld.

7.2 Persoonlijke ontwikkeling.

Voor mij als danstherapeut in opleiding heeft het doen van dit onderzoek veel bijgedragen aan mijn ontwikkeling. In eerste plaats heb ik niet eerder een onderzoek uitgevoerd en opgezet. Het hele proces van opzetten, uitvoeren en beschrijven was nieuwe ervaring. Wat nieuw was aan deze ervaring was voornamelijk het creëren van je eigen onderzoeksgroep. Zo heb geleerd om op vraag van de fysiotherapeuten een behandeling op te zetten voor mensen met de ziekte van Parkinson. Om deze vraag te kunnen beantwoorden was het van belang dat ik kon beargumenteren waarom danstherapie een indicatie kan zijn voor danstherapie. Ik heb dit gedaan vanuit mijn ervaringen van vorige jaren en was in staat om mijn ervaringen uit de stage te koppelen aan de problematiek van Parkinsonpatiënten en deze om te zetten in een behandelvorm. Dit was een proces op zich omdat ik geen voorbeeld van andere therapeuten had. Ik moest tot een danstherapeutisch werkmodel komen voor een nog onbekende doelgroep. Om tot een indicatie te komen moest ik de in steek maken vanuit de medische sector in plaats van, zoals ik gewend was, tijdens mijn stages vanuit de geestelijke gezondheid zorg. Deze insteek vroeg om een andere aanpak die ik van te voren niet had voorbereid. Vanuit mijn observaties en het stellen van randvoorwaarden moest ik snel anticiperen op de behoefte en de hulpvraag van de cliënten. Dit moest redelijk snel omdat je in de beginfase werkt aan een vertrouwensband en veiligheid in de therapie. Als deze twee belangrijke elementen niet aanwezig zijn, bijvoorbeeld doordat ik vast zou houden aan een andere werkwijze, zou dit gevolgen hebben voor de rest van de behandeling. Dit afstemmen was een van de eerste nieuw geleerde en toegepaste randvoorwaarde.

Een ander punt dat ik zeer leerzaam vond was de ontdekking van een andere werkwijze ten aanzien van het lichaam. Omdat bij Parkinsonpatiënten het lichaam in eerste instantie het probleem is kun je daar niet direct de nadruk op leggen in de therapie. Dit is een veel te kwetsbaar onderwerp en grijpt, naast dat het direct zichtbaar is, ook direct de kern van de problematiek aan. Dit kan voor de cliënten als onveilig ervaren worden en kan ten koste gaan van de vertrouwensband. Het was voor mij nieuw om randvoorwaarden te stellen die betrekking hadden op de problematiek van het functioneren van het lichaam. Als student danstherapeut was ik gewend de interventies te baseren vanuit de signalen en de psychologische aspecten van het lichaam. Dit bleek bijvoorbeeld uit mijn opmerking naar één van de cliënten om naar het lichaam te luisteren, waarop hij aangaf dit niet te kunnen doen omdat het vertrouwen in het functioneren weg was. Ik heb mij niet eerder dan dat moment gerealiseerd hoe groot de consequenties kunnen zijn wanneer het lichaam beperkt of verstoort in het functioneren. Op dat moment werd ik wakker geschud door het besef dat lichaam en onze identiteit zo samen gaan. Het was toen dat ik mij realiseerde dat de cliënt opnieuw een relatie met zijn lichaam aan moet gaan en daarin opnieuw moet gaan hechten. Dit zal niet meer kunnen als voorheen omdat de ziekte van Parkinson niet te genezen valt. Ook dit was een nieuw leerproces voor mij want ik had mij ook hierbij niet gerealiseerd dat er verschillende manieren zijn om tot vertrouwen en gevoel van veiligheid te komen. Dit is vertrouwen in de vorm van met de ziekte om leren gaan. Het mooie vond ik dat dit vertrouwen terug kwam tijdens het dansen. Door de steunpunten buiten het lichaam te zoeken kwam het vertrouwen in het lichaam terug en bleek dat de eigen gevoelens en gedachten van de cliënt weer zichtbaar werden in het lichaam. Wanneer dit gebeurde kwam ook het vertrouwen in het lichaam terug. (dit kon je bijvoorbeeld zien door dat er meer ruimte ingenomen werd).

Ten aanzien van mijn therapeutisch handelen zijn mijn communicatieve vaardigheden verbeterd. Dit is gekomen door dat voor het werven van cliënten, reclame gemaakt moest worden voor de therapie. Dit is gedaan door middel van het schrijven van een informatieve brief, een folder, een poster en kleine artikelen in regionale kranten. Hierin moest ik in begrijpbare, maar niet kinderlijke taal, uitleggen en verantwoorden waar danstherapie voor staat, wat de doelstellingen zijn en hoe ik denk aan te sluiten bij de behoefte en de hulpvraag van de cliënt. Dit stimuleerde mij om kort en bondig de kern van de behandeling te beschrijven. Dit was direct een goede oefening voor het geven van de therapie en dan met name om twee redenen. Ik was op dat moment aan het afstemmen op de problematiek en hoe er middels danstherapie een antwoord gegeven kan worden op de hulpvraag en de behoefte van de cliënt. Aan de andere kant leerde ik snel tot de kern te komen. Iets wat ik in mijn vorige handelen lastig vond. Tijdens het geven van de therapie kon ik vanuit deze ervaring ook sneller prioriteiten stellen in het doen van observaties. De voorwaarde hiervoor waren goede observaties en een uitgangspunt. Tijdens mijn stage was dit het speerpunt van mijn leerproces. Ik had moeite met het vinden van een uitgangspunt en stelde om die reden aan iedere observatie evenveel waarde waardoor ik niet tot een juiste interventie kon komen. Mijn uitgangspunt was dit keer zeer helder en was ik in staat de therapie

hierdoor snel te kaderen. Door dit kader was het waarde kennen aan de observaties gemakkelijker en leidde dit tot het stellen van prioriteiten en gerichte interventies. Het verschil met mijn stage is dat ik het dit keer echt zelf moest doen. Tijdens de stage liep ik, voordat ik zelfstandig therapie ging geven, met mijn supervisor meer. Dit keer stond ik op eigen benen en moest vanaf de grond beginnen. Ik leerde voor mijzelf een fundament te maken waarop ik de therapie op kon bouwen. Hierdoor leerde ik op tijd gericht hulp te vragen. Daarnaast leerde ik mijn eigen rapportage en administratie samen te stellen.

De samenwerking met fysiotherapeuten was een zeer leerzame ervaring. Fysiotherapeuten werken meer vanuit de functionaliteit van het lichaam en danstherapeuten meer vanuit de psychologische kant en de bewegingskwaliteit. Monique van der Horst deed mee tijdens het geven van de therapieën. Zij legde inderdaad meer het accent op het functioneren en, zo bleek, op het trainingsgerichte aspect. Het was leerzaam om op deze manier samen te werken. Helemaal omdat de huisartsen in de meeste gevallen doorverwijzen naar fysiotherapie. Vanuit hun specialisatie kon ik de insteek maken naar danstherapie. Daarbij gebruiken fysiotherapeuten andere bewegingsobservaties voor cliënten dan dat wij die kennen in danstherapie. Hierdoor konden we samen meten wat het effect was voor het functioneren van het lichaam. Deze informatie kon ik vervolgens weer relateren aan het danstherapeutische behandelproces. Hierin merkte ik hoe, in vergelijking met vorige jaren, mijn bewegingsvocabulaire gegroeid is. Ik merkte dit voornamelijk doordat ik met een doelgroep werkte die voor mij onbekend was. Deze doelgroep heeft had andere bewegingsbehoefte dan dat ik voorheen meegemaakt had. Doordat je binnen de opleiding je vocabulaire uit te breiden leer je ook snel te anticiperen op nieuwe bewegingskwaliteiten en kon ik snel anticiperen om de bewegingsbehoefte van de cliënten.

7.3 Aanbeveling mogelijk vervolgonderzoek.

Vanuit de setting waar in het onderzoek heeft plaats gevonden wil ik graag een aanbeveling doen voor vervolgonderzoek. Dit heeft betrekking op de vraag hoe het mogelijk is dat de symptomen van de ziekte van Parkinson grotendeels tot helemaal verdwijnen tijdens het dansen. Een aantal voorwaarden heb ik in dit hoofdstuk beschreven zoals de therapeutische houding, de kracht van spiegelen, het doorbewegen in dans en het gebruik van ritme en muziek. Maar hoe komt het dat dit tot verbetering leidt van de symptomen van de ziekte zelf? Zo verdween bij één cliënt zijn tremor tijdens het dansen en kon een andere cliënt doorbewegen zonder dat er een freeze ontstond. Belangrijk voor alle cliënten was dat hun eigen bewegingskwaliteit zichtbaar werd. Zo werd bij mevrouw K. de stijfheid minder, kwam er meer ruimte in haar bovenlichaam en bleek zij plotseling zeer sierlijk te kunnen bewegen. Het sierlijke was haar eigen bewegingskwaliteit. Voor mij als therapeut waren het ervaringen die leken alsof de jas van Parkinson uitging die de persoon eronder had bedekt. Naast dat de symptomen tijdens het dansen verbeterde, verbeterde ook de symptomen na het dansen. Zo bleven de houdingen van de cliënten ongewijzigd en hadden zij minder moeite met het gaan zitten in en opstaan uit een stoel. Er was veel minder spanning en wanneer de cliënten nu iets vertelde over de ervaring die zij gehad hadden tijdens het bewegen, kwam dit over als meer doorleeft. Hoe zit de verbinding tussen wat er in danstherapie zichtbaar werd en het neurologische aspect van de ziekte van Parkinson?

Samenvatting

Via een goede kennis ben ik in contact gekomen met Monique van der Horst. Zij is fysiotherapeute bij METRIS, Medisch Trainingsinstituut Soest waar ik de ruimte heb gekregen voor het doen van een onderzoek door danstherapie op te zetten voor mensen met de ziekte van Parkinson. Vanuit Metris kwam de vraag of dans- bewegingstherapie mogelijk was voor mensen met de ziekte van Parkinson. Op deze vraag kon ik geen antwoord geven waardoor ik op zoek ben gegaan naar een danstherapeutische beschrijving voor deze doelgroep. Dit leverde het volgende op:

1. In Nederland wordt er, wat dans betreft, voornamelijk dansles gegeven aan mensen met de ziekte van Parkinson en dan vooral Salsadans. Daarnaast vond ik de Morris Dance Company uit Nieuw Zeeland die veel aspecten gebruiken die overeen komen met danstherapie. Maar een concrete beschrijving of een werkmodel kon ik niet vinden.
2. Vanuit Vaktherapie ligt het accent in behandeling in de eerste plaats op de geestelijke gezondheidszorg en de psychopathologie. Het valt het mij op dat er weinig in de folders van de Nederlandse federatie Vaktherapie en het beroepsprofiel gesproken wordt over de behandeling van mensen met een chronische fysieke aandoening.
3. Meestal wordt de patiënt geadviseerd om naast het gebruik van medicatie, fysio- en of ergotherapie te volgen met als doel de vitaliteit van het lichaam te stimuleren en de zelfredzaamheid te vergroten. Deze therapieën hebben voornamelijk een trainingsgericht karakter waarbij de functionaliteit van het lichaam centraal staat.
4. Er is op dit moment veel media aandacht voor de combinatie dans en de ziekte van Parkinson.

Hoofdvraag: *Hoe kan dans- bewegingstherapie ingezet worden bij de behandeling van mensen met de ziekte van parkinson?*

Doelstelling: Dit onderzoek heeft tot doel tot een indicatiestelling te komen in de vorm van een danstherapeutisch werkmodel voor de behandeling van mensen met de ziekte van Parkinson. Daarnaast wil ik mijn eigen handelen als danstherapeut verdiepen en verbreden door zelfstandig een danstherapie op te zetten voor deze doelgroep. Het profileren van het beroep staat hierbij centraal door met het verkregen resultaat toepasbare handvatten te beiden voor andere danstherapeuten die met de ziekte van Parkinson willen werken of werkzaam zijn.

Het onderzoek: Het vooronderzoek heeft zich gericht op een mogelijke indicatiestelling voor dans- bewegingstherapie voor mensen met de ziekte van Parkinson. Deze indicatie bleek mogelijk te zijn. Op basis van de verkregen resultaten kon ik een conceptueel behandelplan maken. Dit werd het uitgangspunt voor het geven van de therapie. Aan de hand van een informatieve brief voor de doorverwijzers hadden we twee aanmelding en kon de therapie starten.

Het onderzoek dat daarop volgde richtte zich op de vraag hoe dans- bewegingstherapie ingezet kan worden bij de behandeling van mensen met de ziekte van Parkinson? (de hoofdvraag) Het behandelplan werd in de praktijk uitgevoerd en getoetst aan de hand van onderzoekstechnieken. Hier kwam de volgende resultaten uit:

De cliënt schaduwde mij zo precies mogelijk in beweging en waren in alles zeer volgzzaam. Zelfs wanneer de oefeningen over waren. Er was weinig eigenheid van de cliënt te herkennen. Dit bleek te maken te hebben met de situatie waarin zij door de ziekte van Parkinson zitten. Zij zijn afhankelijk geworden van hun ziekte doordat zij het vertrouwen in het lichaam zijn kwijtgeraakt. In plaats van de steun uit zichzelf te kunnen halen wordt deze gezocht in de omgevingen. Doordat zij geen controle hebben over het functioneren van hun lichaam hebben zij ook niet het gevoel controle te hebben over het eigen leven.

In de therapie was het mogelijk, op een nieuwe manier, het vertrouwen in en de controle over het lichaam terug te vinden. Hiervoor was het belangrijk weer de mens te kunnen zien achter de ziekte van Parkinson. Dit heb ik gedaan door de fasering van de therapie aan te passen aan de situatie waar de

cliënt in zit. Dit bleek voor de beginfase het sociale- aspect te zijn en had als doelstelling naar het lichamelijke aspect toe te werken. Vooral het gebruik van ritme bleek zeer effectief. Ritme was een externe steun die intern gevoeld kan worden. In de Chase Circle was het voor de cliënten mogelijk betekenis te verlenen aan dat wat gevoeld en ervaren werd in de beweging. Met name het spiegelen en het samen bewegen op muziek waren daar steunpunten.

Literatuuropgave

Boeken:

Braam, W., Brunt, E. (2007). *Spieren in de vertraging. Alles over de ziekte van Parkinson*. Wormer: Innerc bv.

Damasio, A.R. (2006). *Ik voel dus ik ben. Hoe gevoel en lichaam ons bewustzijn vormen*. Amsterdam: Uitgeverij Wereldbibliotheek.

Maso, I., Smaling, A. (1998). *Kwalitatief onderzoek: praktijk en theorie*. Den Haag: Boom Uitgevers.

Meekums, B. (2005). *Dance Movement Therapy. Creative Therapies in Practice*. Londen: SAGE Publications.

Migchelbrink, F. (2006). *Praktijkgericht onderzoek in zorg en welzijn*. Amsterdam: Uitgeverij SPW.

Migchelbrink, F. (2007). *Actieonderzoek voor professionals in zorg en welzijn*. Amsterdam: Uitgeverij SPW.

Polit, D.F., Beck, C.T. (2007). *Nursing research: generating and assesing evidence for nursing practise*. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins

Smeijsters, H. (2003). *Handboek creatieve therapie*. Bussum: Uitgeverij Coutinho.

Smeijsters, H. (2006). *Handboek muziektherapie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Artikelen:

Bernatzky, G., Berntatzky, P. (2009). Luisteren naar muziek helpt Parkinsonpatiënten. *Papaver*, 32, 8 – 9.

Hackney, M.E., Kantorovich, S., Levin, R., Earhart, G.M. (2007). Effects of tango mobility in Parkinson's Disease: A preliminary study. *Journal of Neurologic physical therapy*, 31, 173 – 179.

Klok, p. (2008). Cubaans medicijn. *Volkskrant magazine*, p. 28.

Mazure, R. (2008). De medicinale kracht van Salsa. *Dans*, 2, 36 – 37.

Nieuwboer, A., Kwakkel, G., Rochester, L., Jones, D., Wegen van, E., Willems, A.M., et al. (2006). Cueing training in the home improves gait- related mobility in Parkinson's Disease: The RESCUE trial. *Journal of neurology, neurosurgery and psychiatry*. 78, 134 – 140.

Vries de, J. (2003). Ritme verbetert loopvermogen van Parkinsonpatiënten. *Synaps*, 42.

Literatuur uit naslagwerken:

Keulen van, I.(2007). *Dans in beweging*. Hogeschool Zuyd.

Smeijsters, H. (2007). *Vernieuwen van werkmodellen en uitvoeren van praktijkonderzoek*. Hogeschool Zuyd.

Internetbronnen

Federatie Vaktherapeutische Beroepen.

http://www.vaktherapie.nl/pages/nl/over_vaktherapie/info_vaktherapie_en_creatieve_therapie. 2008. datum van opzoeken maart 2009. Vaktherapie.

HBO fysiotherapie. <http://opleidingenlijst.nl/hbo/F/Fysiotherapie>. 2008. datum van opzoeken februari 2009. Opleidingslijst.

Hogeschool Zuyd. http://creatievetherapie.hszuyd.nl/view_html.jsp?content=47. 2008. Datum van opzoeken maart 2009. Dans- bewegingstherapie

Hogeschool Zuyd. http://www.hszuyd.nl/view_educations.jsp?content=45928&study=45947) 2009. Datum van opzoeken mei 2009. Creatievetherapie

Mark Morrison Dance Groep. http://markmorrisdancegroup.org/the_dance_center/outreach. 2008. Datum opzoeken december 2008. Dance for PD.

Mark Morrison Dance Groep. <http://markmorrisdancegroup.org/resources/media/2-performances/11-why-dance-for-pd>. 2008. Datum van opzoeken December 2008. Video. why dance for PD?

Parkinson Vereniging. <http://www.parkinson-vereniging.nl/film.html>. 2006. Datum van opzoeken November 2008. Complete film, patiënt worden kan altijd nog

Parkinson Vereniging. <http://www.parkinson-vereniging.nl/parkinson.html>. 2008. Datum opzoeken november 2008 en januari 2009. De ziekte van Parkinson.

Bijlagen

Bijlage 1. Conceptueel behandelplan danstherapie

Sessie 1.

Datum:

Hoofddoel:

Medium hoofddoel:

Subdoelen:

Hulpvraag:

Werkwijze:

Fasering, dansaspect en eventuele bruibare formulieren.

Fasering	Danstherapeutisch aspect	Aantekeningen en formulieren	Fasering
Intake (individueel)	n.v.t.	TIGRA- test, Intake formulier fysiotherapie en danstherapie.	Fase 1 Veiligheidsfase
Sessie 1 (groepstherapie)	Het lichamelijke aspect.	Lichaamskaart.	
Sessie 2 (groepstherapie)	Het lichamelijke aspect.	Lichaamskaart	
Sessie 3 (groepstherapie)	Het lichamelijke aspect	Lichaamskaart	
Sessie 4 (groepstherapie)	Het lichamelijke aspect	Lichaamskaart	
	Het sociale aspect		Fase 2 Doorwerkfase
Sessie 5 (groepstherapie)	Het sociale aspect		
Sessie 6 (groepstherapie)	Het sociale aspect		
Sessie 7 (groepstherapie)	Het sociale aspect	Tussentijdse fysiotherapeutische test	
Sessie 8 (groepstherapie)	Het sociale aspect		
Sessie 9 (groepstherapie)	Het sociale aspect		Fase 3 Afrondende fase
Sessie 10 (groepstherapie)	Het expressieve aspect		
Sessie 11 (groepstherapie)	Het expressieve aspect	Vorbereiden op dansen / bewegen met partner	
Sessie 12 (groepstherapie)	Het expressieve aspect	Vorbereiden op dansen bewegen met Partner	
Sessie 13 (groepstherapie)	Het expressieve aspect	Partner les	
gesprek (individueel)		Laatste Fysiotherapeutische test en afrondingsformulier danstherapie	

Inleiding ten aanzien van de fasering, de aspecten en therapeutische houding. De behandeling is verdeeld in drie fases. Iedere fase bevat 3 a 4 sessies en heeft zijn eigen kenmerk: in fase 1 is dit de veiligheidsfase en het fysieke aspect, fase 2 de doorwerkfase en het sociale aspect en fase 3 de afrondende fase en het expressieve aspect. Deze fasering heeft als doel een duidelijke en logische op- en afbouw te creëren zodat iedere fase over een eigenschap beschikt die belangrijk is voor onder andere de therapeutische werksfeer, vertrouwensband en de doelen van de cliënt. De aspecten geven een richtlijn aan waar aan gewerkt wordt per fase. Daarnaast wordt ook de therapeutische houding en werkwijze beschreven:

Fase 1. Veiligheidsfase:

Fase: De veiligheidsfase is de eerste fase in de behandeling en bestaat uit ongeveer 3 sessies en de intake. Het is de fase waarin alle partijen met elkaar kennismaken (De deelnemers van de therapie, de therapeut en vice versa) en er kennis wordt gemaakt met het medium (in Vaktherapie, waaronder beeldend, drama, muziek, psychomotore en danstherapie vallen, wordt het woord medium gebruikt voor de vorm waarin de therapie gegeven wordt. In dit geval staat het woord medium voor danstherapie) Belangrijk in deze fase is het creëren van een veilige sfeer en het opbouwen van een vertrouwensband. Deze twee elementen zijn de basis voorwaarde voor de behandeling.

Aspect: Tijdens de veiligheidsfase wordt de nadruk gelegd op het lichaam en het leren kennen van de mogelijkheden, de beperkingen, de signalen en het bewegingsrepertoire van het lichaam en manier van bewegen van de cliënt.

Ieder mens heeft zijn eigen manier van bewegen en heeft een unieke lichaamshouding. Maar wat als deze niet meer vanzelfsprekend is en het lichaam en de manier van bewegen veranderd? Belangrijk voor het fysieke aspect is het (opnieuw) leren kennen en herkennen van lichaamshouding en bewegen en dan vooral het signaleren wanneer de complicaties zich voordoen. In deze fase zal er gebruik gemaakt worden van een lichaamskaart. Op een lichaamskaart staat de omtrek van een figuur. Aan het eind van iedere sessie wordt aan de cliënt gevraagd of hij of zij instaat, is iets in dit figuur te schrijven, te tekenen of in te kleuren wat betrekking heeft op het lichaam zoals deze op dat moment ervaren wordt. Bijvoorbeeld: Warmte, hartslag is hoger, pijn etc. wanneer de cliënt hier niet toe instaat, is helpt de therapeut met het invullen. Het doel van de lichaamskaart is het in kaart brengen en bewust worden van lichamelijke processen. Aan het eind van deze fase heeft de cliënt een overzicht van zijn of haar lichamelijke reacties. Het eigen lichaam en bewegen wordt het uitgangspunt van de behandeling. Vanaf dit punt kunnen de cliënten eigen bewegingspatronen en lichaamshouding exploreren.

Therapeutische houding:

Mijn therapeutische houding zal voor de eerste fase sturend zijn. Dit houdt in dat ik activiteiten aanbied die van tevoren vast liggen. Dit is ter bevordering van de veiligheid. De cliënten zullen niet in het diepe gegooid worden maar mee genomen worden om zo bekend te raken met de structuur van de therapie en de activiteiten. Wanneer blijkt dat de cliënten gewend zijn zal mijn houding minder sturend zijn.

Fase 2. Doorwerkfase:

Fase beschrijving: Wanneer er sprake is van veiligheid, vertrouwen en de cliënt kennis heeft gemaakt met het medium, kan er dieper ingegaan worden op de problematiek. Deze fase zal uit vier sessies bestaan en wordt er dichterbij de kern of bij de kern gekomen. De problematiek wordt belicht en zal er gezocht worden naar de mogelijkheden van de cliënt. Je zou dit kunnen omschrijven als het opmaken van de balans: Wat is het probleem en wat zijn mijn mogelijkheden? Het is het bewust worden van processen die op de voor- of achtergrond spelen en die zich kunnen manifesteren in het gevoel, de emotie, de cognitie en het lichaam.

Beschrijving van het aspect: In de doorwerkfase komt de nadruk te liggen op het sociale aspect. Daar waar de cliënt eerst aandacht heeft besteed aan het leren kennen en exploreren van zijn of haar lichaam en manier van bewegen wordt deze nu in de sociale context van de cliënt geplaatst. In het sociale aspect wordt er ruimte geboden voor het experimenteren met eigen handelen en hierin keuzes te maken.

Beschrijving therapeutische houding: De therapeutische houding zal nu minder sturend zijn en eigen inbreng van de cliënt zal een belangrijke rol spelen zodat de cliënt de ruimte krijgt zelf initiatief te nemen en te kunnen experimenteren en exploreren van het eigen handelen. De therapeutische houding is nu meer steunend en coachend.

Fase 3. Afrondende fase:

De afrondende fase is de laatste fase in de behandeling en zal uit 3 sessies bestaan en het afrondende gesprek. In deze fase komt de nadruk te liggen op het reflecteren op de ervaringen uit de voorafgaande therapieën. Belangrijk aan deze fase is het vorm geven aan deze ervaringen zodat zij toegepast kunnen worden in het dagelijks handelen en leven. Hier wordt gezocht naar handvatten voor buiten de therapie door middel van het maken van keuzes. De cliënt maakt zelf keuzes wat voor zijn leven toepasbaar en bruikbaar is. Op deze wijze wordt er toegewerkt naar de afsluiting van de therapieën en dus de behandeling.

Beschrijving van het aspect: In de afrondende fase komt de nadruk te liggen op het expressieve aspect. Het vormgeven aan of zichtbaar maken van dat wat in vorige sessies ervaren is speelt een belangrijke rol.

Beschrijving therapeutische houding: De therapeut is wel zichtbaar in deze fase maar zal zoveel mogelijk de ruimte geven aan de cliënten om tot het vormgeven te komen. Ook hier is de therapeut steunend en coachend.

Voor alle sessies geldt:

Analoge proces model: dat wat zichtbaar in de therapie wordt analoog gemaakt naar het dagelijks handelen.

Mogelijk bruikbare technieken en / of werkvormen:

Tango en Salsa: Tango en Salsa dansen blijkt zeer effectief te zijn voor mensen met de ziekte van Parkinson. Met name het gebruik van ritme en het door kunnen bewegen op muziek zijn daarbij de belangrijkste factoren. Hackney et al. (2007. P. 177) beschrijft in een artikel over de combinatie van Tango en Parkinson, dat de patiënten uitgedaagd worden om tijdens het tangodansen, hun intuïtie te gebruiken en te bewegen in verschillende snelheden, vaak voor en achteruit. Hierdoor kan de patiënt in staat zijn meerdere taken tegelijk uit te voeren.

Mark Morrison groep:

Dance for PD is een unieke samenwerking tussen de dansgroep de Mark Morris Dance Company en de Groep van Brooklyn Parkinson en concentreren zich met name op het lichaam en de emotie.

Zij gaan er vanuit dat deze geïntegreerd zijn in de gehele persoon. Inherent daarin is dat dansen de stemming positief kan beïnvloeden. Een belangrijk aspect hierin is de manier waarop de dansers, mensen met de ziekte van Parkinson bewegingen aanleren die gedachte, verbeelding, ogen, oren en aanraking gebruiken om beweging te controleren. De dans voor PD klassen combineert elementen van moderne dans, ballet, kraan, jazz, het sociale dansen, en het dansrepertoire van de Mark Morrison groep.

(Mark Morrison Dance Groep. 2008).

Fysiotherapie:

Veel fysiotherapeuten werken op dit moment niet meer alleen aan het goed functioneren van het lichaam maar plaatsen deze ook in het dagelijks handelen en functioneren van een patiënt. Zij kijken naar de wensen en behoeften en dit is een groot onderdeel van de intakes en de therapieën zelf. Dit houdt in dat een fysiotherapeut kijkt naar de context waarin de patiënt leeft. Dit is een belangrijke overeenkomst met vaktherapeuten waar danstherapie onder valt. Vaktherapeuten zijn tijdens de therapie voortdurend bezig met het analoge proces model. Beide therapieën Danstherapie en fysiotherapie werken met lichaam en beweging alleen zijn de uitgangspunten verschillend maar overlappen zij regelmatig. Zo is fysiotherapie bedoeld voor mensen met klachten aan het houdings- en bewegingsapparaat.

Muziektherapie:

In het handboek muziektherapie geschreven door Henk Smeijster (2006. P. 111) het volgende:

Muziek is van invloed op de hersengolven en kan daardoor stimuleren en ontspannen, zij kan de rechterhelft activeren en zo het werken van de beschadigde linkerhelft ten dele overnemen. Muziek kan de productie van stresshormonen verminderen, de vegetatieve reacties beïnvloeden en de productie van antilichamen beïnvloeden. Naast de 'medische' toepassing van muziek moeten we niet vergeten dat 'neurologische' en 'fysiologische' processen ook een rol spelen bij de behandeling van psycho problematiek.

Onderzoek: RESCUE

In een artikel, gepubliceerd door de Vrije Universiteit medisch centrum beschrijft Nieuwboer et al. (2006) in een onderzoek dat door het VU medisch centrum in samenwerking met de universiteiten van Leuven en Newcastle hoe ritme bij kan dragen automatische processen als opstaan en lopen. Welk effect dit heeft vond ik in een artikel van het VU medisch centrum de belangrijkste stukjes van dit artikel zijn hieronder te lezen: RESCUE is een afkorting van "Rehabilitation in Parkinson's Disease: Strategies for Cueing". Bij de ziekte van Parkinson in de hersenen automatische processen zoals opstaan en lopen verstoord. Door de patiënt ritmes aan te bieden, wordt in de hersenen een bewustzijn geactiveerd waardoor de voorheen automatische activiteiten weer verbeteren.

Bijlage 2. Folder

Bijlage 3. Poster

Bijlage 4. Informatieve brief voor huisartsen en neurologen

Geachte meneer / mevrouw,

Mijn naam is Ilona van de Meent en ik ben vierde jaars studente aan de Hogeschool Zuyd te Heerlen. Vanaf 1 februari 2009 biedt METRIS (Medisch Trainingsinstituut Soest) mij de ruimte om, onder supervisie van fysiotherapeute Mevr. M. van der Horst, dans- en bewegingstherapie aan te bieden. In eerste instantie richt ik mij op mensen met de ziekte van Parkinson.

Dans- en bewegingstherapie is een cliëntgerichte, ervaringsgerichte en psychotherapeutische therapie waarbij men zich uitdrukt in beweging en dans. Deze vorm van psychotherapie neemt de beweging en het lichaam als uitgangspunt voor het verbeteren van onder andere de sociale, emotionele en fysieke ontwikkeling.

Het middel dans is een toegankelijke therapievorm voor een grote groep mensen om (on)bewuste problemen in het lichaam of beweging concreet zichtbaar te maken. Een danstherapeute zet dit door middel van specifieke bewegingsobservaties om in gerichte interventies om een hulpvraag te formuleren relevant en essentieel is voor de behandeling van de cliënt / patiënt.

Binnen danstherapie staat het 'doen en ervaren' centraal, waarmee wordt bedoeld dat men door dans en beweging bewust kan worden van emotionele en fysieke processen en deze kan koppelen naar het dagelijks handelen.

Dans- en bewegingstherapie valt sinds 2006 onder de vaktherapieën (voorheen creatievetherapie). Hieronder vallen ook dramatherapie, muziektherapie, beeldende therapie en psychomotorische therapie.

Binnen METRIS zal dans- en bewegingstherapie zich richten volgende doelstellingen:

- § Rehabilitatie. (zowel op fysiek- als op sociaal- en emotioneel vlak.
- § Een bijdrage leveren aan de behandeling van lichamelijke klachten (ontspannen van het lichaam bij verkramping en stijfheid e.d.).
- § Richten op het vitaliseren van de mogelijkheden van de cliënt.
- § Het verbeteren van de kwaliteit van leven.

Uit deze hoofddoelstellingen kunnen cliënt specifieke subdoelen ontstaan en worden opgenomen in de behandeling.

In de folder kunt u meer lezen over dans- en bewegingstherapie en de behandeling van mensen met de ziekte van Parkinson. Ik zal daar dieper ingaan op specifieke aspecten, effecten en doelstellingen van de therapie.

Tijdens mijn opleiding heb ik praktijkervaring opgedaan met veel verschillende doelgroepen. Dit biedt de mogelijkheid om in de nabije toekomst, naast de behandeling van de ziekte van Parkinson, danstherapie te geven aan verschillende doelgroepen. Bij eventuele uitbreiding van de therapie naar andere doelgroepen zullen wij u daar nader over informeren.

Aanmeldingsprocedure

De (groeps) therapie wordt aangeboden vanaf 1 februari 2009. Patiënten kunnen zich met een verwijzing aanmelden bij:

Medisch Trainingsinstituut Soest, tel. 035- 603 59 97, info@medischtrainingsinstituutsoest.nl. Zij zullen dan worden ingepland voor een eerste individuele intake.

Bijlage 5. Intake formulier

Intake formulier.

Naam:

Datum van intake:

1. Sinds wanneer heeft u de ziekte van Parkinson?
.....
2. Wat is er voor u veranderd sinds de ziekte van Parkinson? Denkend aan bijvoorbeeld; Sociale contacten, Thuisituatie, etc.
.....
.....
3. Welke fysieke klachten heeft u bij de ziekte van Parkinson?
.....
.....
 - a. Hoe manifesteert zich dit in het lichaam:.....
.....
 - b. Hoe in het bewegen.....
.....
 - c. Hoe in het dagelijks handelen (denkend aan lopen, opstaan, zitten, schrijven).
.....
 - d. Heeft u specifieke plekken in het lichaam die voortdurend pijn doen?.....
.....
4. Heeft u voorkeur voor een bepaalde muziekstijl?.....
5. Interesses, hobby, werk:
.....
6. Is er iets waar rekening meegehouden moet worden bij het bewegen / dansen i.v.m. uw gezondheid?
.....
.....
7. Heeft u nog vragen ?

Bijlage 6: Sessie beschrijving van de eerste fase van de therapie

Sessie 1: Doelstelling: Kennismaking met elkaar de therapeut en het medium		
Medium: Werkwijze: Randvoorwaarden:	Cliënt 1 De heer C.	Cliënt 2 Mevrouw K.
<u>Binnenkomst</u> Een kort gesprekje	Meneer maakt een rustige indruk. Geeft aan zich helemaal over te geven aan dat wat komen gaat.	K. haar lichaam is voor een groot gedeelte verkrampd. Met name haar boven lichaam. K freezed wanneer zij een draai probeert te maken om van richting te veranderen om bij de stoel te komen. Wanneer zij uit de freeze komt heeft zij moeite met zitten.
<u>Warming- up:</u> Lichaam op warmen op de stoel	Tremor begint onder spanning. Bijvoorbeeld wanneer meneer na gaat denken over het starten van de activiteit. Wanneer hij in de beweging zit verdwijnt de tremor.	K. maakt kleine bewegingen. Mede door de stijfheid is het voor haar lastig
<u>Hoofdactiviteit:</u> Dans aanleren. <i> twee korte frases van ieder acht tellen die aan elkaar geplakt worden. De focus komt te liggen op het verplaatsen van je gewicht in de ruimte.</i> <i>Muziek: Nina Simone</i> <i>Materiaal: Spiegel</i>	Kopieert exact mijn bewegingen. Geen eigen initiatief of inbreng. (geeft als reden geen ritmegevoel te hebben en het niet zelf te kunnen) Hierdoor is zijn blik en zijn lichaamshouding naar mijn voeten gericht Kan krachtig in beweging wanneer ik hem daar naar vraag. Met name in zijn handen en benen. Zijn blik blijft op mijn voeten gericht.	Na de warming- up beweegt K haar lichaam wat soepeler. Zij neemt wat meer ruimte in en haar balans is beter.
<u>Cooling down:</u> Bewegen op muziek en letten op de ademhaling.	Zijn ademhaling zit hoog en heeft moeite door zijn buik adem te halen.	Bij de coolingdown kan K mijn bewegingen goed volgen. Ze kan de hele oefening achtereen op één plek staan.
<u>Afronding:</u> Een kort gesprekje. Reflectie op de sessie door de cliënt zelf.	Meneer C heeft ontdekt dat zijn ademhaling hoog zit na inspanning. Geeft aan geen twee dingen tegelijk te kunnen zoals, naar mijn voeten kijken én naar de muziek luisteren.	

Laban observatie	Body: <u>Initiatie:</u> vanuit de periferie <u>Connectie:</u> Boven en onderlichaam bewegen los van elkaar dit komt met name omdat de heupen niet bewogen wordt. Shape : Closed Space: <u>Lagen:</u> Midden <u>Vlak:</u> Wiel <u>as:</u> sagitale as. Kleine kineSfeer Effort: Space: Indirect Weight: Light Time: Sustained Flow: Bound	Body: <u>Initiatie:</u> vanuit de schouders <u>Connectie:</u> Onder- en bovenlichaam bewegen los van elkaar. Het onderlichaam kan redelijk soepel bewegen maar het bovenlichaam is verkrampd en gesloten. Dit belemmert de gehele connectie van het lichaam. Shape: Sinking, Boven lichaam is verkrampd en onderlichaam zakt naar beneden. Space: Lagen: Hoog Vlak: Muur As: Horizontaal <u>Kleine kinesfeer:</u> Dit blijkt vooral uit de kleine ruimte die zij inneemt met haar benen. Hierdoor staat zij niet stevig om de grond waardoor het lijkt dat haar lichaam tolt juist omdat haar bovenlichaam verkrampd is en daar het zwaartepunt van haar lichaam komt te liggen. Zij heeft dan ook moeite met haar balans. Effort: Space: Indirect Weight: Light Time: Sustained Flow: Bound
------------------	--	--

Sessie 2: Doelstelling: Kennismaking met elkaar de therapeut en het medium		
Medium: <u>Werkwijze:</u> <u>Randvoorwaarden:</u> <u>Materialen:</u>	Cliënt observaties 1 De heer C.	Cliënt observaties 2 Mevrouw K.
<u>Binnenkomst</u> Een kort gesprekje	Rustige indruk. Wederom geeft hij aan zich over te geven aan de therapie.	Moeite met gaan zitten. Freeze bij het veranderen van richting
<u>Warming- up:</u> Lichaam op warmen op de stoel <u>Tussen activiteit:</u> Oefening rond balans. We staan in een kring en houden de handen vast. Vervolgens tilt een van de deelnemers zijn been op waardoor hij/zij op een been de balans moet vinden. Hiervoor mag hij/zij gebruik maken van de steun van de groep door op de handen te steunen. Muziek: Gypsy Kings	Kopieert mijn bewegingen exact. Raakt in de war wanneer ik de muziek aanzet. Concentreren op mijn beweging en luisteren naar de muziek gaat voor hem niet samen. Hij lijkt overprikkeld te raken en de tremor komt terug Ik vraag C om een eigen beweging in te brengen maar geeft de beurt snel door. C. heeft een zeer goede balans. Hij kan perfect op één been staan en weet voor zichzelf een uitdaging te vinden in het zo hoog mogelijk krijgen van zijn been. Wanneer begint met het optillen van zijn been komt de tremor weer licht naar boven. Deze verdwijnt binnen enkele seconde wanneer hij zich op zijn lichaam concentreert.	K. Heeft wat moeite met de bewegingen te volgen. Wanneer ik de bewegingen samen met haar doe en wat vertraag lukt het haar om de beweging op te pakken. Het ritme van de muziek is daarbij voor haar een steun. Door de herhaling gaat ze de beweging weet ze de beweging vast te houden. Geen eigen inbreng. K kopieert mijn bewegingen. Haar balans is nog niet zo goed. Haar lichaam tolt licht en ze heeft er zelf geen controle over. We doen eerste een oefening rond het voelen van de grond en stevig op je voeten staan. Dan vraag ik haar wat meer ruimte in te nemen door haar voeten wat meer uit elkaar te zetten. Ze ervaart dit als nieuw. Ruimte innemen voelt even onwennig maar ze merkt snel dat haar balans beter wordt en kan haar been optillen. Ze krijgt nu ook meer het vertrouwen op een ander te leunen.
<u>Hoofdactiviteit:</u> Dans aanleren <i> twee korte frases van ieder acht tellen die aan elkaar geplakt worden. De focus komt te liggen op het verplaatsen van je gewicht in de ruimte.</i> Muziek: Nina Simone en Gypsy Kings Materiaal: Spiegel	C. kopieert nog mijn bewegingen bijna als een schaduw. Hij geeft aan het lastig te vinden om precies mijn bewegingen te volgen. Ik vertel hem dat, dat niet nodig is en geef hem zelf de tijd om de passen door te nemen. Hierop blokkeert hij en de tremor komt terug. Ik besluit de passen nog eens samen met hem door te nemen. Ook nu begint de tremor weer wanneer we de oefening starten en zijn ogen zijn gericht op mijn voeten. Ik leg de nadruk op het ritme door samen met hem hardop te tellen. Langzaam neemt hij het ritme over, gaat rechtop staan en neemt meer ruimte in. Hij kijkt nu niet meer naar mijn voeten maar maakt oogcontact. Ik besluit weg te lopen en door te tellen. C danst nu op zich zelf en zijn houding wordt rechter. Ik besluit te stoppen met	K. pakt de bewegingen en het ritme vrij snel op. Als ik haar vraag waar dat aan ligt geeft ze aan dat de muziek haar veel steun geeft. Dit heeft vooral te maken met het ritme en de bewegingen die herhalend zijn en tegelijkertijd aan elkaar vast zitten waardoor ze niet hoeft te stoppen in haar beweging. K verteld dat ze op deze manier door kan bewegen. Wanneer we de frases nog eens herhalen op andere muziek zie ik dat ze moeite heeft met het veranderde ritme. Ik laat haar zelf zoeken naar het ritme en ze weet deze op te pakken. Haar houding veranderd wanneer ze danst. De grootste verandering vindt plaats in haar bovenlichaam, deze ontspant steeds meer na mate zij de bewegingen herhaald. Er komt meer ruimte tussen haar

	tellen. Hij pakt nu het ritme zelfstandig over.	armen en haar romp en ik kan haar ademhaling zien. Daarnaast gaat K. ook rechtop staan. Dit heeft te maken met het feit dat ze haar gewicht meer naar haar centrum weet te verplaatsen. Het alsof ze letterlijk meer lucht krijgt. Haar bewegingen worden soepeler en wanneer de dans stopt is zij instaat haar armen naast haar lichaam te laten zakken. Haar voeten staan nog dicht bij elkaar waardoor haar passen vrij klein zijn. Haar lichaam krijgt dus meer ruimte maar ze neemt zelf nog geen ruimte in.
Cooling down: Bewegen op muziek en luisteren naar het lichaam.	Zijn houding blijft recht en zijn bewegingen zijn groter en hij neemt meer ruimte in.	K. beweegt nog steeds soepel maar ik zie haar houding weer langzaam verstijven al is het niet in die mate als bij binnenkomst.
Afronding: Een kort gesprekje. Reflectie op de sessie door de cliënt zelf.	Ik geef C. terug dat hij instaat is zelf te dansen en vraag hem hoe dat volgens hem mogelijk is. Hij legt de oorzaak buiten zichzelf door aan te geven dat dit te maken heeft met dat hij mij kon kopiëren.	K. kan zonder enige moeite in de stoel gaan zitten. Ook het veranderen van richting gaat goed. Bij het opstaan uit de stoel heeft zij geen hulp nodig.
Laban observatie: Ik noteer de verandering in de bewegingsobservaties ten aan zien van sessie 1. De verandering ontstonden in deze sessie met name tijdens de hoofdactiviteit.	Body: <u>Initiatie:</u> Meer vanuit de heupen en de romp <u>Connectie:</u> door het hele lichaam. Shape: Open Space: <u>Lagen:</u> Middenlaag <u>Vlak:</u> muur <u>as:</u> Verticale as is duidelijker zichtbaar <u>Kinesfeer:</u> Groter dan bij binnenkomst Effort: <u>Space:</u> veranderd van indirect naar direct <u>Weight:</u> C. gebruikt zijn gewicht meer vanuit zijn centrum waardoor hij ook meer gegrond is <u>Time:</u> sustained <u>Flow:</u> Bound	Body: <u>Initiatie:</u> meer vanuit de romp dan vanuit de schouders <u>Connectie:</u> door het hele lichaam Shape: Open Space: <u>Lagen:</u> Middenlaag <u>Vlak:</u> Meer tafel <u>As:</u> verticale as <u>kinesfeer:</u> groter dan bij binnenkomst Effort: <u>Space:</u> Direct <u>Weight:</u> meer naar haar centrum: haar buik en heupen. <u>Time:</u> Sustained <u>Flow:</u> Bound

Sessie 3: Doelstelling: Kennismaking met elkaar de therapeut en het medium		
Medium: Werkwijze: Randvoorwaarden: Materialen:	Cliënt observaties 1 De heer C.	Cliënt observaties 2 Mevrouw K.
Binnenkomst Een kort gesprekje	C. heeft wat last van koude voeten en handen en ze zien er paars uit. Zijn doorbloeding is voor het moment niet zo goed.	K. heeft moeite in de stoel te komen. Daarbij krijgt ze bij het veranderen van de richting weer een freeze. Monique helpt K door haar handen vast te houden en samen al wiegend haar uit de freeze stand te helpen.
<u>Warming- up:</u> <u>Oefening rond ritme.</u> Alle deelnemers zitten in cirkel. We leggen de handen op elkaar de linkerhand is boven en de rechter onder de hand van de buurman/vrouw. Het is de bedoeling dat we een klap op de hand geven van de persoon rechts naast je en deze geeft de klap weer door en geeft iedereen de klap door. <u>Appelwaarde:</u> Het is een oefening die de nadruk legt op je linker en rechterkant van je lichaam. Daarnaast vraagt het concentratie omdat je op de ander en op de groep moet anticiperen. Het is de kunst als groep uiteindelijk tot één ritme te komen. <u>Een vorm van de Chase Cricle.</u> Ik begin de bewegingen en de cliënten volgen mijn bewegingen. Ik verander mijn beweging door de veranderingen die ik bij de cliënten in hun beweging zie over te nemen. Vervolgens geef ik hen om de beurt de opdracht om een eigen beweging in te brengen die de groep na doet. Wanneer de cliënt het gevle heeft dat het voldoende is geweest mag hij de beurt door geven aan zijn buurman. Het gaat hierbij om bewustwording van eigen beweging, zelf expressie, non- verbale communicatie in beweging en groepsinteractie.	<u>Oefening rond ritme:</u> C. heeft moeite met moeite met de coördinatie tussen links en rechts. Hij is geconcentreerd met zijn handen bezig en kijkt dan ook naar wat zijn handen uitvoeren. Als of hij zijn handen vanuit zijn gedachte aanstuurt. Ik links van C. en voel aan zijn hand dat, wanneer hij over de opdracht na gaat denken, de tremor terug komt. Vervolgens geef ik de opdracht (aan de hele groep) dat zij de aandacht moeten verleggen van de handen naar het luisteren naar het ritme en dat de deelnemers hierbij ook niet naar de handen mogen kijken maar naar het midden van de kring. Ik zie bij C. direct de tremor verdwijnen. Hij gaat het ritme voelen. Er ontstaat een connectie tussen de linker en rechter hand van C. waardoor zijn coördinatie beter verloopt. <u>Chase:</u> wanneer ik de bewegingen start kopieert C. mijn bewegingen nauwkeurig. Ik bemerk in zijn manier van kopiëren toch iets eigens in zijn manier van bewegen. Het zit hem in kleine initiaties in zijn beweging. Deze initiatie pak ik op in mijn beweging en de groep neemt het over. Bij c. observeer ik vervolgens dat de initiatie vergroot wordt en meer ruimte krijgt. wanneer C de beurt krijgt om een beweging in te brengen, geeft hij	<u>Oefening rond ritme:</u> K. pakt het ritme snel op. Wanneer de groep gezamenlijk tot één ritme weet te komen begint zijn zij als eerste met het experimenteren. <u>Chase:</u> K. kopieert mijn bewegingen. Wanneer ik het accent op het ritme leg pakt ze snel op en haar bewegingen worden soepeler en haar bovenlichaam krijgt weer wat ruimte. Opvallend is dat ze haar voeten naast elkaar heeft staan en haar knieën op slot waardoor ze uit balans raakt. Ik geef haar de ruimte haar voeten wat meer uit elkaar te zetten en haar knieën te ontspannen zodat ze wat meer stevigheid krijgt. Vanuit deze positie starten we opnieuw de bewegingen. Haar bewegingen worden krachtiger en ik neem dit op in de beweging voor de groep. Dit stimuleert haar nog krachtiger te bewegen waardoor haar balans beter wordt en haar gewicht meer naar het midden van haar lichaam komt. Wanneer zij de beurt krijgt om een beweging in te brengen merk ik dat haar stijfheid haar in de weg zit. ze kan haar bewegingen om die reden niet afmaken. Samen met de groep starten we een basis ritme op die ze weer snel oppakt. Ik geef aan de eerste beweging te maken die in haar opkomt. Het lukt haar nu een beweging af te maken en door te bewegen. De groep bekrachtigt

	hem dit maal niet door maar kiest voor een beweging die hij eerder bij mij heeft gezien. Hij krijgt er zichtbaar plezier in wanneer hij ziet de groep zijn bewegingen na doet. Dit kun je zien aan dat hij rechtop gaat staan en lacht.	haar beweging en het ritme wat haar de steun geeft om de beweging vol te houden. Hoe vaker zij hem herhaald hoe rechter ze gaat staan.
<u>Hoofdactiviteit:</u> Dans aanleren. Muziek: Nina Simone en de Gypsy Kings	C. kopieert mijn bewegingen maar kijkt niet meer naar mijn voeten maar de ruimte in. Wanneer ik vraag welke beweging er aan de twee frases geplakt zou kunnen worden neemt hij het initiatief om een beweging uit de warming- up toe te voegen.	K. heeft veel steun het ritme en het herhalen van de bewegingen. Haar houding is rechter en ze neemt meer ruimte in door haar passen groter te maken en haar voeten breder uit elkaar te zetten.
<u>Cooling down:</u> Bewegen op muziek en luisteren naar het lichaam.	Bewegingen zijn groter. Het ademen door de buik lukt	K. beweegt soepeler en kan gedurende het hele nummer op één plek blijven staan. Wel zie ik haar houding licht verstijven.
<u>Afronding:</u> Een kort gesprekje. Reflectie op de sessie door de cliënt zelf.	C. verteld dat hij een goed gevoel heeft over de therapie. Het houdt hem in beweging.	Gaan zitten en opstaan uit de stoel gaat zonder hulp. Ook trap lopen gaat sneller.
<u>Laban observatie</u> De veranderingen die ik genoteerd heb aan de hand van de verandering die in de beweging ontstaat zijn het zelfde als de veranderingen bij sessie 2. Vandaar dat ik bij deze sessie dezelfde notatie beschrijf als bij sessie 2. Het verschil ten aanzien van sessie 2 met deze sessie is dat de veranderingen zich al voordeden tijdens de warming- up.	Body: <u>Initiatie:</u> Meer vanuit de heupen en de romp <u>Connectie:</u> door het hele lichaam. De connectie tussen links en rechts is meer in balans. Shape: Open Space: <u>Lagen:</u> Middenlaag <u>Vlak:</u> muur <u>as:</u> Verticale as is duidelijker zichtbaar <u>Kinesfeer:</u> Groter dan bij binnenkomst Effort: <u>Space:</u> veranderd van indirect naar direct <u>Weight:</u> C. gebruikt zijn gewicht meer vanuit zijn centrum waardoor hij ook meer gegrond is <u>Time:</u> sustained <u>Flow:</u> Bound	Body: <u>Initiatie:</u> meer vanuit de romp dan vanuit de schouders <u>Connectie:</u> door het hele lichaam Shape: Open Space: <u>Lagen:</u> Middenlaag <u>Vlak:</u> Meer tafel <u>As:</u> verticale as <u>kinesfeer:</u> groter dan bij binnenkomst Effort: <u>Space:</u> Direct <u>Weight:</u> meer naar haar centrum: haar buik en heupen. <u>Time:</u> Sustained <u>Flow:</u> Bound

Sessie 4: Doelstelling: Kennismaking met elkaar de therapeut en het medium		
Medium: Werkwijze: Randvoorwaarden: Materialen:	Cliënt observaties 1 De heer C.	Cliënt observaties 2 Mevrouw K.
<u>Binnenkomst</u> Een kort gesprekje	Koude handen en voeten.	K. heeft moeite in de stoel te komen. Daarbij krijgt ze bij het veranderen van de richting weer een freeze. Monique helpt K door haar handen vast te houden en samen al wiegend haar uit de freeze stand te helpen.
<u>Warming- up:</u> Chase: Ik begin de bewegingen en de cliënten volgen mijn bewegingen. Ik verander mijn beweging door de veranderingen die ik bij de cliënten in hun beweging zie over te nemen. Muziek: Gypsie Kings	C. volgt mij in mijn beweging maar kopieert ze niet. Het verschil tussen volgen en kopiëren zit hem met name in het zien doordat hij niet meer naar mijn voeten kijkt en meer recht op staat. De tremor is zichtbaar bij de start van de oefening maar verdwijnt tijdens het bewegen. Ik benoem de veranderingen in bewegingen in de groep en bij wie ik ze zie. Zodra C. zich hiervan bewust wordt neemt hij het initiatief om bewegingen in te brengen. Dit zijn, zijn eigen bewegingen omdat ik ze nog niet eerder bij één van ons heb gezien. Hij varieert van bewegingen zonder te stoppen en geeft de beurt door aan zijn buurvrouw.	K. pakt de bewegingen snel op. Wanneer zij een beweging inbrengt gebeurt dit vanuit het ritme van de muziek. Dit is haar uitgangspunt om vervolgens te variëren in beweging
<u>Hoofdactiviteit:</u> Leiden en volgen: In twee dansen ze de aangeleerde frases van sessie 1 tot en met 3 tegenover elkaar. Vervolgens krijgt één van de twee de leiding en de ander volgt. De bewegingen mogen gebaseerd zijn op de frase maar ze mogen ook veranderd worden naar eigen bewegingen. Vervolgens wordt er gewisseld van leiding. Muziek: Enya	Ik vorm een tweetal met C. Hij geeft mij als eerste leiding. Hij volgt mij in mijn beweging. Vervolgens geef ik hem de leiding. Hij blokkeert en de tremor komt in zijn rechter hand. Ik neem even de leiding door het ritme op te pakken. Het lukt hem deze bewegingen op te pakken en hij zit goed in het ritme. De tremor verdwijnt. Vervolgens pak ik bewegingen die ik bij hem zie op en geef dit aan hem terug. Hij herkend ze en neemt de leiding over.	K. vormt een tweetal met Monique. Van Monique krijg ik het volgende terug: K. beweegt soepel wanneer zij houvast heeft aan het ritme. Ze geeft aan dat leuke muziek een steun voor haar is. Ze kan de leiding overnemen en eigen bewegingen inbrengen.
Cooling down: Rustige doorgaande bewegingen op de muziek met als doel te ontspannen. Muziek: Beethoven	Klassieke muziek spreekt C erg aan. Het voelt voor hem als thuis. Zijn bewegingen worden zachter en ronder.	K. haar lichaam is meer ontspannen en haar bewegingen worden lichter en sierlijker op de muziek. Ondanks het feit dat er in deze muziek minder duidelijk een ritme te herkennen is kan K.

		Ze geeft zelf aan dat ze het ritme tijdens deze oefening minder nodig heeft omdat het ritme haar tijdens de vorige oefeningen al geholpen heeft.
<u>Afronding:</u> Een kort gesprekje. Reflectie op de sessie door de client zelf.	Ik vraag C. hoe het komt dat hij nu zelf initiatief neemt en zelf instaat is een ritme op te pakken. Hij geeft aan dat hij daarover niet na heeft gedacht. Ik geef hem terug dat dat misschien wel het geen is waardoor hij het kon. Hierop schiet hij in de lach en geeft inderdaad aan dat hij op dat moment niet meer aan het ritme dacht.	K. beweegt soepeler dan ze binnenkomst. Ze geeft aan dat leuke muziek haar helpt in haar bewegingen. Leuke muziek is voor haar vrolijke, zonnige muziek.
Laban observatie	Body: <u>Initiatie:</u> Meer vanuit de heupen en de romp <u>Connectie:</u> door het hele lichaam. De connectie tussen links en rechts is meer in balans. Shape: Open Space: <u>Lagen:</u> Middenlaag <u>Vlak:</u> muur <u>as:</u> Verticale as is duidelijker zichtbaar <u>Kinesfeer:</u> Groter dan bij binnenkomst Effort: <u>Space:</u> veranderd van indirect naar direct <u>Weight:</u> C. gebruikt zijn gewicht meer vanuit zijn centrum waardoor hij ook meer gegrond is <u>Time:</u> sustained <u>Flow:</u> Bound	Body: <u>Initiatie:</u> meer vanuit de romp dan vanuit de schouders <u>Connectie:</u> door het hele lichaam Shape: Open Space: <u>Lagen:</u> Middenlaag <u>Vlak:</u> Meer tafel <u>As:</u> verticale as <u>kinesfeer:</u> groter dan bij binnenkomst Effort: <u>Space:</u> Direct <u>Weight:</u> meer naar haar centrum: haar buik en heupen. <u>Time:</u> Sustained <u>Flow:</u> Bound

Informatie en aanmelding

Voor verdere informatie kunt u ons bellen op:

T 035 – 603 59 97 of

Mailen naar:

E info@medischtrainingsinstituutsoest.nl

Langs beide wegen kunt u uw gegevens achterlaten, waarna wij u zullen terugbellen voor evt. verdere uitleg en aanmelding.

Na aanmelding zullen wij een eerste afspraak met u maken voor een intake.

Vervolgens spreken wij de therapietijden af en gaan we samen aan de slag!



U vindt ons in het centrum van Soest:



U kunt uw auto parkeren in de winkelstraat of parkeerplaats Albert Heijn (1,5 uur/blauwe schijf).

Indien u slecht ter been bent kunt u gebruik maken van één van de drie parkeerplaatsen direct naast ons pand, gelegen achter de winkel van Scheer & Foppen. Tot ziens!



Informatie
Dans- en Bewegintherapie
voor Parkinsonpatiënten



Medisch Trainingsinstituut Soest

Van Weestraat 211a

3761 CD Soest

T 035 603 59 97

E info@medischtrainingsinstituutsoest.nl

I www.medischtrainingsinstituutsoest.nl

DANS- BEWEGINSTHERAPIE VOOR MENSEN MET DE ZIEKTE VAN PARKINSON BIJ METRIS SOEST

INTRODUCTIE DANS- EN BEWEGINGSTHERAPIE

Dans- en bewegingstherapie is een cliëntgerichte, ervaringsgerichte en psychotherapeutische therapie waarbij men zich uitdrukt door middel van beweging en dans. Deze vorm van psychotherapie neemt de beweging en het lichaam als uitgangspunt voor het verbeteren van onder andere de sociale, emotionele en fysieke ontwikkeling. Binnen danstherapie staat het 'doen en ervaren' centraal. Hiermee wordt bedoeld dat men zich door te dansen of bewegen bewust kan worden van emotionele en fysieke processen en deze kan koppelen naar het dagelijks handelen.

Dans kan op verschillende manieren worden ingezet. Zo kan er geïmproviseerd worden op muziek of gebruik gemaakt worden van verschillende aspecten uit bestaande dansstijlen. Bijvoorbeeld: Salsa, jazz of klassiek.



Bron foto; Volkskrant november 2008

Dans- en bewegingstherapie valt sinds 2006 onder de vaktherapieën, waaronder ook dramatherapie, muziektherapie, beeldende therapie en Psycho motorische therapie vallen.

BEHANDELING EN MOGELIJKE EFFECTEN VAN DANS- EN BEWEGINGSTHERAPIE BIJ PARKINSON

De therapie richt zich op verschillende aspecten van de ziekte van Parkinson waar de persoon altijd centraal staat. Dit houdt in dat er nauwkeurig wordt gekeken, geluisterd en aangesloten wordt op de wensen en behoeften van de persoon zelf. In plaats van de nadruk te leggen op de beperking van het lichaam komt deze in de behandeling te liggen op de mogelijkheden er van.

Enkele mogelijke effecten van danstherapie bij de behandeling van Parkinson zijn onder andere:

- Door het synchroon laten lopen van de beweging op het ritme van de muziek is het mogelijk de tremor even uit te stellen en kan er rust ontstaan in het lichaam, kunnen de spieren ontspannen en stijfheid verminderen. Alledaagse bewegingen als lopen, zitten, opstaan, iets oppakken kunnen verbeteren.
- De therapie kan helpen bij het zoeken naar balans, evenwicht en coördinatie in de ruimte: leren omgaan met het uit balans raken. Hoe blijf ik stevig op de grond staan of de grond onder mijn voeten voelen?
- Acceptatie van het veranderende lichaam: leren omgaan met, of een plek geven van emoties en gevoelens die bij het veranderingsproces van het lichaam een rol spelen of gaan spelen.
- Trainingsgerichte oefeningen afgestemd op de praktijk: leren omgaan met situaties (die eventueel voor spanning kunnen zorgen) waarin de tremor zich voordoet en kan verergeren.
- Plezier beleven is een belangrijk onderdeel van de therapie. De verandering van het lichaam kan nare situaties, heftige gevoelens en emoties met zich meebrengen die voor iedereen verschillend zijn. In dans- en bewegingstherapie wordt de ruimte geboden hier expressie aan te geven zodat deze gevoelens en emoties niet opgekropt raken (wat zichtbaar kan worden in het lichaam, denkend bijvoorbeeld aan verkrampt) maar een plek krijgen. Plezier biedt een belangrijke mogelijkheid om even te kunnen ontladen of om op een andere, plezierige manier met het lichaam bezig te zijn.
- § Het sociale aspect is hierin een belangrijk onderdeel. In groepstherapie kunnen ervaringen gedeeld worden en is er ruimte voor contact met anderen.

ONDERZOEK EN MEDIA

Er is momenteel veel onderzoek gaande naar Parkinson en beweging.

In veel wetenschappelijke artikelen wordt ingegaan op het belang van de combinatie bewegen en muziek. Uit onderzoek blijkt dat veel mensen met de ziekte van Parkinson baat hebben bij deze combinatie, omdat het lichaam in staat is te anticiperen op het ritme en hierdoor de bewegingen kunnen synchroniseren. Bij vele mensen is gebleken dat de dagelijkse bewegingen als lopen op een rechte lijn, schrijven, zitten of staan is verbeterd.

In een in 2007 verschenen rapport van TNO werd door Overbeek onderzocht wat de intensiteit is van verschillende dansvormen en in hoeverre dansen kan bijdragen aan het behalen van de Nederlandse Norm Gezond Bewegen (NNGB) voor personen van 55 jaar of ouder. De uitkomst van dit onderzoek was dat Salsadansen voldoende intensief blijkt te zijn om bij te dragen aan de NNGB.

Ook in de media wordt er op dit moment veel aandacht besteed aan de effecten van dans en mensen met de ziekte van Parkinson. voorbeelden van publicaties en uitzendingen: artikel Volkskrant: Cubaans medicijn van 25 oktober 2008; artikel Dans magazine: De medicinale kracht van Salsa en een uitzending van man bijt hond op 24 november 2008.

DANS- EN BEWEGINGSTHERAPIE BIJ METRIS

Bij Metris wordt vanaf februari 2009 dans- en bewegingstherapieën aangeboden voor mensen met de ziekte van Parkinson.

Dit gebeurt onder supervisie en begeleiding van een fysiotherapeut. Iedereen die hierin geïnteresseerd is kan voor informatie of aanmelding (na doorverwijzing van de huisarts voor fysiotherapie), contact opnemen met:

Medisch Trainingsinstituut Soest, tel. 035 603 59 97
Email: info@medischtrainingsinstituutsoest.nl

DANS- EN BEWEGINGSTHERAPIE VOOR MENSEN MET DE ZIEKTE VAN PARKINSON



Bron foto: De Volkskrant

Bij Medisch Trainingsinstituut Soest (METRIS) wordt vanaf maart gestart met dans – en bewegingstherapie voor mensen met de ziekte van Parkinson

Uit onderzoek blijkt, dat mensen met de ziekte van Parkinson baat hebben bij de combinatie van muziek en beweging. Bij veel mensen is gebleken, dat de dagelijkse bewegingen als lopen op een rechte lijn, schrijven, zitten of staan door het dansen is verbeterd. Daarnaast is dans een manier om te kunnen ontspannen, plezier te beleven of te kunnen ontladen.

De therapie zal aangeboden worden onderleiding van Monique van der Horst (fysiotherapeute) en Ilona van de Meent (studente dans- en bewegingstherapie)

Informatie over danstherapie en andere groepstherapieën is te verkrijgen via www.medischtrainingsinstituutsoest.nl of telefonisch: 035 – 603 59 97.

U vindt METRIS op de van Wedestraat 211, 3761 CD Soest.