

Dansend door het leven, met of zonder klachten.



Actiegericht onderzoek binnen dans- bewegingstherapie bij
patiënten met onverklaarde lichamelijke klachten.

Auteur:	M.M.C.P. Kerstens
Afstudeerrichting:	Creatieve therapie dans- beweging
Studentnummer:	0801550
Begeleider:	I. van Keulen

Hogeschool Zuyd Heerlen, Faculteit Gezondheid en Zorg 30 mei 2012

Inhoudsopgave.

Inhoudsopgave.	Blz. 2
Voorwoord.	Blz. 4
Inleiding.	Blz. 6
Hoofdstuk 1: Probleemstelling, vraagstelling en doelstelling.	Blz. 7
1.1 Probleemgebied.	Blz. 7
1.2 Resultaten uit onderzoek en literatuur.	Blz. 8
1.3 Belangrijke begrippen.	Blz. 10
1.4 Vraagstelling.	Blz. 12
1.5 Doelstelling.	Blz. 12
Hoofdstuk 2: Onderzoekstype en methode.	Blz. 13
2.1 Onderzoekstype: Ontwikkelingsgericht onderzoekstype.	Blz. 13
2.2 Onderzoeksmethode: Actiegericht onderzoek.	Blz. 13
Hoofdstuk 3: Voorfase en oriëntatiefase.	Blz. 14
3.1 Voorfase.	Blz. 14
3.2 Oriëntatiefase.	Blz. 14
Hoofdstuk 4: Diagnostische fase.	Blz. 16
4.1 Hulpvraag vanuit de patiënten en of derden.	Blz. 16
4.2 Indicatie danstherapie.	Blz. 17
4.3 Randvoorwaarden.	Blz. 17
Hoofdstuk 5: Ontwikkelfase.	Blz. 18
5.1 Werkvormen binnen de therapieën.	Blz. 18
Hoofdstuk 6: Evaluatie.	Blz. 23
6.1 Dataverzamelingstechnieken.	Blz. 23
6.2 Evaluatie data- analyse.	Blz. 24
6.2.1 Vragenlijst analyse.	Blz. 24
6.2.2 Bewegingsmateriaal analyse.	Blz. 27
6.3 Evaluatie onderzoek.	Blz. 32
6.3.1 Kwaliteitscriteria.	Blz. 32
6.3.2 Veranderingen ten aanzien van het conceptueel plan.	Blz. 33
6.3.3 Analogie van de therapie.	Blz. 34
Hoofdstuk 7: Discussie.	Blz. 36
7.1 Onderzoek.	Blz. 36
7.1.1 interpretatie en verklaring resultaten.	Blz. 36
7.1.2 Sterkte en zwakte analyse.	Blz. 40
7.1.3 Vervolgonderzoek	Blz. 41
7.1.4 Beschrijving of het onderzoek op de voorgenomen wijze gerealiseerd is.	Blz. 41
7.2 Werkmodel.	Blz. 42
7.2.1 Integratie van de resultaten in een nieuw werkmodel.	Blz. 42
7.2.2 Nieuwe en oude werkmodel vergelijken.	Blz. 45
Hoofdstuk 8: Samenvatting.	Blz. 46
Bronvermelding.	Blz. 48

Bijlage 1: Pico.	Blz. 50
Bijlage 2: Werkvormen uit de therapie.	Blz. 51
Bijlage 3: Vragenlijst begin.	Blz. 56
Bijlage 4: Vragenlijst einde.	Blz. 58

Voorwoord.

De dokter heeft me naar een psychotherapeut gestuurd.
Hij zegt dat het tussen de oren zit.
Zelf ben ik daar nog niet zo van overtuigd.
Het is waar, ze hebben me helemaal binnenste buiten gekeerd in het ziekenhuis.
Ze hebben een scan van mijn hoofd gemaakt en ze hebben bloed geprikt.
Er was niets te vinden, maar die duizeligheid moet toch ergens vandaan komen.
Ik heb wel vaker lichamelijke klachten gehad.
Ik heb ook vaak pijn in mijn buik.
Die pijn kan zo oplopen dat ik niet kan zitten of staan.
Soms lig ik te rollen van de pijn op mijn bed.
Maar ze kunnen niets vinden.
Zoiets kan toch niet 'tussen de oren' zitten (singel54, n.d.)?

Het is een herkenbaar verhaal voor patiënten met onverklaarde lichamelijke klachten. Het komt vaak voor dat huisartsen en specialisten na uitgebreid onderzoek geen verklaring kunnen vinden voor klachten van patiënten. Het ontbreken van een medische verklaring betekent niet dat de klachten gefantaseerd zijn. De klachten bestaan daadwerkelijk, ook al zijn deze niet te verklaren.

Als de klachten lang duren, hebben ze vaak psychologische en sociale gevolgen, zoals problemen op het werk, gevoelens van onzekerheid, angst of depressie en spanningen in het gezin en / of de relatie.

Een vicieuze cirkel is daarbij een logisch, maar gevaarlijk vervolg. Vanuit spanningen, onzekerheden en angsten kunnen klachten verergeren. De spanning die ontstond vanuit de onzekerheden die artsen geven, kunnen voor nog meer spanning zorgen. De spanning slaat op in het lichaam, waardoor de lichamelijke klachten verergeren.

Maar waar komen die klachten dan wel vandaan? Dit is een vraag waar haast geen antwoorden op te vinden zijn. Het kan zijn dat deze klachten te maken hebben met psychische klachten. Hierbij komen dan vaak trauma's of onverwerkte situaties, negatief zelfbeeld en andere persoonlijkheidskenmerken naar voren. Het is niet juist om de conclusie te trekken dat er een psychologische oorzaak is voor de klachten, maar er kan zeker wel een verband tussen zijn. Ook voor psychische klachten geldt dat deze eerst moeten worden vastgesteld, voordat ze er werkelijk zijn.

Ons lichaam vertelt ons alles over hoe we ons voelen, wanneer we iets willen uiten of wanneer we een grens bereikt hebben. Bij patiënten met onverklaarde lichamelijke klachten zijn deze signalen lastig te herkennen en te voelen. Distantie van het lichaam is groot, waarbij het lastig is om stil te staan bij het lichaam en naar het lichaam te luisteren.

De afgelopen tijd ben ik erg geïnteresseerd geraakt in onverklaarde lichamelijke klachten.

Als danstherapeute ben ik van mening dat het werken met het lichaam mensen weer dichterbij zichzelf in contact kan brengen. Door het lichaam in te zetten, vinden mensen weer een stukje van zichzelf terug.

Om mensen weer te laten voelen wie ze zijn en wat het lichaam hen verteld, is natuurlijk een prachtig resultaat. Het interesseert mij om mensen het vertrouwen terug te laten vinden in hetgeen wat alles vertelt en duidelijk maakt.

Het lichaam is namelijk zo belangrijk en het 'zegt' zo veel over onszelf.

Ik wil de patiënten van het psychotherapeutisch dagcentrum in Tilburg bedanken voor hun openheid, echtheid en vertrouwen om mijn onderzoek bij hen te kunnen uitvoeren. Allemaal hebben ze zich ingezet om dit onderzoek neer te kunnen zetten, waar ik ze erg dankbaar voor ben.

Verder wil ik Bella Martens bedanken voor haar ondersteuning en uitdaging tijdens het onderzoek. Zij heeft mij weer meer bewuster gemaakt van hoe ik werk en wat mijn manier van handelen is. Haar enthousiasme, kennis, vertrouwen en support heb ik erg op prijs gesteld.

Verder wil ik Christa Snoeijer bedanken voor haar ondersteuning tijdens het analyseren van de beweging. Haar kennis en inspiratie zijn een belangrijke inbreng geweest tijdens dit onderzoek.

Ook wil ik Gerrit Delfstra bedanken voor zijn geloof in danstherapie, gelijkwaardigheid en kennis.

Het team van het psychotherapeutisch dagcentrum wil ik ook bedanken, voor een gezellige en leerzame periode.

Tot slot wil ik Ina van Keulen bedanken. Zij heeft mij begeleid tijdens het schrijven van deze scriptie. Haar kennis, enthousiasme, interesse en fijne begeleiding waren telkens een motivatie om weer aan het werk te gaan.

Zonder deze mensen had ik niet zo'n mooi onderzoek kunnen doen. Bedankt!

Inleiding.

Deze scriptie is het eindresultaat van het actiegericht onderzoeksproject naar dans- bewegingstherapie voor patiënten met onverklaarde lichamelijke klachten. De ontwikkelingen en de bevindingen in dit proces zijn stap voor stap per hoofdstuk beschreven, wat uiteindelijk mijn scriptie is geworden.

In hoofdstuk 1 staat de probleemstelling, vraagstelling en doelstelling beschreven. In het probleemgebied staat beschreven waarom ik heb gekozen voor de doelgroep en waarom ik mijn keuzes heb gemaakt om me binnen het onderzoek op OLK patiënten te richten. Mijn handelen als therapeut voordat ik begon aan dit onderzoek staat hierin ook beschreven, net als belangrijke begrippen uit het onderzoek en resultaten uit onderzoek en literatuur over het probleemgebied. In de vraagstelling staat beschreven welke vraagstelling ik heb onderzocht, gevolgd door de doelstelling die ik daar aan heb gekoppeld, waarin staat wat ik wil bereiken.

In hoofdstuk 2 is het onderzoekstype en de onderzoeksmethode uitgewerkt. Hierin staat beschreven waarom ik heb gekozen voor ontwikkelingsgericht, actiegericht onderzoek. Waarom dit passend is bij de vraagstelling, is een belangrijk onderwerp in dit hoofdstuk.

In hoofdstuk 3 is de voorfase en de oriëntatiefase beschreven. In de voorfase zijn belangrijke actoren beschreven die betrokken zijn in het onderzoek. In de oriëntatiefase is beschreven waar het onderzoek op gericht is en wat het precieze doel is van het onderzoek. De samenwerking tussen de actoren en mij zijn hierin ook beschreven.

In hoofdstuk 4 is de diagnostische fase beschreven. Er staat beschreven wat voor hulpvragen er waren vanuit het dagcentrum, maar ook vanuit de patiënten. Voordat de therapieën gestart konden worden, was het belangrijk om een indicatiestelling te maken voor de patiënten en bepaalde randvoorwaarden te stellen voor de therapieën die ook beschreven staan in deze fase.

In hoofdstuk 5 staat beschreven wat er aan is geboden binnen de therapieën. De verschillende fases en de werkvormen zijn hierin beschreven. In dit hoofdstuk staat dus beschreven hoe de therapieën zijn vormgegeven en wat belangrijk was tijdens de therapieën. Een complete beschrijving van deze therapieën, staan uitgeschreven in bijlage 2.

Hoofdstuk 6 staat in het teken van de evaluatie. Dit hoofdstuk is opgebouwd uit twee delen, de evaluatie van de data- analyse en de evaluatie van het onderzoek. In de evaluatie van de data- analyse staat beschreven hoe de data geanalyseerd zijn en welke technieken daarvoor zijn gebruikt. De resultaten vanuit de vragenlijsten en de observaties zijn weergegeven. De resultaten zijn op een feitelijke manier weergegeven, waarin mijn mening en onderbouwing nog niet zo naar voren komt. Er staat beschreven wat patiënten terug hebben gegeven en wat zichtbaar is geweest in beweging.

In de evaluatie van het onderzoek staat beschreven waarom het onderzoek evidence based is. De kwaliteitscriteria zijn hierin beschreven. Verder zijn de veranderingen ten aanzien van het conceptueel plan en de analogie van de therapie beschreven.

In hoofdstuk 7 is de discussie ook opgebouwd uit twee delen; het onderzoek en mijn werkmodel. In het deel van het onderzoek staat de interpretatie en verklaring van de resultaten beschreven. Hierin zal ik in tegenstelling tot hoofdstuk 6, de evaluatie, wel mijn eigen ideeën en mening geven ten aanzien van de resultaten. Deze zijn wel onderbouwd vanuit de feiten en vanuit literatuur. Verder zal hier het antwoord op de vraagstelling, de sterkte en zwakte analyse van het onderzoek, voorgesteld vervolgonderzoek, en een beschrijving of het onderzoek op de voorgenomen wijze gerealiseerd is, beschreven worden.

In het tweede deel, mijn werkmodel, is de integratie van de resultaten verwerkt in een nieuw werkmodel. Mijn oude en nieuwe werkmodel zijn hier vergeleken met elkaar.

In het laatste hoofdstuk, hoofdstuk 8, is er een samenvatting gemaakt van het gehele onderzoek. In een notendop is het probleem, de vraagstelling, de acties, de resultaten en de conclusie beschreven.

Hoofdstuk 1: Probleemstelling, vraagstelling en doelstelling.

1.1 Probleemgebied.

Ter voorbereiding op het onderzoek ben ik in een trechtervorm te werk gegaan.

Allereerst heb ik gekeken hoe ik vorig jaar, tijdens mijn stage te werk ben gegaan. Door te kijken op wat voor manier ik heb gewerkt en welke interventies ik heb ingezet tijdens de therapieën, heb ik mijn werkmodel onderzocht.

- Afstemmen en aansluiten.

Wat mij onder andere kenmerkt als therapeute, is dat ik in beweging veel afstem en aansluit bij de patiënt. Binnen dans en beweging kijk ik hoe ik het medium in kan zetten en wat passend is bij de patiënt. Dit kan om verschillende redenen zijn, bijvoorbeeld om te verbreden of juist om te versterken. Hierbij maak ik gebruik van het medium met de daarbij horende danselementen. In mijn manier van werken maak ik daardoor ook veel gebruik om in en met het medium te werken.

In mijn houding kan ik me ook goed afstemmen op de patiënt. Door mijn empathisch vermogen weet ik de juiste houding aan te nemen tegenover de patiënt. Soms maak ik bijvoorbeeld gebruik van humor, maar ik kan goed inschatten wanneer dit wel of niet mogelijk is.

- Structuur.

Wat mij verder kenmerkt als therapeute, is dat ik met structuur werk. De opdrachten die ik aanbied zijn duidelijk, waardoor de patiënt weet waar hij of zij aan toe is. Ik laat de opdrachten wel open, zodat ik op het moment kan inspelen en de zelfervaring voor de patiënt vrij is. Het zijn daardoor gekaderde opdrachten waar ieder op zijn eigen manier mee aan de slag kan gaan binnen dans en beweging, zodat er ontstaat wat er op dat moment bij de patiënt zelf speelt zonder dat ik thema's opleg. Ook is er een bepaalde structuur binnen de vorm van de sessie. Ik begin vrijwel altijd met een opwarming die lichaamsgericht is waarna ik daarna doorga met het algemene doel van de therapie. Als ik merk dat dit niet aansluit, zal ik de opdrachten aanpassen of anders vormgeven.

- Sturend.

In de therapie ben ik als therapeute sturend. Doordat ik gebruik maak van structuur, ben ik sturend binnen de interventies die ik pleeg. Vorig jaar, tijdens mijn stage op de PAAZ afdeling vroegen de patiënten ook om sturing in hun houding, waardoor ik dit ook veel inzette.

Ik merkte dat ik bij patiënten met onverklaarde lichamelijke klachten minder sturing gebruikte dan bij patiënten van de PAAZ afdeling, waardoor ik meer in de samen positie werkte. Hierin liet ik de patiënten meer zelf vertellen wat ze nodig hadden of waar ze mee bezig waren.

- Samen positie.

Ik werk veel in de samen positie. Door te spiegelen en mee te doen met de patiënten binnen de therapie, bied ik hen ondersteuning in beweging.

In de groep bij patiënten met onverklaarde lichamelijke klachten merkte ik dat ik veel aan de patiënten vroeg waar ze mee bezig waren en wat ze wilden bereiken of waar ze mee aan de slag wilden gaan. Ik liet de therapie aansluiten op de patiënten, en door samen te werken en input te vragen van henzelf, konden we aan de slag met bijvoorbeeld doelen.

Als beginnend / lerend therapeute heb ik meerdere werkmodellen, maar vorig jaar heb ik voornamelijk deze aspecten ingezet binnen de therapie. Ik merkte dat dit aansloot bij de patiënten, maar ook bij mezelf. Het voelde goed om bovenstaande in te kunnen zetten en dit eigen te maken. Ik heb kunnen onderzoeken wat mijn krachten zijn om in te zetten.

Vanuit mijn werkmodel, merkte ik dat mijn interesse op dat moment voornamelijk naar de OLK patiënten ging, waar ik vorig jaar onder andere mee heb gewerkt. OLK staat voor onverklaarde lichamelijke klachten. Soms heeft een arts geen medische verklaring voor lichamelijke klachten. Het is niet altijd duidelijk waarom iemand pijn heeft, zich vermoeit of beroerd voelt. Als artsen op den duur geen verklaring kunnen vinden van aanhoudende klachten, spreken zij van een onverklaarde lichamelijke klacht (VU medisch centrum, 2011).

Binnen deze doelgroep heb ik ervaren dat aansluiting, structuur, empathie, samenwerking en dans erg passend is. Dit heb ik kunnen observeren, maar ik kreeg dit ook terug van de patiënten zelf. Ik heb het daardoor ook erg leuk en interessant gevonden om met deze doelgroep te werken, omdat dit ook bij mijn eigen werkmodel aansloot.

Wat mij opviel bij deze doelgroep, was dat ik het medium in kon zetten waarin zij veel hebben ervaren. Binnen het medium heb ik veel met het lichamelijke aspect gewerkt, wat aansloot bij de klachten van deze patiënten. Doordat zij hun lichaam op een lastige en pijnlijke manier ervaren, was er vaak een distantie van het lichaam. Het werkte goed om lichaamsgerichte werkvormen aan te bieden. Hierin probeerde ik patiënten het lichaam op een andere en vernieuwende manier te laten ervaren, zodat er minder distantie kon ontstaan naar het lichaam. Ik merkte zodra patiënten meer lichaamsbewust werden, meer met zichzelf in contact konden staan en zij ook meer persoonlijke thema's ervoeren. Hier konden ze binnen verschillende therapieën mee aan de slag.

Door hier op terug te kijken, heb ik besloten om me op OLK patiënten te richten in mijn onderzoek. Ik ben benieuwd hoe er lichaamsgericht gewerkt kan worden met OLK patiënten binnen danstherapie. Binnen lichaamsgericht werken, heb ik het lichamelijke aspect als uitgangspunt genomen. Ik wilde dit graag samen met de patiënten onderzoeken in de therapie. Ik was benieuwd wat voor uitwerking dit zou hebben op de patiënten in beweging en wat ze zelf ervaren bij lichaamsgericht werken en of dit bij iedereen verschillend is, of dat er misschien een algemene conclusie uit ontstaat.

Ik heb gekozen voor het lichamelijke aspect als uitgangspunt, omdat ik dit passend vind bij de doelgroep, en heb gemerkt dat dit bij de patiënten aansluit.

Ik heb contact opgenomen met het dagcentrum dat aangesloten zit bij de afdeling psychiatrie van het Tweesteden ziekenhuis te Tilburg. Het dagcentrum heeft een speciale behandeling voor mensen met onverklaarde lichamelijke klachten, waar psychomotorische therapie onder valt.

Zij waren enthousiast over het feit dat ik bij hen onderzoek wilde komen doen. Het dagcentrum is erg actief in onderzoeken en willen zich zo veel en goed mogelijk ontwikkelen en vernieuwen. Ik heb aan de hoofdbehandelaar in een klein interview gevraagd of er op dit moment onderzoeken lopen waarin ik misschien met mijn onderzoek een aandeel in kan hebben. Als ik binnen dit onderzoek een aandeel kan hebben, is het onderzoek wat ik doe bruikbaar voor hen, wat zorgt voor een win – winsituatie. Binnenkort wordt er een nieuw onderzoek gestart over hun eigen behandeling bij OLK, dat opgedeeld is in drie niveaus. Het effect, algemene parameters en therapeutische effecten. Ik zou met mijn onderzoek aan kunnen sluiten bij de therapeutische effecten. Het probleemgebeid "lichaamsgericht werken met OLK" vonden ze op het dagcentrum een passend onderwerp om te onderzoeken. Ze waren enthousiast over het onderwerp en zijn benieuwd naar mijn resultaten.

De psychomotorische therapeute heeft mij ondersteund tijdens het onderzoeken. Bij haar heb ik uitkomsten gereflecteerd en besproken. Op het dagcentrum heb ik gebruik gemaakt van twee verschillende OLK groepen. Iedere groep had anderhalf uur PMT per week, gedurende twintig weken. Ik heb tien weken therapie gegeven aan de groepen. OLK 1 had op maandag therapie. Deze groep bestond uit negen mensen. OLK 2 had op donderdag therapie en bestond uit zes mensen.

Binnen PMT had ik de vrijheid om danstherapeutisch te werken, en hoefde ik mij niet te richten op PMT.

1.2 Resultaten uit onderzoek en literatuur.

Ik ben op zoek gegaan naar verschillende onderzoeken en literatuur om te ontdekken wat er al over OLK en lichaamsgericht werk is geschreven.

Onze gedachten, gevoelens en dingen waar we in geloven heeft invloed op onze fysieke gesteldheid. Dit kan positief of negatief zijn. In dit onderzoek staat beschreven dat wanneer patiënten emoties kunnen

uiten, zich direct beter voelen en een betere gezondheid ervaren. Patiënten die geen expressie kunnen geven aan hun gevoelens en deze vermijden, zijn vaker ziek en lijken minder goed te reageren op medische behandelingen, dan degenen die hun gevoelens wel kunnen uiten (Coughlin Della Selva, 2006, p. 540 – 541).

Wat hierboven staat beschreven vanuit het onderzoek, heeft te maken met coping binnen emotieregulatie. Coping is probleemhantering. Onze copingstijl bepaalt of levensgebeurtenissen leiden tot crisis, aanpassingsproblemen of groei. Coping kan gericht zijn op probleemoplossing en emotieregulatie. Niet- effectieve coping kan leiden tot lichamelijke klachten die samenhangen met opgekropte emoties en daardoor meestal medisch niet te verklaren zijn (Meijer, 2006, p. 27 t/m 29).

In het onderzoek van Mehling, Wrubel, Daubenmier, Price, Kerr, Silow, Gopisetty en Stewart (2011, p. 2) zijn er verschillende lichaamsgerichte therapievormen onderzocht bij patiënten, waaronder ook OLK patiënten. De aandacht wordt vooral gericht op bodyawerness. De definitie van bodyawerness in het onderzoek, staat voor de verbinding tussen lichaam en geest. Zij zeggen wanneer het lichaam in wordt gezet, men de interactie tussen het lichaam en de geest beter kan begrijpen. Het lichaam is een kerngedeelte waarin emoties en gevoelens worden opgeslagen.

Het proces wat wordt gestart binnen lichaamsgericht werken, zorgt voor verschuivingen in het bewustzijn van lichamelijke sensaties en negatieve emoties, betrokkenheid bij zelfregulering, emotieregulatie en zelfzorg en de integratie van geest, lichaam en leefwereld. Dit zorgt ervoor dat klachten beter gerationaliseerd kunnen worden en emoties niet vast blijven zitten in het lichaam. Hierdoor is er meer connectie tussen het lichaam en de geest waardoor er beter omgegaan kan worden met klachten.

In de conclusie wordt beschreven door Mehling et al. (2011, p. 11 – 12), dat lichaamsbewuste therapieën voordelen kunnen bieden in de behandeling voor patiënten met o.a. OLK.

Bodyawerness is een belangrijk onderdeel bij OLK patiënten. Patiënten voelen vaak alleen de klachten van het lichaam, maar zien geen verband tussen het lichaam en de geest of de oorsprong van de klachten. Meijer (2006, p. 33 – 36) beschrijft dat de zogenaamde klachtcirkels ervoor zorgen dat de klachten in stand blijven. Er zijn lichamelijke, psychische en sociale klachtencirkels. De manier waarop mensen hun klachten benaderen, of zich laten beïnvloeden is van groot belang voor de omgang van de klacht. Dit sluit ook weer aan bij de verbinding tussen het lichaam en de geest en de eerder beschreven coping. Wanneer men naar de klachten gaat handelen, zal het niet beter worden of zal het in stand blijven.

Meijer (2006, p. 93 – 94) beschrijft enkele lichaamsgerichte doelen die aansluiten bij danstherapeutische doelen.

- Verbeteren van lichamelijke conditie;
- Verbeteren van grounding, adempatroon, houdings- en bewegingspatroon;
- Verminderen van spierspanning;
- Verbeteren van lichaamsbewustzijn, herkennen van lichaamssignalen en spanning;
- Leren ontspannen (lichamelijk en geestelijk) en leren genieten;
- Balans vinden tussen spanning en ontspanning, pauzes en rust inbouwen.

Ook schrijft hij dat lichaamsbewustzijn emancipeert. Het maakt je verantwoordelijk voor je gezondheid en vormt de basis voor zelfhulp. Weinig lichaamsbewustzijn gaat vaak gepaard met een slechtere stresshantering en leidt eerder tot lichamelijke klachten (Meijer, 2006, p. 188).

Binnen danstherapie is lichaamsgericht werken het uitgangspunt. Dat is ook zo interessant aan het onderzoek van Mehling. Door lichaamsgericht te werken, ontstonden er inter-persoonlijke “gesprekken”, waar patiënten zelf mee in aanmerking kwamen. Vandaar dat er is gekozen om bovenstaande doelen neer te zetten en verder geen doelen gebaseerd op gevoelshantering, omdat deze waarschijnlijk zullen ontstaan vanuit het lichaamsgericht werken. Bij OLK patiënten draait het vaak in het begin voornamelijk om de klachten en nog niet om zelfreflectie.

1.3 Belangrijke begrippen.

In dit verslag en in het onderzoek zijn een aantal begrippen benoemd, die vaker naar voren komen.

- Begrip 1: Onverklaarde Lichamelijke Klachten (OLK).

OLK is de afkorting voor onverklaarde lichamelijke klachten. Onverklaarde lichamelijke klachten zijn klachten die na uitgebreid lichamelijk onderzoek niet of onvoldoende medisch verklaard kunnen worden door een lichamelijke ziekte of aandoening. Wanneer de klachten langere tijd bestaan, kan het leven van de patiënt ernstig ontwricht raken. Vaak hebben de lichamelijke klachten ook grote gevolgen op sociaal en psychisch gebied.

De oorzaak van onverklaarde lichamelijke klachten kunnen het beste als volgt omschreven worden: Door overbelasting van het zenuwstelsel door chronische stress of door bepaalde levensgebeurtenissen of traumatische ervaringen, in het leven van de patiënt, kan het lichamelijk functioneren ontregeld raken (Yulius, 2011).

- Begrip 2: Dans- bewegingstherapie.

Danstherapie is geschikt voor behandeling van lichamelijke, emotionele, sociale, psychologische en psychiatrische klachten. Klachten op deze gebieden zijn altijd terug te zien in het lichaam en in de beweging. Daardoor zijn ook via het lichaam en de beweging veranderingen op gang te brengen. Binnen danstherapie staat het 'doen en ervaren' centraal. Daarmee is het zowel een geschikte therapie voor mensen die verbaal en rationeel heel sterk zijn, als voor mensen die gemakkelijker ervaringen opdoen via de non-verbale kant. Het kan ook een goede toevoeging zijn naast verbale therapieën zoals psychotherapie (NVDAT, 2011).

In Meekums (2002, p. 4) wordt dans- bewegingstherapie als volgt omschreven: het psychotherapeutische gebruik van beweging en dans, waardoor een persoon creatief bezig kan zijn in een proces om emotioneel, cognitief, fysiek en sociaal gebied verder te kunnen integreren.

- Begrip 3: Lichaamsgericht werken.

Binnen het lichaamsgerichte werk zijn in de loop der jaren vele specifieke benaderingen ontwikkeld, die elk hun eigen ingang hebben in de samenhang tussen lichaam en geest vanuit verschillende (soms elkaar overlappende) invalshoeken. Er wordt gebruik gemaakt van technieken die ingaan op houding, beweging, aanraking, adem, stem, energie, aandacht, of een combinatie daarvan. Op deze wijze wordt gewerkt aan het samenhangende en elkaar beïnvloedende systeem van lichaam en psyche (Fenomeen magazine online, 2011).

- Begrip 4: Lichaamsbewustzijn.

Lichaamsbewustzijn is meer dan alleen het besef dat je armen en benen hebt, of een bepaalde houding hebt. Als je een goed ontwikkeld lichaamsbewustzijn hebt, ben je in staat te luisteren naar de signalen die het lichaam geeft, wanneer je bijvoorbeeld iets prettig of angstig vindt door ademhaling, spierspanning, hartslag enz. Als je lichaamsbewust bent, sta je open voor wat je lichaam vertelt over jezelf en de dingen die je doet. Iemand die lichaamsbewust is, merkt (mede) aan zijn lichaam hoe het met hem gaat. Zo kun je effectiever omgaan met stressvolle situaties. Signalen van bijvoorbeeld stress zullen sneller opgemerkt worden. Een groter lichaamsbewustzijn zorgt ervoor dat je die signalen dat er 'iets niet lekker zit' veel eerder kunt opmerken. Je kunt hier dan ook in een vroeger stadium oplossingen voor zoeken. Ook zullen de bewegingen beter voelen, en zo problemen in het bewegingsapparaat oplossen en voorkomen (medicininfo, 2010).

- Begrip 5: Lichamelijke aspect.

Binnen danstherapie zijn er drie verschillende aspecten waarmee gewerkt kan worden. Dezen zijn het sociale aspect, het expressieve aspect en het lichamelijke aspect. In mijn onderzoek wil ik me richten op het lichamelijke aspect. Hieronder valt alles wat met het lichaam te maken heeft, zoals de binnenkant van het lichaam, de spieren, gewrichten, wervelkolom etc. Maar ook wat er aan de buitenkant te zien is. Hierbij wordt voornamelijk gekeken wat iemand van zijn of haar lichaam inzet en wat iemands lichaamsbeleving is. Er wordt gekeken binnen danstherapie waar bewegingen ontstaan in het lichaam en hoe het lichaam wordt betrokken in dans- bewegingstherapie. Binnen deze aspecten worden verschillende werkvormen aangeboden waar vanuit en met het lichaam gewerkt wordt.

- Begrip 6: Psychotherapeutisch dagcentrum Tilburg.

Het psychotherapeutisch dagcentrum is een 'Psychosomatisch Centrum' wat aangesloten zit bij het TweeSteden ziekenhuis. Er is een samenwerking tussen de afdelingen psychiatrie en medische psychologie van het TweeSteden ziekenhuis. In deze scriptie wordt het psychotherapeutisch dagcentrum ook wel dagcentrum genoemd.

Het psychotherapeutisch dagcentrum is een gespecialiseerd centrum voor diagnostiek, advies en behandeling voor patiënten met onverklaarde lichamelijke klachten binnen een algemeen ziekenhuis. Patiënten met een diversiteit aan chronische, somatisch onverklaarde of onvolledig verklaarde lichamelijke klachten zoals chronische pijnklachten, klachten van het bewegingsapparaat (bijv. 'fibromyalgie'), maagdarmklachten ('prikkelbare darmsyndroom' of 'spastische darm'), cardiovasculaire klachten (bijv. onverklaarde pijn op de borst), whiplashklachten of chronische vermoeidheid.

Ze bieden een vernieuwend, samenhangend behandelaanbod, waarvan de resultaten getoetst worden. Het is een ambulante, tweedelijnszorg, deeltijd kliniek voor volwassenen.

De instelling biedt scholing op gebied van psychosomatiek/OLK en Dynamic Interpersonal Therapy.

De instelling is lid van NOLK (NOLK, 2011).

- Begrip 7: Coping.

Meijer (2006) beschrijft het volgende over coping. Hoe mensen met hun problemen omgaan, wordt ook wel coping genoemd. Mensen reageren verschillend op problemen of onplezierige gebeurtenissen. Dit wordt bepaald door de ernst van de gebeurtenis, maar ook door de (aangeleerde) copingstijl. Sommige copingstijlen zijn effectiever dan de ander. Er zijn zeven copingstijlen beschreven.

- Actief het probleem oplossen, problemen als uitdaging zien en direct ingrijpen;
- Sociale ondersteuning zoeken, iemand om hulp vragen en troost zoeken;
- Lichamelijke en geestelijke ontspanning, kalm blijven in moeilijke situaties;
- Het uiten van emoties en irritaties, je gevoelens tonen en spanningen afreageren;
- Geruststellende gedachten, je niet druk maken en optimistisch blijven;
- Afwachten, vermijden, vluchten (niets doen), de kat uit de boom kijken;
- Depressief reageren, de zaken somber inzien (Meijer, 2006, p. 28 – 29).

De noodzaak voor het onderzoek, is dat er meer onderzocht wordt op het gebied van de combinatie tussen danstherapie en OLK. Op dit moment is er erg weinig geschreven over OLK en danstherapie. Er is wel al het één en ander geschreven en onderzocht op het gebied van lichaamsgericht werken en OLK, maar nog niet specifiek op danstherapie gericht.

Danstherapie kan een goede aanvulling zijn op de behandeling van OLK. In de literatuur komt nog niet veel naar voren dat danstherapie wordt benoemd als effectieve behandeling of als aanvullende therapie. Het is belangrijk dat hier onderzoek naar wordt gedaan, om danstherapie te vertegenwoordigen en te laten blijken via dit onderzoek, dat danstherapie een belangrijke toevoeging kan zijn binnen de behandeling van OLK patiënten.

Voor mezelf is dit ook een goede ontwikkeling, omdat ik mijn eigen werkmodel binnen dit onderzoek kan testen. De vraagstelling is ontwikkeld vanuit mijn interesse en werkmodel en daardoor sowieso al leerzaam voor mezelf. Later in dit onderzoek wordt beschreven of ik mijn werkmodel opnieuw bij zal stellen of aan zal passen, en wat voor nieuwe handelingen ik toe kan voegen binnen mijn manier van

werken. Het is ook interessant voor mijn eigen ontwikkeling, omdat ik me heb gespecificeerd op bepaalde handelingen waar ik veel gebruik van maak. Ik vind het leuk om daar dan dieper op in te gaan om mijn manier van werken echt uit te diepen en te kristalliseren.

1.4 Vraagstelling.

Hoofdvraag: Hoe kun je lichaamsgericht werken met OLK patiënten binnen danstherapie en wat is de uitwerking hiervan.

Hierin is gekeken hoe er binnen het lichamelijke aspect gewerkt kan worden en wat de uitwerking is van het lichamelijke aspect binnen danstherapie bij deze patiëntenpopulatie.

Dit is onderzocht met de patiënten waarbij er samen te werk is gaan. Ik heb daarin de therapie aangeboden, maar er is samen met de patiënten gereflecteerd wat zij aan de therapie hebben gehad en wat ze uiteindelijk hebben gemerkt bij zichzelf. Op deze manier is er gekeken naar wat ze hebben geleerd binnen het werken met het lichamelijke aspect / danstherapie, en hoe zich dat uit in beweging. Dit is gedaan aan de hand van vragenlijsten en een mondelinge reflectie op het einde van de onderzoeksperiode. Vanuit hun beweging is er geobserveerd en materiaal verzameld, zodat de conclusie ook vanuit hun bewegingen geconcludeerd zijn, en eventuele veranderingen niet alleen verbaal van patiënten terug gekregen zijn.

1.5 Doelstelling.

De doelstelling van dit onderzoek is dat er een conclusie getrokken kan worden, wat voor uitwerking het lichamelijke aspect heeft op OLK patiënten, binnen danstherapie. Wat voor veranderingen en ontwikkelingen zijn er in het lichaam zichtbaar in beweging, en waar voelt en merkt de patiënt zelf de ontwikkeling? De ontwikkeling tussen de lichamelijke veranderingen en geestelijke veranderingen kunnen misschien aan elkaar worden verbonden, zodat er duidelijk naar voren komt waarom danstherapie een aansluitende vorm van therapie is.

Ook heeft het tot doelstelling om een indicatiestelling te ontwikkelen hoe er binnen het lichamelijke aspect gewerkt kan worden in danstherapie bij OLK.

Het profileren van het beroep staat hierbij centraal, doordat danstherapeuten d.m.v. dit onderzoek geïnspireerd of ondersteund kunnen worden binnen het werken met OLK patiënten in danstherapie. Hopelijk is dit een bruikbaar onderzoek, wat gepubliceerd kan worden door de hoofdbehandelaar van het psychotherapeutisch dagcentrum. Danstherapie zal daardoor ook vertegenwoordigd worden en zal via dit onderzoek blijken, dat danstherapie een belangrijke toevoeging kan zijn binnen de behandeling van OLK patiënten.

Daarnaast wil ik mijn eigen werkmodel verbreden en verdiepen door samen met de patiënten op een lichaamsgerichte manier te werken in danstherapie.

Hoofdstuk 2: Onderzoekstype en methode.

2.1 Onderzoekstype: Ontwikkelingsgericht onderzoekstype.

Er is gekozen voor het ontwikkelingsgerichte onderzoekstype. Ontwikkeling staat voor kennisvermeerdering en verbetering van situaties, waardoor er groei kan ontstaan wat zorgt voor verbetering van zorg en aanbod (Michelbrink, 2007, p. 74). Hier is voor gekozen, omdat dit type het best passend is bij de vraagstelling. Hoe kun je lichaamsgericht werken binnen danstherapie met OLK patiënten en wat de uitwerking daarvan is, is een vraag die toegespitst is op ontwikkeling en vernieuwing. Met dit onderzoek is gekeken hoe danstherapie aansluit bij OLK patiënten en wat voor uitwerking dit heeft. In eerder literatuuronderzoek is er weinig onderzocht over de combinatie danstherapie en onverklaarde lichamelijke klachten. Doordat het onderzoek op deze combinatie gericht is, is dit iets nieuws op het gebied van danstherapie. Er is geen bepaalde werkvorm of methode onderzocht, maar het is gericht op een nieuw gebied in de behandeling van OLK patiënten.

Er is gekozen voor het lichamelijke aspect. Hierin is onderzocht wat aansluit bij deze patiëntenpopulatie binnen danstherapie en wat voor uitwerking het lichamelijke aspect heeft op het lichaam zelf. Veranderingen en ontwikkelingen op lichamen gebied zijn hierin vastgesteld. Door dit onderzoek is er nieuwe informatie ontwikkeld wat ten goede zal komen voor de behandeling van OLK patiënten en danstherapie.

2.2 Onderzoeksmethode: Actiegericht onderzoek.

Er is gekozen voor actiegericht onderzoek, ook wel AO genoemd. Volgens Michelbrink (2007, p. 23) is actiegericht onderzoek een onderzoekswijze die gericht is op praktische problemen die individuele mensen of groepen mensen ondervinden in het dagelijks handelen. Dit onderzoek en deze vraagstelling sluiten aan op deze definitie van Michelbrink, omdat dit onderzoek gericht is op het verkrijgen van praktische kennis om daarmee een nieuwe vorm van behandelen bij OLK patiënten binnen danstherapie te onderzoeken en te ontwikkelen. Hoe het lichamelijke aspect ingezet kan worden is een praktisch probleem binnen danstherapie en de behandeling. Dit is tevens het probleemgebied waarop is gericht binnen dit onderzoek.

Volgens Michelbrink (2007, p. 24) werken onderzoekers en betrokkenen samen om inzicht te verwerven in de handelingsprocessen en de problemen van de betrokkenen. Dit is ook wat aansluit bij actiegericht onderzoek. Samen met de patiënten is onderzocht wat voor uitwerking het lichamelijke aspect heeft op het gebied van dans en op het gebied van persoonlijke thema's. Samen met de patiënten ben ik in actie gekomen binnen de therapie om dit te onderzoeken. Hun bewegingsmateriaal is geanalyseerd waarop nieuwe werkvormen afgestemd en aangeboden zijn. Zo is dit proces telkens opnieuw uitgevoerd, zodat de actie continu aanwezig is geweest. Door deze acties is het onderzoek voornamelijk op de ontwikkelfase gericht.

Hoofdstuk 3: Voorfase en oriëntatiefase.

3.1 Voorfase.

In de voorfase is het belangrijk om na te gaan wie er allemaal betrokken zijn bij het onderzoek.

Als eerste is er het netwerk van het psychotherapeutisch dagcentrum. Dit netwerk bestaat uit een aantal actoren, zoals de therapeuten en behandelaren van de OLK en andere groepen.

De meest belangrijke actoren ofwel direct betrokkenen in dit onderzoek zijn:

- Bella Martens → psychomotorische therapeute. Tijdens de therapieën van de OLK groepen is zij continu aanwezig geweest. Haar functie binnen het OLK programma is bewegingstherapeute. Zij heeft ondersteuning geboden in het observeren en analyseren van het bewegingsmateriaal.
- Christa Snoeijer → danstherapeute. Zij is de danstherapeute op de PAAZ afdeling. Het bewegingsmateriaal is onder andere geanalyseerd aan de hand van Laban. Zij heeft daar een goede kijk op, waar ik graag gebruik van mocht maken.
- Gerrit Delfstra → psychotherapeut. Gerrit is de hoofdbehandelaar van OLK 1 op het dagcentrum en heeft veel verstand van onderzoek doen. Hij heeft ondersteuning geboden binnen het onderzoek. Hij is op de hoogte gebracht van de voortgang van het onderzoek en was hij er om goedkeuring of advies te geven.
- Eugenie Beijer → klinisch psycholoog / psychotherapeut. Eugenie is de hoofdbehandelaar van OLK 2. Zij was tijdens het OLK overleg aanwezig waarin zij op de hoogte werd gebracht van de voortgang van het onderzoek en de patiënten. Zij heeft verder geen ondersteuning geboden tijdens dit onderzoek, maar is wel nauw betrokken geweest in de behandeling van de patiënten.
- Verder zijn er in de behandeling van de OLK groepen ook nog een fysiotherapeut, een beeldend therapeute en twee sociotherapeuten betrokken. Deze therapeuten waren ook aanwezig in het overleg en waren nauw betrokken bij de behandeling van de patiënten, maar hebben niet zo zeer een belangrijk aandeel in mijn onderzoek.
- Naast de behandelaren zijn er natuurlijk ook patiënten van de OLK groepen. Er waren in totaal twee groepen. In OLK 1 op maandag, zaten negen patiënten en in OLK 2 op de donderdag, zaten zes patiënten. OLK 1 was een gemengde groep van zes vrouwen en drie mannen. OLK 2 was toevallig een groep die bestond uit zes vrouwen. Beide groepen volgen hetzelfde programma, maar dan op andere dagen. De patiënten hebben allen (onvoldoende) onverklaarde lichamelijke klachten en worden hiervoor twee keer tien weken behandeld in het programma. Deze groepen zijn al bestaande groepen en zijn dus niet samen hoeven te stellen door mij. Het voordeel was dat ik zo kon binnenvallen bij het psychotherapeutisch dagcentrum en meteen aan het onderzoek kon beginnen. Het scheelt dat ik bekend ben bij het dagcentrum. Zij kennen mij al van vorig jaar stage, waarin ik ook een OLK groep therapie heb gegeven. Daardoor heb ik niet zo veel tijd hoeven te besteden aan mijn entree als onderzoeker en ben ik al snel met mijn onderzoeksvraag toegelaten in het team (Michelbrink, 2007, p. 158).

Het is belangrijk voor de betrouwbaarheid van het onderzoek dat er meerdere actoren bij zijn betrokken. Zo zijn er meerdere ogen gericht op het onderzoek en zorgt dit voor een dubbele check en meerdere opties. Samen kun je meer zien en bedenken, dan alleen (Michelbrink, 2007, p. 157).

3.2 Oriëntatiefase.

In de oriëntatiefase is er gekeken naar waar het onderzoek op gericht is en wat het precieze doel is van het onderzoek.

Zoals al eerder in de probleemstelling staat beschreven, heb ik vorig jaar al eerder met patiënten met OLK klachten gewerkt. Ik vond het een erg interessante problematiek en ik merkte al snel dat lichaamsgerichte danstherapie goed aansloot bij de patiënten. Hierin probeerde ik patiënten het lichaam op een andere en vernieuwende manier te laten ervaren, zodat er minder distantie kon ontstaan naar het lichaam. Ik merkte zodra patiënten meer lichaamsbewust werden, meer met zichzelf in contact konden staan en zij ook meer persoonlijke thema's ervoeren. Vanuit deze ervaring ben ik me meer gaan richten op deze problematiek en was ik nieuwsgierig om meer uit te gaan proberen met het lichaamsgerichte uitgangspunt. Ik merk dat er weinig "in beweging" wordt aangeboden op het dagcentrum, en dat de

nadruk vooral op het mentaliseren en verbaliseren lag. Naar mijn idee heeft het lichamelijke aspect veel te bieden binnen de behandeling, en mis ik dit soms in de therapieën. Het was voor mij dus voornamelijk intrinsieke motivatie (Michelbrink, 2007, p. 154).

De onderzoeksvraag is kort besproken in het team en de actoren zijn op de hoogte gebracht van de doelstelling.

Wanneer we samen aan het onderzoek werken, is het belangrijk om aan hetzelfde doel te werken. In de probleemstelling staat al eerder beschreven wat het doel is. Hieronder staat nog kort beschreven aan welk doel er binnen het psychotherapeutisch dagcentrum in de OLK groepen gewerkt zal worden.

Doelstelling: Een conclusie kunnen trekken wat voor uitwerking het lichamelijke aspect binnen danstherapie kan hebben op OLK patiënten, en op wat voor manier er lichaamsgericht gewerkt kan worden binnen danstherapie. Op deze manier wil ik graag kijken wat patiënten hebben geleerd binnen het werken met het lichamelijke aspect / danstherapie, en hoe zich dat uit in beweging.

Deze doelstelling is in het team besproken, waar zij enthousiast op reageerden. Hier is niet heel veel tijd aan besteed, omdat ze er al snel mee eens waren. Ze vonden het een goede onderzoeksvraag en lieten dit vooral bij mij.

Voor de patiënten was het ook belangrijk om kennis met mij te maken en hen op de hoogte te stellen van mijn onderzoek. Ik heb een aantal keer meegedraaid met de therapieën, zodat de patiënten aan mij konden wennen en ik hen kon vertellen wat ik precies kwam doen, voordat ik daadwerkelijk met mijn onderzoek begon. Dit heeft voor rust gezorgd bij verschillende patiënten, omdat sommigen het nogal spannend vonden dat ik me als nieuw iemand in de groep mengde. Voor de veiligheid heb ik me voornamelijk op de achtergrond gehouden en vanaf een afstandje meegedaan. Ik merkte doordat ik mezelf heb laten zien en een klein beetje danstherapie heb gegeven, de patiënten ook zin hadden en enthousiast zijn over danstherapie.

Zelf vond ik het soms wel lastig om een compromis te vinden in de visie van het dagcentrum en mijn eigen manier van werken. Zij zijn in hun therapieën voornamelijk bezig met mentaliseren en vanuit die mentalisatie PMT oefeningen uit te voeren, terwijl ik juist meer ben van het ervaren in dans en vanuit daar eventueel te mentaliseren. Dit is soms zoeken hoe ik hun aanbod en wat ik zelf aan wil bieden samen kan voegen ten behoeve van mijn onderzoek. Hier ben ik met Bella wel over in contact gebleven, zodat het onderzoek goed uitgevoerd kon worden. In hoofdstuk 8, de discussie zal ik hier nog verder op doorgaan. Verder had ik niet alleen de rol als onderzoeker, maar ook de rol als therapeut. Ik heb de therapieën overgenomen, zodat ik samen met de patiënten in de actie ben gegaan.

Hoofdstuk 4: Diagnostische fase.

4.1 Hulpvraag vanuit de patiënten en of derden.

De diagnostische fase staat vooral in het teken hoe er tot een gezamenlijke diagnose gekomen wordt met de betrokkenen.

Voordat er daadwerkelijk aan de slag gegaan kon worden, was het belangrijk om te bekijken wat voor hulpvragen er waren vanuit het dagcentrum, maar ook vanuit de patiënten. Voordat de therapieën gestart konden worden, was het belangrijk om een indicatiestelling te maken en bepaalde randvoorwaarden te stellen.

Psychotherapeutisch dagcentrum.

Om tot een gezamenlijke diagnose te komen heb ik contact opgenomen met het psychotherapeutisch dagcentrum. In een mail naar Gerrit de hoofdbehandelaar, als open interview, heb ik hem gevraagd of er eventueel problemen zijn of richtingen zijn, waar ik met mijn onderzoek het psychotherapeutisch dagcentrum in kan ondersteunen. In zijn reactie schreef hij, dat ze binnenkort een nieuw onderzoek wilden starten over hun behandeling bij de OLK patiënten. Een onderdeel gaat ook over de therapeutische effecten, waar dit onderzoek een aandeel in zou kunnen hebben. De keuze was voor mij daarin vrij op welk gebied ik kon gaan zitten, waardoor ik bij mijn eigen onderzoeksvraag kon blijven. Met mijn resultaten kan ik ook inbreng hebben op het gebied van therapeutische effecten.

Ook heb ik contact opgenomen met Bella om haar te informeren over mijn onderzoeksvraag. Ook zij vond het een goede vraag waarmee aan de slag gegaan kon worden binnen de OLK groepen.

In deze fase is er gebruik gemaakt van de techniek ondervraging.

De hulpvraag en in dit geval de onderzoeksvraag komt vanuit mij, waarin het dagcentrum zich zeker konden vinden. Ook zij vinden het interessant om een antwoord te krijgen op deze vraag, omdat het voor hen een toevoeging heeft binnen de behandeling van OLK patiënten.

Het was belangrijk om continu over de vraag te blijven reflecteren en er op terug te komen, zodat we op één lijn bleven. Het was belangrijk om hetzelfde uitgangspunt te hebben binnen het onderzoek, omdat ik graag wilde samenwerken met Bella. Contact over de ontwikkeling en de voortgang van het onderzoek tevens therapie, was daarom erg belangrijk. Vaak hebben we gesprekken gehad, omdat Bella en ik nogal verschillen van werkwijze. Zoals al eerder is beschreven, zal ik hier binnen de discussie in hoofdstuk 8 verder op doorgaan. Contact behouden was daardoor juist belangrijk voor de groepsontwikkeling en de onderlinge communicatie. We moesten met elkaar blijven kunnen samenwerken, waar een juiste communicatie belangrijk was. Wat fijn was, was dat onze onderlinge relaties goed liggen. Er was de mogelijkheid om onze verschillende werkwijzen te bespreken en vragen te kunnen bespreken. Doordat ik vorig jaar stage heb gelopen op het dagcentrum kennen we elkaar wederzijds en weten we wat we aan elkaar hebben (Michelbrink, 2007, p. 175-176).

Patiënten.

Tevens is er ook gebruik gemaakt van de observatietechniek. Vorig jaar heb ik tijdens mijn stage kunnen observeren dat het lichamelijke aspect binnen danstherapie erg goed aansloot bij de patiënten. Het had een groot aandeel in de vordering van de behandeling, waardoor ik observeerde dat hier een mooie onderzoeksvraag lag. Er was hier verder nog niet veel onderzoek naar gedaan, dus voor mij een kans vanuit mijn observatie om hier meer over te weten te komen. Ook is dit natuurlijk een stuk reflectie waar ik gebruik van heb gemaakt. Door te reflecteren op mijn handelen en op de situatie heb ik mijn diagnose kunnen stellen (Michelbrink, 2007, p. 172).

Vanuit de patiënten is er niet een daadwerkelijke vraag, maar er komt wel naar voren dat ze door middel van hun deelneming aan de behandeling aan zichzelf willen werken. De motivatie is er dus wel vanuit de patiënten, anders hadden zij zich niet ingeschreven voor een behandeling op het dagcentrum. Motivatie is een belangrijke drive om een effectieve behandeling te ontwikkelen. Wanneer iemand niet open staat om aan de slag te gaan zullen de resultaten hoogstwaarschijnlijk lager zijn. De grootste hulpvraag die de patiënten vaak hebben is dat ze van hun lichamelijke klachten afwillen.

Het was lastig om een danstherapeutische diagnose te stellen, omdat de patiënten allen verschillende klachten hebben. De één wordt belemmerd in het lopen vanwege pijn in het been, de ander heeft weinig energie dus kan weinig inspanning leveren en zo heeft iedere patiënt zijn eigen observatie en danstherapeutische diagnose, die daarom niet algemeen is beschreven.

4.2 Indicatie danstherapie.

De indicatie die volgens mij passend is bij deze patiënten is dat binnen danstherapie er onder andere lichaamsgericht gewerkt wordt, waardoor er ervaren kan worden hoe het lichaam voelt en wat voor signalen het lichaam geeft. Deze signalen worden vaak niet aanvoeld vanwege de distantie die naar het lichaam is ontstaan vanwege, in eerder genoemde resultaten uit literatuur, emoties die niet geuit worden, een slechte stresshantering of een niet- effectieve copingstijl. Hierdoor zijn patiënten zich vaak niet van het lichaam bewust. Door naar deze signalen te luisteren of door het lichaam in te zetten kan men meer bewust worden op lichamelijk gebied. Door beter naar het lichaam te leren luisteren kunnen emoties ook beter ervaren worden, omdat je bewuster bent van wat er in je omgaat, hoe je jezelf voelt zodat je meer met jezelf in contact staat.

4.3 Randvoorwaarden.

Randvoorwaarden zijn voorwaarden waaraan voldaan moet worden om tot behandeling te komen. Deze zijn tijdens de therapie hetzelfde gebleven. De belangrijkste randvoorwaarden binnen de therapie waren:

- Veiligheid;
- Vertrouwen;
- Respect.

Veiligheid is belangrijk om een sfeer te kunnen creëren waarin patiënten zich veilig voelen om zichzelf te laten zien. Wanneer patiënten zich niet veilig voelen, zullen zij zichzelf niet bloot kunnen en durven geven. Patiënten voelen zich vaak in het begin niet zo veilig binnen danstherapie, omdat het een vorm van therapie is waar patiënten meestal nog niet mee in aanmerking zijn gekomen. Om te gaan bewegen is een grote stap. De rol van de therapeut hierin, is dat de therapeut de werkvormen veilig houdt door niet te hard van stapel te lopen. Een rustige opbouw werkt daarbij bevorderend. Hierdoor kunnen patiënten voorzichtig kennis met danstherapie en zichzelf maken, waarna er dan verder doorgepakt kan worden binnen de therapie. Veiligheid heeft ook te maken met letterlijk veilige werkvormen aanbieden. Gevaarlijke activiteiten zijn daardoor achterwege gelaten. Ook vanwege lichamelijke klachten moet er rekening gehouden worden met veiligheid. Het is niet de bedoeling dat patiënten met klachtenverergering de deur uit gaan. Veiligheid in de houding van de therapeut is ook belangrijk. Dit heeft ook te maken met vertrouwen. Wanneer iemand vertrouwen in je heeft, durft de patiënt zich te laten zien. Vertrouwen in mede patiënten is tevens net zo belangrijk. Akkefietjes zullen daardoor besproken worden, zodat er geen onderliggende conflicten komen waardoor patiënten zich in gaan houden binnen de therapie. Dit heeft dan ook weer te maken met respect voor elkaar hebben. Respect voor wat iemand laat zien in beweging, zodat iedereen zichzelf kan zijn in de therapie (van Keulen, 2007, p. 24).

Hoofdstuk 5: Ontwikkelfase.

Om met het lichamelijke aspect te werken, was het belangrijk om helder te hebben wat er allemaal onder het lichamelijke aspect valt en wat daarin aangeboden kon worden. Zoals al in de begrippenlijst staat beschreven, valt alles wat met het lichaam te maken heeft, zoals de binnenkant van het lichaam, de spieren, gewrichten, wervelkolom etc. onder het lichamelijke aspect. Maar ook wat er aan de buitenkant te zien is. Hierbij wordt voornamelijk gekeken wat iemand van zijn of haar lichaam inzet en wat iemands lichaamsbeleving is. Er wordt gekeken binnen danstherapie waar bewegingen ontstaan in het lichaam en hoe het lichaam wordt betrokken in dans- bewegingstherapie. Binnen het lichamelijke aspect ligt de focus meer naar binnen. Het lichamelijke aspect sluit aan bij de behoefte van ervaren / bewust worden van het eigen lichaam als natuurlijke begrenzing, naar de innerlijke impuls komen, bij zichzelf komen, zich lichamelijk goed voelen en de energie van het lijf voelen (Keulen van, 2007, p. 10).

In de therapieën heb ik me dus betreft het onderzoek gericht op dit aspect. Hieronder zijn korte punten beschreven, waarvan ik denk dat dit onder het lichamelijke aspect valt.

- Lichaamsbewustzijn;
- Lichaamssensatie / lichaamsbeleving;
- Connecties in het lichaam, waaronder kop- staart verbinding, boven- en onderlichaam, linker en rechter lichaamshelften, diagonalen in het lichaam;
- Lichaamsdelen innerlijk, zoals spieren (kracht), gewrichten, botten (vorm), hart (ritme), longen (doorgaand) en zenuwen (stops). Vanuit deze innerlijke lichaamsdelen kunnen ook bewegingen ontstaan;
- Lichaamsdelen uiterlijk, zoals hals, schouders, benen, armen, romp etc. Bewegingen kunnen steeds vanuit een ander lichaamsdeel worden aangezet, wat initiatie wordt genoemd;
- De aanzet van een beweging kan centraal of perifeer zijn;
- Bewegend als totaal. De lichaamsdelen vormen één lichaam dat als geheel kan bewegen;
- Gewicht, in de zin van het centrum van het gewicht in het lichaam;
- Houdingen, zoals zitten, liggen, staan etc.;
- Lichaamsbewegingen, zoals strekken, buigen, draaien, wenden etc.

5.1 Werkvormen binnen de therapieën.

Tijdens de therapieën zijn bovenstaande punten meegenomen in de werkvormen. De therapieën waren voornamelijk gericht op het lichamelijke aspect. Niet alleen in de bewegingsgedeelten kwam dit aspect naar voren, maar ook in de vragen die er gesteld werden. Deze vragen waren vaak gericht op lichaamssensatie, lichaamsbewustzijn of lichaamssignalen.

Tijdens de therapieën werd het al snel duidelijk dat het niet mogelijk is om werkvormen alleen op het lichamelijke aspect aan te bieden. Vaak is het sociale aspect of het expressieve aspect ook erg belangrijk. In het sociale aspect is de focus wisselend van binnen naar buiten, in tegenstelling tot de focus die naar binnen is gericht bij het lichamelijke aspect. Het sluit meer aan bij de behoeften zoals samenzijn, zich verbonden voelen met anderen en onderdeel van een groep zijn.

Het expressieve aspect is meer naar buiten gericht. Er wordt ergens uitdrukking aan gegeven. Dit aspect sluit aan bij behoeften als zich behaaglijk voelen, het 'zelf' ervaren en de eigen individualiteit tot uitdrukking brengen.

Deze drie aspecten zijn ook vaak aan elkaar verbonden. Doordat bijvoorbeeld het lichamelijke aspect ingezet wordt, ontstaat er iets binnen het expressieve aspect bij de patiënt. Hierdoor hebben alle drie de aspecten invloed op elkaar en kun je binnen danstherapie eigenlijk niet zonder één van de aspecten. Danstherapie bestaat nu eenmaal uit die aspecten.

Wel is de nadruk telkens gelegd op het lichamelijke aspect door dit aspect aan het sociale en het expressieve aspect te koppelen. Wanneer er bijvoorbeeld een werkvorm gericht was op contact, werd het lichaam hierbij betrokken door stil te staan wat voor lichaamssignalen er werden afgegeven wanneer iemand in contact was met een ander. Of wanneer iemand bewust werd van emoties, werd de nadruk op het lichaam gelegd waar deze emoties in het lichaam gevoeld werden. Op deze manier is het lichaam er wel altijd bij betrokken. Er is hiervoor gekozen, om de nadruk toch op het lichaam te houden binnen het

onderzoek. Bij deze patiëntenpopulatie is het belangrijk om naar het lichaam te leren luisteren, omdat er vaak een distantie van het lichaam is ontstaan, doordat er weinig bij stil wordt gestaan.

Het sociale aspect kwam vaak naar voren doordat er veel in tweetallen of in de groep werd gewerkt. Wat opvallend was, is dat patiënten voornamelijk gericht zijn op de omgeving. Door het sociale aspect in te zetten sloot dit juist aan bij de patiënten wat daardoor veiligheid bood.

Het expressieve aspect kwam vaak naar voren wanneer er iets uit werd gedrukt in beweging. Dit aspect is voornamelijk gericht op de expressie in dans. Iemand heeft beleving bij wat hij of zij in beweging brengt, waardoor de dans persoonlijk wordt voor de patiënt zelf. Er waren bepaalde opdrachten die speciaal gericht waren op het expressieve aspect, maar vaak ontstond dit aspect vanuit de patiënt zelf. Wanneer iemand emoties voelde, werden deze in beweging gelegd. Dit was niet voor iedereen haalbaar, maar werd wel bij iedereen geprobeerd te ontwikkelen.

Door al deze aspecten in te zetten binnen de therapie, werd men vaak bewust van bepaalde persoonlijke thema's. Persoonlijke thema's die bij de OLK groepen vaak naar voren kwamen waren hoe zij in contact met anderen waren, grenzen waarin patiënten merkten dat ze vaak over hun eigen grens heen gingen of lieten gaan, emoties waarin patiënten merkten dat ze emoties niet goed konden uiten enz.

Het antwoord op de onderzoeksvraag hoe kun je lichaamsgericht werken is dus in principe erg breed. Er kan namelijk ook vanuit het sociale aspect lichaamsgericht gewerkt worden, door dan toch de nadruk te leggen op bijvoorbeeld lichaamssignalen wanneer je met iemand in contact bent. Er is dan alleen een ander uitgangspunt, namelijk het sociale aspect (Keulen van, 2007, p. 10).

De periode bestond niet alleen uit de verschillende aspecten, maar ook uit verschillende fases.

Fase één was de veiligheidsfase.

Het is de fase waarin alle partijen met elkaar kennismaken, De deelnemers van de therapie onderling en de deelnemers met de therapeut. In deze fase is er ook kennis gemaakt met danstherapie, waar patiënten nog niet eerder kennis mee hadden gemaakt. Belangrijk in deze fase was het creëren van een veilige sfeer en het opbouwen van vertrouwen. Wat al eerder benoemd is, zijn dit belangrijke randvoorwaarden binnen de periode en tevens binnen de behandeling.

Deze fase bestond uit ongeveer vier sessies. Hierin was het belangrijk dat de patiënten kennis maakten met het eigen lichaam en hoe het lichaam in beweging gebracht kon worden. Het maken van contact met het eigen lichaam was hierin belangrijk. De nadruk lag voornamelijk op het lichamelijke aspect.

Fase twee was de doorwerkfase.

Wanneer er sprake is van veiligheid, vertrouwen en de cliënt kennis heeft gemaakt met het medium, kan er dieper ingegaan worden op de problematiek. Dit wordt ook wel de doorwerkfase genoemd. Deze fase bestond ongeveer uit vier sessies. Bij bijna iedereen waren er thema's naar voren gekomen die belangrijk voor hen zelf waren. Dit konden thema's zijn op het gebied van contact waarin patiënten ontdekten hoe zij in contact met anderen waren, grenzen waarin patiënten merkten dat ze vaak over hun eigen grens heen gingen of lieten gaan, emoties waarin patiënten merkten dat ze emoties niet goed konden uiten enz. Deze thema's werden meer meegenomen in beweging binnen deze fase. Op het lichamelijke aspect lag nog steeds de nadruk, maar het sociale en het expressieve aspect kwamen hier ook al meer naar voren.

Fase drie was de afrondende fase.

De afrondende fase was de laatste fase binnen de periode, die bestond uit twee sessies. In deze fase lag de nadruk op het reflecteren op de ervaringen uit de therapieën. In de eerste sessie is het bewegingsmateriaal wat verzameld was, samen met de patiënten besproken. Patiënten hebben hun eigen ontwikkeling kunnen zien op het gebied van dans en beweging. Hierin heb ik hun ook teruggegeven wat ik heb gezien qua ontwikkeling. Verder is hier ook stil gestaan op persoonlijke ontwikkeling. Belangrijk aan deze fase is het vormgeven van deze ervaringen zodat het helder en concreet wordt voor de patiënten wat ze hebben ontwikkeld. Er is gewerkt naar de afsluiting van de therapieën / periode.

Hieronder zijn een aantal werkvormen beschreven die uit zijn gevoerd binnen de therapie. Er is gekozen voor deze werkvormen, omdat deze vaker naar voren zijn gekomen binnen de behandeling. Door deze werkvormen te beschrijven kan er een soort van werkwijze ontstaan bij OLK patiënten.

De werkvormen zijn gericht op de drie verschillende aspecten, waar het lichamelijke aspect als meest belangrijk is genomen. De werkvormen zullen per fase compleet uitgewerkt worden in bijlage 2. Hieronder worden de gekozen werkvormen wat minder uitgebreid beschreven, maar wel benoemd. In fase één en fase twee zijn allebei drie werkvormen beschreven. In fase drie zijn twee werkvormen beschreven, omdat deze fase nou eenmaal niet zo lang duurde.

Werkvormen fase één, veiligheidsfase.

- Bodycheck.

Deze werkvorm is gericht op het lichamelijke aspect. Dit is een oefening ter bevordering van het lichaamsbewustzijn en het in contact komen met het lichaam. Vanuit deze oefening is het doel om stil te kunnen staan bij het lichaam en voelen wat er werkelijk speelt in het lichaam.

Techniek: Spiegelen. Hieronder valt voornamelijk verbaal spiegelen.

Interventies: Meedoen met de patiënten, motiveren, non- verbaal en verbaal contact maken.

Werkwijze: Supportief.

Rol: Directief, structurerend, accepterend, ondersteunend.

Attitude: Gelijkwaardigheid, openheid, accepterend, ondersteunend en motiverend.

- Eigen bewegingsmateriaal onderzoeken.

Deze werkvorm is gericht op het lichamelijke aspect. Dit is een gestructureerde werkvorm ter bevordering van het lichaamsbewustzijn. In deze werkvorm voelen de patiënten wat en hoe ze in beweging willen gaan. Ook ter bevordering van het ontwikkelen van eigenheid in hun beweging. Door een eigen manier van bewegen te onderzoeken die past bij jezelf, staat men meer in contact met het eigen lichaam. Door in contact met het lichaam te staan, kunnen er ook emoties beter worden ervaren.

Techniek: Ontlokkend, spiegelen. Hieronder valt verbaal, empathisch en aanvullend spiegelen.

Interventies: Meedoen met de patiënten, motiveren, non- verbaal en verbaal contact maken.

Werkwijze: Supportief.

Rol: Directief, structurerend, samen.

Attitude: Gelijkwaardigheid, openheid, accepterend, ondersteunend en motiverend.

- Ontspanningsoefeningen.

Deze werkvorm is gericht op het lichamelijke aspect. Vaak zit er veel spanning in het lichaam door de klachten. Door een moment te kunnen ervaren van ontspanning in de spieren kan dit wat voor rust zorgen in het lichaam en daardoor ook in de geest. Door het lichaam los te laten en de ademhaling bewust in te kunnen zetten, kunnen emoties ook beter gevoeld worden en losgelaten worden. Lichaamsbewustzijn is ook een belangrijk doel, doordat patiënten meer bewust gaan voelen waar de spanning in het lijf zit.

Techniek: Spiegelen. Hieronder valt voornamelijk verbaal spiegelen.

Interventies: Non- verbaal en verbaal contact maken, aanwijzingen geven.

Werkwijze: Supportief.

Rol: Directief, structurerend, ondersteunend.

Attitude: Gelijkwaardigheid, openheid, accepterend, ondersteunend en motiverend.

Werkvormen fase twee, doorwerkfase.

- Eigen bewegingsmateriaal onderzoeken.

Deze werkvorm is gericht op het lichamelijke aspect met misschien een weg naar het expressieve aspect. Deze werkvorm is ter bevordering van het lichaamsbewustzijn. In deze werkvorm voelen de patiënten wat

en hoe ze in beweging willen gaan. Ook ter bevordering van het ontwikkelen van eigenheid in hun beweging. Door een eigen manier van bewegen te onderzoeken die past bij jezelf, sta je meer in contact met je eigen lichaam. Door in contact met je lichaam te staan, kunnen er ook emoties beter worden ervaren. Wanneer deze emoties worden ervaren zal de aandacht ook verschuiven naar het expressieve aspect. Patiënten kunnen deze emoties in hun beweging leggen. Deze opdracht was in het begin erg gestructureerd. In de doorwerkfase hebben patiënten meer vrijheid om op hun eigen manier in beweging te gaan en hier hun eigen tempo en manier te bepalen.

Techniek: Uitlokkend, spiegelen. Hieronder valt verbaal, empatisch en aanvullend spiegelen.

Interventies: Non- verbaal en verbaal contact maken, bestendigen.

Werkwijze: Re- educatief.

Rol: Leiding gevend, sturend, samen.

Attitude: Gelijkwaardigheid, openheid, accepterend, ondersteunend en motiverend.

- Spiegelen.

Deze werkvorm is gericht op het sociale aspect. De patiënten werken in tweetallen. De ene patiënt geeft de beweging aan met de armen en de andere patiënt volgt de beweging als een spiegel. Hierin is het belangrijk dat men bewust wordt van het eigen handelen. Het kan zorgen voor confrontatie, maar ook voor verheldering en besef. Ook contact met de ander is een belangrijk doel. Hoe stel je jezelf op tegenover een ander, hoe laat je jezelf zien en hoe vind je het om jezelf al dansend aan iemand te laten zien. De koppeling naar het lichamelijke aspect wordt gemaakt door patiënten te laten benoemen hoe het lichaam reageert in contact met de ander.

Techniek: Spiegelen. Hieronder valt verbaal en empatisch spiegelen.

Interventies: Non- verbaal en verbaal contact maken, bestendigen.

Werkwijze: Re- educatief

Rol: Leiding gevend, sturend, samen.

Attitude: Gelijkwaardigheid, openheid, accepterend, ondersteunend en motiverend.

- Uitdrukken in beweging.

Deze werkvorm is gericht op het expressieve aspect. Het doel van deze werkvorm is dat de patiënten vanuit hun lichaam kunnen reageren en niet alleen vanuit het hoofd. Vaak zitten deze patiënten erg in het hoofd en ik wil ze juist meer naar het lichaam krijgen en meer laten voelen hoe ze erbij zitten. Door een beweging te maken wat past bij het gevoel, probeer ik patiënten meer in het lichaam te krijgen en hun gevoel uit te laten drukken via dans- beweging. Het is niet de bedoeling dat ze hier eerst over na gaan denken, maar gewoon doen en laten ontstaan.

Techniek: Uitlokkend.

Interventies: Non- verbaal en verbaal contact maken, bestendigen, aanmoedigen.

Werkwijze: Re- educatief

Rol: Leiding gevend, sturend, samen.

Attitude: Gelijkwaardigheid, openheid, accepterend, ondersteunend en motiverend.

Werkvormen fase drie, afrondende fase.

- Videomateriaal bekijken in de groep.

Deze werkvorm was gericht op het sociale, het lichamelijke en het expressieve aspect. Deze werkvorm is ter evaluatie van de therapie. Patiënten kunnen zichzelf zien in beweging en zien wat hun eigen ontwikkeling is op het gebied van dans. Wat ze zelf zien en wat ze voelen kan dan aan elkaar gekoppeld worden.

Techniek: Verbaal spiegelen, structurerend, empatisch.

Interventies: Non- verbaal en verbaal contact maken, bestendigen, ondervragen.

Werkwijze: Re- educatief.

Rol: Leiding gevend, sturend, samen.

Attitude: Openheid, bestendigend en ondersteunend.

- iets meegeven aan elkaar.

Dit is een werkvorm binnen het expressieve en sociale aspect en tevens ter afsluiting. Iedereen staat in de kring waarin iemand iets door geeft. Het is een soort onzichtbare substantie die iedereen op zijn of haar manier kan ombuigen naar iets symbolisch. Van die onzichtbare substantie kan iets gemaakt worden wat diegene aan de ander mee wil geven. Door elkaar allemaal iets symbolisch mee te geven kan iemand het proces voor zichzelf afsluiten. Doordat het in beweging gaat en er niet iets zichtbaar is kan het persoonlijk gemaakt worden.

Techniek: Non- verbaal spiegelen, empatisch, ontlokkend.

Interventies: Non- verbaal contact maken, bestendigen, motiveren, uitlokken en humor gebruiken.

Werkwijze: Re- educatief.

Rol: Leiding gevend, accepterend, ondersteunend, motiverend, samen.

Attitude: Gelijkwaardigheid, openheid, accepterend, ondersteunend en motiverend.

Hoofdstuk 6: Evaluatie.

In dit hoofdstuk staat beschreven hoe de verzamelde data geanalyseerd zijn. Dit wordt ook wel productevaluatie genoemd. Naar aanleiding van wat er is aangeboden tijdens de therapieën, wat in het vorige hoofdstuk is beschreven, worden de resultaten hier onder andere van beschreven. Doordat er verschillende werkvormen zijn aangeboden, heeft dit een uitwerking gehad op het bewegingsmateriaal van de patiënten. Door observaties uit te schrijven zullen deze resultaten weergegeven worden. In de productevaluatie staan verder ook nog de uitkomsten van de vragenlijsten. De uitwerking hiervan heeft een groot aandeel in het antwoord op de onderzoeksvraag.

Buiten de evaluatie van de data-analyse, is ook de analyse van het onderzoek beschreven. Hierin worden de kwaliteitscriteria, de veranderingen van het conceptueel behandelplan en de analogie van de therapie beschreven.

6.1 Dataverzamelingstechnieken.

Om de data te verzamelen, ook wel monitoren genoemd, is er gebruik gemaakt van de observerende en de ondervragende techniek. De gegevens die zijn verzameld tijdens het onderzoeken, voordat ze geanalyseerd werden, wordt ook wel procesevaluatie genoemd.

De observerende techniek is toegepast door video opnames te maken van de bewegingsstukken van de therapieën. Bewegingen vervliegen en zijn soms lastig terug te halen. Door het vast te leggen op video kunnen deze terug worden gehaald. Op die manier is dit bewegingsmateriaal geanalyseerd en geobserveerd. Door bewegingen vaak terug te kijken en te vergelijken met elkaar per week, heb ik bij de meeste patiënten een verschil gezien in het bewegingspatroon. Dit zal verder beschreven worden in de conclusie.

Er is gekozen voor een ongestructureerde observatie. De camera heb ik tijdens de therapieën alleen laten draaien tijdens het gedeelte waarin bewogen werd. Dit was in verband met de privacy voor de patiënten. Uiteindelijk is er per sessie teruggekeken en is het bewegingsmateriaal geobserveerd. Ik ben hierin gericht bezig geweest met mijn onderzoeksvraag, wat de uitwerking van het lichamelijke aspect is binnen danstherapie op OLK patiënten. Tijdens het terugkijken en het observeren van de opnames, is er gekeken naar wat de patiënten lieten zien op het lichamelijke aspect. Er is gebruik gemaakt van Laban om bewegingen te analyseren op het gebied van body. Hierin heb ik de hulp gekregen van Christa Snoeijer. Zij heeft veel ervaring in het analyseren aan de hand van Laban. Ook zijn deze beelden met Bella Martens teruggekeken, zodat zij ook haar reactie kon geven over de beelden, die ik zeker mee heb genomen in mijn analyse. Ik ben een viertal keer met Christa Snoeijer bijeenkomen om de opnames te analyseren en te bespreken. Eerst heb ik de beelden zelf gekeken. De belangrijke momenten in beweging zijn er door mij uit gepakt, waarna ik deze beelden heb geanalyseerd met Christa Snoeijer. Wat betreft de privacy en toestemming die patiënten moeten geven om opnames van hun te laten maken, hebben zij een toestemmingsformulier ondertekend die goed is gekeurd door het psychotherapeutisch dagcentrum.

Verder is er gewerkt met participerende observatie. Ik nam deel aan de activiteiten door ze aan te bieden, zodat ik de therapieën in eerste instantie, zoveel mogelijk op het lichamelijke aspect kon richten. Ook de sfeer was beter te voelen, dan wanneer ik alleen het videomateriaal zou bekijken.

Doordat er is gewerkt met participerende observatie is er tevens gewerkt met onverhulde observatie. Van te voren is er bekend gemaakt aan alle actoren wie ik ben en wat mijn rol is (Michelbrink, 2007, p. 230 – 231). Ik heb zeker een actieve rol binnen het onderzoek.

De ondervragende techniek is toegepast door een schriftelijke ondervraging uit te zetten. Er zijn een tweetal lijsten uitgezet aan het begin en aan het eind. In deze vragenlijsten was de aandacht voornamelijk gericht op het lichaamsbewustzijn. Er zijn een aantal vragen gekozen uit de Scale Body Connection (Manders, 2007, p. 21 – 22). Hierin zijn een tiental vragen gekozen die ik relevant vind voor het onderzoek. Ook zijn er hier nog verschillende open vragen en gesloten vragen aan toegevoegd. Ik vind het belangrijk om de patiënten hierin mee te nemen, omdat ik wil weten hoe zij eventuele veranderingen ervaren en zelf opmerken binnen hun eigen beweging (Michelbrink, 2007, p. 228).

Bovenstaand staat beschreven dat de data verzameld zullen worden via de observerende en de ondervragende techniek. Om deze gegevens vervolgens te analyseren, wordt gebruik gemaakt van ervaringsgericht zelfonderzoek en systematisch onderzoek.

Door te werken met ervaringsgericht zelfonderzoek, zijn er aantekeningen gemaakt van de werkvormen die ik heb aangeboden en van de therapieën op zich. Hierin zijn er veelal reacties beschreven van mensen, zowel verbaal als non- verbaal en heb ik beschreven wat mij voornamelijk algemeen opviel binnen de therapieën, zoals uitspraken, bewegingsbeelden etc. Vanuit deze aantekeningen zijn de voorbereidingen gemaakt, waardoor er telkens opnieuw terug werd gekeken naar eerder materiaal en opvallendheden. Deze aantekeningen zijn niet systematisch opgeschreven, maar meer voor mezelf weergegeven in steekwoorden over dingen die me zijn opgevallen, en ik belangrijk vond om op te schrijven.

Door te werken met systematisch onderzoek, is er gebruik gemaakt van de dataverzamelingstechnieken, observeren en ondervragen. Ik maak, zoals ik eerder heb beschreven, gebruik van vragenlijsten en videomateriaal.

Het ondervragen is aan de hand van vragenlijsten. Aan het begin en aan het einde van de behandeling is er een vragenlijst uitgedeeld. De lijst bestaat, zoals al eerder is beschreven, uit een aantal vragen uit de Scale Body Connection (Manders, 2007, p. 21 – 22). Hieruit zijn een tiental vragen gekozen die ik relevant vond voor het onderzoek. Ook zijn hier nog een aantal open vragen en gesloten vragen aan toegevoegd. Aan het begin en aan het eind hebben patiënten deze lijst ingevuld. Deze twee lijsten zijn met elkaar vergeleken, zodat er vanuit de patiënten inbreng is gekregen over eventuele veranderingen op het gebied van het lichamelijke aspect en eventuele veranderingen daarin. De uitkomsten zijn vanuit een eigen ontwikkelde methode geanalyseerd en niet met een programma zoals SPSS. Deze uitkomsten zijn gebruikt om een indruk te krijgen en niet als kwantitatieve uitkomsten. Gerrit en Bella hebben deze lijsten nagekeken, voordat ze uitgedeeld werden aan de patiënten. De analyse van de vragenlijsten zullen hieronder verder beschreven en uitgewerkt worden (Michelbrink, 2007, p. 191).

6.2 Evaluatie data- analyse.

6.2.1 Vragenlijst analyse.

Zoals eerder al beschreven staat, is er een vragenlijst aan de patiënten uitgedeeld in het begin en aan het eind van de onderzoeksperiode. Tussen het begin en het eind zat tien weken. Zowel de eerste als de tweede vragenlijst bestaat uit twee delen. In deel A zijn er tien algemene vragen gesteld met betrekking tot lichaamsbewustzijn en hoe de patiënt daar op reageert. In figuur 1 staat een voorbeeldvraag met de antwoordmogelijkheden. Deze antwoordmogelijkheden zijn bij alle tien de vragen gesteld. De resterende vragen uit de vragenlijst zijn te vinden in bijlage 3.

Fig. 1. Voorbeeldvraag.

1. Als er spanning in mijn lichaam is, ben ik me bewust van deze spanning

helemaal niet	niet	soms	regelmatig	altijd
1	2	3	4	5

Om de data te analyseren van deel A van de vragenlijst, zijn de scores bij elkaar opgeteld. Zoals in figuur 1 staat, kunnen patiënten antwoorden met 1 t/m 5. Hoe vaker er met 5 is geantwoord, hoe hoger de score zal zijn en hoe hoger het lichaamsbewustzijn automatisch zal zijn. In totaal zijn er tien vragen, dus zijn er vijftig punten te behalen.

Door de scores bij elkaar op te tellen en de vragenlijst van het begin en van het eind met elkaar te vergelijken, zijn er twee uitkomsten. Door deze twee uitkomsten met elkaar te vergelijken, is er een verschil zichtbaar. Hoe hoger de uitkomst, hoe hoger het lichaamsbewustzijn.

In OLK 1 deelden er negen patiënten mee en in OLK 2 deelden er zes patiënten mee. In tabel 1 zijn de uitkomsten op schematische wijze beschreven en vergeleken van beide groepen.

Tabel 1. Score lichaamsbewustzijn OLK 1 en OLK 2.

OLK 1	Score begin van de periode	Score eind van de periode
Patiënt 1	Totaal 21	Totaal 28
Patiënt 2	Totaal 27	Totaal 31
Patiënt 3	Totaal 28	Totaal 30
Patiënt 4	Totaal 18	Totaal 28
Patiënt 5	Totaal 35	Totaal 37
Patiënt 6	Totaal 41	Totaal 36
Patiënt 7	Totaal 32	Totaal 34
Patiënt 8	Totaal 25	Totaal 35
Patiënt 9	Totaal 29	Totaal 34
	Gemiddeld: 28,44	Gemiddeld: 32,55

OLK 2	Score begin van de periode	Score eind van de periode
Patiënt 1	Totaal 34	Totaal 34
Patiënt 2	Totaal 31	Totaal 36
Patiënt 3	Totaal 28	Totaal 39
Patiënt 4	Totaal 26	Totaal 26
Patiënt 5	Totaal 29	Totaal 29
Patiënt 6	Totaal 34	Totaal 29
	Gemiddeld: 30,33	Gemiddeld: 32,16

De cijfers zijn onderverdeeld in drie kleuren. De rode cijfers zijn de lager gescoorde uitkomsten. De groene cijfers zijn de hoger gescoorde uitkomsten en de blauwe cijfers zijn dezelfde gescoorde uitkomsten.

In OLK 1 is het zichtbaar dat iedereen na tien weken en tevens aan het eind van de periode hoger heeft gescoord, op patiënt 6 na.

In OLK 2 is het zichtbaar dat na tien weken en tevens aan het eind van de periode, er verschillende uitkomsten zijn. Patiënt 2 en 3 hebben de tweede keer beiden hoger gescoord. Patiënt 6 heeft de tweede keer lager gescoord en patiënt 1, 4 en 5 hebben allen hetzelfde gescoord.

Wat zichtbaar is bij OLK 1 en OLK 2, is dat het gemiddelde van beide groepen na tien weken hoger is. Dit betekent dat het lichaamsbewustzijn in beide groepen groter is geworden na tien weken.

Deel B van de vragenlijst bevat een aantal open vragen. In de eerste vragenlijst, in het begin van de periode, zijn de vragen gericht op de verwachting wat mensen hebben van de therapie en wat ze denken te bereiken. De meest belangrijke termen en woorden van de gegeven antwoorden van OLK 1 en OLK 2 uit de vragenlijst, zijn geselecteerd en samen ingevoerd in wordle.net, waardoor er een compositie van woorden is ontstaan. Hoe vaker een antwoord naar voren kwam in de gegeven antwoorden, hoe groter het woord is in de compositie.

Zoals te zien is in figuur 2, komt het woord lichaamsbewustzijn als grootste naar voren en is daardoor het meest benoemd als verwachting of wat patiënten willen bereiken. Het is niet zo dat patiënten per se het woord lichaamsbewustzijn op hun vragenlijst hebben ingevoerd. De woorden zoals het lichaam leren kennen, lichaamssignalen voelen en ontdekken van het lichaam zijn samengevoegd onder de term lichaamsbewustzijn. Dit is gedaan, omdat deze benamingen op hetzelfde neer kwamen. Doordat deze woorden samen worden gevoegd tot één woord, zijn er geen losse termen en is de uitkomst van de compositie meer helder.

Verder is duidelijk te zien dat ontspanning na lichaamsbewustzijn het grootste woord is, gevolgd door grenzen en geen verwachting die allebei als derde grootste naar voren komen. Op deze manier is duidelijk te zien wat de meest genoemde verwachtingen in het begin waren, door de patiënten.

Figuur 2. Verwachting van de therapie vanuit de patiënten.



In de tweede vragenlijst, aan het einde van de periode, zijn de vragen in deel B meer gericht op ervaringen die patiënten hebben opgedaan binnen de therapie. Ook van deze vragen zijn de meest belangrijke termen en woorden van de gegeven antwoorden van OLK 1 en OLK 2 uit de vragenlijst geselecteerd en samen ingevoerd in wordle.net. Van deze woorden is er een compositie van woorden ontstaan, net als in figuur 2.

Zoals te zien is in figuur 3, komt het woord lichaamsbewustzijn als grootste naar voren. Dit betekent dat patiënten benoemen dat lichaamsbewustzijn het meest naar voren komt als belangrijkste ervaring van de afgelopen tien weken. Ook hier geldt dat niet iedereen per se het woord lichaamsbewustzijn heeft opgeschreven. Woorden zoals lichaamssignalen herkennen, lichaam voelen, bewuster omgaan met het lichaam en voelen waar de klachten zitten zijn vernoemd onder lichaamsbewustzijn. Dit is gedaan, omdat deze benamingen op hetzelfde neer kwamen. Doordat deze woorden samen worden gevoegd tot één woord, zijn er geen losse termen en is de uitkomst van de compositie meer helder.

Verder komt emoties voelen/uiten duidelijk als tweede naar voren. Later zal dit nog verder uitgewerkt worden in de discussie, maar wat erg interessant is, dat blijkbaar door lichaamsgericht te werken binnen danstherapie emoties gevoeld kunnen worden. Voor danstherapie is dit een mooi resultaat, omdat het lichaam een dergelijke toevoeging heeft om emoties te kunnen ervaren. In figuur 2 is emoties voelen en uiten maar door een enkele patiënt benoemd als verwachting. Achteraf zijn emoties blijkbaar belangrijk geweest voor patiënten om deze te voelen en te uiten. Tijdens de therapieën zijn deze emoties meestal ook geuit, vandaar dat voelen en uiten samen in figuur 3 staan.

Als derde grootst naar voren komende woorden zijn ontspanning en vrijer in beweging. Opvallend is, dat patiënten in hun verwachting en tevens in hun ervaring lichaamsbewustzijn en ontspanning allebei in de top drie naar voren laten komen.

Wat verder opvallend is in de antwoorden van de vragenlijst, dat veel patiënten geen tot weinig verandering ervaren op het gebied van lichamelijke klachten. Toch lijkt dit niet van groot belang, aangezien hier verder niet op wordt gegaan. Het wordt benoemd, maar patiënten benoemen meer de veranderingen op persoonlijk gebied. Het lijkt of de focus dus meer op een persoonlijk stuk ligt dan op de lichamelijke klachten, en deze meer op de achtergrond verdwijnen.

Figuur 3. Ervaringen van de therapie vanuit de patiënten.



Het observeren is aan de hand van video materiaal. Christa Snoeijer heeft hierin ondersteuning geboden. Het bewegingsbeeld is geanalyseerd aan de hand van Laban en het lichamelijke aspect.

In het uitgevoerde actieplan (hoofdstuk 5.1), zijn een aantal punten beschreven waarvan ik denk dat dit onder het lichamelijke aspect hoort. Deze punten zijn meegenomen in de observatie. Bij Laban horen weer andere punten die ook zijn meegenomen in de observatie, om bewegingen te kunnen analyseren.

Van iedere patiënt is een korte beschrijving over de beschreven punten van Laban en het lichamelijke aspect. Hierin is beschreven wat het meest zichtbaar was. Aan het einde zijn deze observaties naast elkaar gelegd om de eventuele ontwikkeling te kunnen zien. De analyse van het bewegingsmateriaal zal hieronder verder beschreven en uitgewerkt worden (Michelbrink, 2007, p. 191).

6.2.2 Bewegingsmateriaal analyse.

Van iedere therapie is er een video opname gemaakt. Deze opnames zijn gemaakt om eventuele veranderingen op het gebied van beweging te kunnen observeren. Aan de hand van video opnames is het gemakkelijker om bewegingen terug te kunnen kijken en te kunnen analyseren. Van iedere patiënt is er een bewegingsanalyse gemaakt op het gebied van Laban. Binnen Laban is er voornamelijk binnen de categorie body gekeken. Ook is er geanalyseerd op het lichamelijke aspect. Hierin zijn observaties op lichamelijk gebied die opvallend waren, bijvoorbeeld mimiek.

Er is gekozen voor deze twee categorieën, om het onderzoek toe te spitsen op het lichamelijke gebied. Danstherapie is een lichaamsgerichte vorm van therapie en daarom is er geobserveerd naar eventuele veranderingen in het lichaam.

Vanuit de observaties op het gebied van body en het lichamelijke aspect, zijn er twee momenten gekozen om veranderingen te observeren. Er is een moment gepakt van het begin van de tien weken en er is een moment gepakt van het einde van de tien weken.

De uitkomsten van deze observaties zijn schematisch weergegeven in tabel 2. In het eerste schema staan de begin en eind observaties van de negen patiënten van OLK 1, gevolgd door het tweede schema met de begin en eind observaties van de zes patiënten van OLK 2. Van allebei de groepen is ook een stukje geschreven over de ontwikkeling in beweging. Dit is een soort korte samenvatting van de observatie in het begin en het einde en wat belangrijk was qua ontwikkeling op het gebied van dans en beweging.

Tabel 2. Bewegingsobservaties van OLK 1 en OLK 2.

OLK 1	Observatie begin	Observatie eind	Ontwikkeling in beweging
Patiënt 1	- Vastgehouden in de romp - Gecontroleerd - Veel in de vorm. Dit betekent dat de patiënt beweegt zonder de beweging van zichzelf te maken. Het is vooral gericht aan de omgeving om zich op een bepaalde manier neer te zetten - Afwezige blik - Aandacht naar buiten gericht	- Mimiek is zo nu en dan zachter geworden - Betrokkenheid bij de beweging is meer zichtbaar - Af en toe wat meer aandacht bij zichzelf - Net als in het begin vastgehouden in romp - net als in het begin gecontroleerd	Wat zichtbaar is, is dat er meer lichaamsbewustzijn is ontwikkeld. Onrust werd ervaren, terwijl dit in het begin nog niet gevoeld kon worden. Ook is er soms wat meer betrokkenheid gezien, waardoor de spanning minder was en de aandacht meer bij zichzelf kon zijn. De gespannen en gecontroleerde manier van bewegen is nog steeds zichtbaar.
Patiënt 2	- Opwaartse bewegingen - Schokkerig in beweging - Beweeglijkheid in de heupen en de gewrichten - Scheiding tussen hoofd en romp (bedachtzaam, hoofd wordt niet betrokken vanwege het vele denken)	- Haast geen betrokkenheid van de armen in beweging - Bewuster inzetten van het lichaam. - Onderzoekend in wat het lichaam kan in beweging - Scheiding tussen romp en hoofd is minder vaak te zien	Deze patiënt meer lichaamsbewust geworden. Lichaamssignalen worden bijv. beter herkend. Wat opvallend was, wanneer deze patiënt in contact was in beweging, had hij/zij de aandacht niet meer bij zichzelf. Deze patiënt ging compleet op in de ander. Hier is wel ontwikkeling in geweest, want de patiënt kan steeds meer de aandacht bij zichzelf houden in beweging.
Patiënt 3	- Gewichtsverplaatsing van links naar rechts - Blijft in een houding staan - Verticale as. De patiënt blijft op één plek vast staan - Beweging in alleen de uiteinden van het lichaam - Shapeflow, geen bewustzijn van de bewegingen die de patiënt maakt	- Beweging in het lichaam en niet alleen aan de uiteinden - Gebruik van dimensies - Neemt meer ruimte in om zich heen - Losser in beweging - Laat zich meer zien in beweging, ruimte innemen - Plezierbeleving - Meer ontspannen - Beweging stroomt meer door het gehele lichaam	In het begin waren er voornamelijk bewegingen in de handen en voeten en kwam deze patiënt haast niet in beweging. De beweging stroomt nu door het gehele lichaam i.p.v. alleen in de handen en voeten. Het centrum wordt meer betrokken. Hij/zij voelt zich gemakkelijker in beweging en heeft een eigen manier kunnen ontwikkelen. De patiënt durft zich daardoor meer te laten zien en ervaart meer plezier. Hij/zij neemt meer ruimte in, waardoor de bewegingen ook groter worden.
Patiënt 4	- Body halves, de linker en de rechter helft van het lichaam zijn niet georganiseerd. - Doorgestreekte knieën - Spierspanning -Scheiding boven onder en scheiding hoofd romp. Het lichaam is niet georganiseerd en loopt niet in elkaar over,	- Rotatie in de romp - Neemt meer ruimte in met de armen - Zet de benen meer in - Meer beweging in het centrum/romp - Losser in beweging - Laat zich meer zien in beweging - Meer ontspannen - Beweging stroomt meer	De bewegingen stromen meer door het gehele lichaam, waardoor de scheidingen in het lichaam minder zichtbaar zijn. Het lichaam beweegt vloeiender en meer georganiseerd dan in het begin. Het centrum wordt meer betrokken in beweging. Het contact met zichzelf is meer te zien, waardoor emoties ervaren konden worden. Deze patiënt is losser geworden in beweging en durft zich meer te laten zien in beweging. Deze patiënt heeft emoties

	waardoor er geen body flow is te zien. - Stijf	door het gehele lichaam - Beweging in het lichaam en niet alleen aan de uiteinden	kunnen voelen in het lichaam. Met name in de romp werden deze emoties gevoeld.
Patiënt 5	- Gewicht inzetten - Lichaam beweegt als totaal. Er zit weinig bewegingsvrijheid in de gewrichten, zoals de knieën, schouders, ellebogen en heupen. Hierdoor oogt het vast en houderig	- Het centrum wordt betrokken in beweging. - Connecties in het lichaam zijn zichtbaar, er zit meer flow in - Zet de benen meer in waardoor het contact met de vloer meer aanwezig is, geaard - Vloeiender in beweging - Bewegingen in het lichaam en niet alleen aan de uiteinden	De patiënt beweegt vloeiender in beweging. Het centrum wordt betrokken in beweging, waardoor de bewegingen door het hele lichaam gaan, i.p.v. alleen de armen en benen. De benen worden meer ingezet, waardoor het contact met de grond meer aanwezig is. De patiënt is meer geaard. De patiënt is losser en er zit meer flow in de beweging. Er is meer bewegingsvrijheid ontstaan in de gewrichten. Emoties konden op den duur gevoeld en geuit worden in beweging. De patiënt stond meer in contact met zichzelf, waardoor de bewegingen meer georganiseerd waren. Emoties werden vaak in de romp gevoeld.
Patiënt 6	- Gewicht inzetten - Rotatie in de wervelkolom - Opwaartse bewegingen - Letterlijk de schouders eronder zetten - Lange armen die m.n. ingezet worden - Aandacht naar buiten gericht	- Gewicht inzetten net als in het begin - Rotatie in de wervelkolom net als in het begin - Lange armen die veelal ingezet worden zijn nog steeds zichtbaar - Compacte opwaartse bewegingen	Er is een verschil zichtbaar bij de patiënt wanneer hij/zij wel of niet in contact is. Wanneer hij/zij in contact is met anderen, zijn er opwaartse bewegingen en is er geen aandacht bij zichzelf zichtbaar. Wanneer de patiënt voor zichzelf in beweging is, gebruikt hij/zij meer het gewicht en ligt de focus meer bij zichzelf.
Patiënt 7	- Gewicht inzetten - Uitersten in vorm en loslaten van de beweging	- Af en toe minder in de vorm en meer de aandacht bij zichzelf - Gewicht inzetten	Deze patiënt heeft al veel ervaring binnen dans, dus hij/zij kende zijn/haar eigen manier van bewegen al erg goed. De patiënt heeft de vorm waarin er werd bewogen af en toe meer los kunnen laten. De dans werd persoonlijker om te zien en er werd meer van de patiënt zelf ingelegd. Emoties konden daardoor ook beter door de patiënt zelf gevoeld en geuit worden in beweging.
Patiënt 8	- Vorm - Aandacht naar buiten gericht - Letterlijk de schouders eronder zetten - Naar voren gericht in beweging	- Wat minder in de vaste vorm bewegen - Meer gebruik van impulsen in beweging - Meer driedimensionaal in beweging, meer ruimte innemen	De patiënt bewoog zich voornamelijk naar de verwachting van anderen. Hij/zij was voornamelijk bezig met wat anderen van hem/haar zouden denken. Dit is meer losgelaten, waardoor de vorm af en toe werd losgelaten. De focus lag meer bij zichzelf i.p.v. bij anderen. De patiënt gebruikte meer ruimte en bewoog driedimensionaal door draaien te maken of naar achter te stappen. Er werd meer naar impulsen bewogen.

Patiënt 9	- Shadow movements, op een ongemakkelijke manier plukken aan kleding of aan de haren zitten - Weerstand in het lichaam, met name in de schouders (neigt meer naar effort, strong en fighting)	- Zichzelf de ruimte kunnen bieden om zich te kunnen openen voor danstherapie. - Veel bewegingen die bij zichzelf kwamen. - Aandacht die aan zichzelf werd geschonken	In het begin voelde deze patiënt zich erg ongemakkelijk, dat er boosheid ontstond. De patiënt heeft zichzelf de ruimte gegeven om zich op een eigen manier en tempo te ontwikkelen. De patiënt heeft geleerd om met zichzelf in contact te staan waardoor emoties gevoeld konden worden. Doordat deze emoties gevoeld werden, werden deze vaak vanzelf geuit. Er was aandacht voor zichzelf te zien en bewegingen kwamen vaak bij zichzelf.
------------------	--	---	--

OLK 2	Observatie begin	Observatie eind	Ontwikkeling in beweging
Patiënt 1	- Beweegt op telgang manier - Schuifelend zonder de voeten echt op te tillen - Aandacht naar buiten gericht - Er zit een bepaald initiatief in de beweging die er nog niet uit wil komen	- Vloeiender en losser in beweging - Zet de voeten stevig neer - Neemt meer ruimte in - Lichaam is meer georganiseerd - Centrum wordt meer betrokken	In het begin was deze patiënt twijfelend en klein in beweging. Er is nu een eigen manier ontwikkeld waarin de patiënt vrijer en losser is. De knieën zijn meer gebogen en de organisatie is kloppend, waardoor de beweging vloeiender wordt. Het centrum wordt ook meegenomen. De aanzet van de beweging is zichtbaar, met name de armen en de schouders.
Patiënt 2	- Haperend in beweging - Geen raad weten om in beweging te komen - Is betrokken bij eigen beweging - Motivatie is te zien	- Minder zoekend in, hoe krijg ik mezelf in beweging - Lichaam beweegt als een samenhangend geheel - Lichaam is meer georganiseerd	De bewegingen zijn meer georganiseerd. Het ziet er vanzelfsprekender uit in tegenstelling tot het begin. De beweging lijkt wat meer door het gehele lichaam te stromen. Vaak had deze patiënt de ogen dicht en was aan het genieten van de beweging. Het contact met zichzelf was dan zichtbaar. De aanzet van de beweging is duidelijker, deze zit voornamelijk in de armen, nek en schouders. Wanneer de patiënt emoties ervaart, komt hij/zij lastig in beweging. Daardoor vond de patiënt het moeilijk om in beweging te gaan wanneer er emoties gevoeld werden.
Patiënt 3	- Houding rechtop - Dichtbij reikend - Gewrichten in de onderbenen die met name in worden gezet - Gewichtsverplaatsing - Eigenheid in beweging - Aandacht om zich heen - Bovenarmen zitten tegen het lijf - Maakt kleine pasjes, maar neemt veel ruimte in	- De armen bewegen groter en nemen meer ruimte in - Het centrum beweegt losser mee met de rest	De patiënt heeft ervaren om met zichzelf in contact te staan. Het lichaam beweegt vloeiender en de beweging stroomt meer door het gehele lichaam, doordat de romp/het centrum mee wordt genomen in beweging. De patiënt is meer gegrond doordat de benen meer worden ingezet. De schouders bewegen mee.

Patiënt 4	- Weinig beweging - Geen betrokkenheid in beweging - Shadow movements - Weinig tot geen beweging in de romp - Spanning in het lichaam - Momenten van verstarring	- Iets meer beweging in het bovenlichaam - Nog steeds veel spanning in het lichaam - Minder shadow movements	Er zijn minder momenten geweest van verstarring en staren. Ook de shadow movements zijn minder geworden. Structuur was belangrijk om het lichaam te kunnen voelen. Wanneer het lichaam gevoeld werd, schoot de patiënt weer uit het contact met het lichaam en kwam tot stilstand en schoot weer in het hoofd. Dit verloop was heel duidelijk te zien en voor de patiënt zelf te voelen. De patiënt is wel wat losser gekomen in het bovenlichaam, met name in de schouders en de armen. Het gewicht werd meer ingezet. Het was lastig voor deze patiënt om de dans persoonlijk te maken. Het contact met het eigen lichaam was niet zo zeer zichtbaar, omdat er nog veel gerationaliseerd werd.
Patiënt 5	- Herhalingen in beweging - Beweegt veel in de vorm - Rotatie in wervelkolom - Inzet van het gehele lichaam, dit heeft een logisch verloop - Heeft een georganiseerde manier van bewegen - Aandacht naar buiten gericht	- Minder vast patroon te zien - Neemt meer ruimte in	Er is een minder vast patroon zichtbaar in beweging dan in het begin. De patiënt neemt meer ruimte in. Verder was het voor deze patiënt lastig om iets persoonlijks in de dans te leggen. De dans bleef daardoor wel meer in de vorm.
Patiënt 6	- Weinig bewegingsmogelijkheid - Herhalingen in beweging - Romp komt weinig tot niet in beweging	- Uitdrukkingskracht. De patiënt legt emoties in dans en beweging - Centrum wordt betrokken in beweging - Eigen manier van dansen ontwikkelt - Meer beweging in het hele lichaam	De patiënt heeft een eigen manier van dansen ontwikkeld waarin het hele lichaam wordt betrokken, van top tot teen. De beweging stroomt door het hele lichaam en het centrum wordt meer betrokken. De patiënt beweegt voornamelijk vanuit gewrichten en spieren. De patiënt is in staat geweest om emoties in beweging te kunnen brengen en te kunnen uiten in dans. Hierdoor is de beleving zichtbaar en is de dans persoonlijk gemaakt. Eerst was er weerstand, maar deze is omgezet naar positiviteit wat uiteindelijk veel heeft opgebracht.

Wat zichtbaar is in tabel 3, is dat bijna iedereen zich op het gebied van dans en beweging heeft ontwikkeld. Er is niet een algemeen beeld of algemene ontwikkeling zichtbaar, omdat iedereen zich op een eigen manier heeft ontwikkeld. Het is lastig om daardoor een conclusie te trekken over het bewegingsbeeld van patiënten met onverklaarde lichamelijke klachten na tien weken danstherapie.

Wat wel vaker naar voren komt qua ontwikkeling in beweging, is dat het centrum meer wordt betrokken in beweging. Dit is iets wat vaker naar voren is gekomen in de bewegingsanalyse. In de romp of ook wel het

centrum genoemd, worden vaak emoties gevoeld. Dat het centrum meer in beweging is gebracht en emoties beter gevoeld en geuit kunnen worden, kan dan een logische opvolging zijn.

Wat verder ook vaker naar voren komt in de bewegingsanalyse, is dat het lichaam meer georganiseerd is in beweging. Wanneer iemand lichaamsbewuster wordt, is het logisch dat de beweging dan meer georganiseerd is. Iemand is zich meer bewust van hoe hij zich beweegt en staat meer stil bij het lichaam. De beweging ziet er daardoor ook kloppend uit. Deze resultaten zullen in hoofdstuk 8, de discussie, nog verder uitgewerkt worden.

Doordat er zoveel verschillende uitkomsten zijn, betekent het voor danstherapie dat het een breed inzetbare therapievorm is. Het sluit aan bij iedereen, mits patiënten open staan voor de therapie. Het blijkt dat patiënten zich op hun eigen manier kunnen ontwikkelen, waardoor danstherapie inzetbaar kan zijn voor een brede doelgroep.

6.3 Evaluatie onderzoek.

6.3.1 Kwaliteitscriteria.

Om het onderzoek evidence based te krijgen moet deze aan een aantal criteria voldoen.

- Dependability (verzadiging).

Hierbij draait het er om dat de onderzoeker zich voldoende heeft ingezet om zoveel mogelijk data te verzamelen. Ik ben er van overtuigd dat dit is gedaan. In het onderzoek zijn twee verschillende technieken ingezet om de data te kunnen verzamelen, namelijk observeren en ondervragen. Er is een uitgebreide vorm van observeren en ondervragen ingezet, door twintig opnames te maken en twee verschillende soorten vragenlijsten uit te zetten. Hierbij zijn er verschillende actoren benaderd, zoals therapeuten en patiënten, om informatie te verstrekken waaruit een conclusie is kunnen trekken.

- Confirmability (navolgbaarheid).

Hierbij draait het er om dat de onderzoeker zich voortdurend af vraagt of de gevonden antwoorden daadwerkelijk dat weergeven wat de patiënten hebben gezegd en of de onderzoeksvraag beantwoord wordt. Dit is binnen dit onderzoek gedaan, door videomateriaal te maken. Hierbij wordt het bewegingsbeeld vastgelegd en kan dit naderhand bekeken worden. Hierdoor is het geen moment opname meer en is het navolgbaar. In principe geven deze beelden weer wat patiënten non- verbaal in beweging laten zien. Doordat ik aanwezig was en de therapie heb geleid, hebben Bella en ik vragen kunnen stellen aan de patiënten, zodat bewegingen alsnog gecheckt konden worden. Ook door de vragenlijsten uit te zetten werd er letterlijk gecheckt wat patiënten voelden of dachten. Door deze technieken in te hebben gezet, richtte ik me ook gelijk op de onderzoeksvraag.

- Transferability (overdraagbaarheid, begrijpelijkheid).

Hierbij draait het er om dat het duidelijk is voor anderen wat er is gedaan, hoe de gegevens zijn verzameld / geanalyseerd en op basis waarvan conclusies zijn getrokken.

Ook deze punten zijn helder beschreven. Er is beschreven wat er is aangeboden in de therapieën.

De gegevens zijn aan de hand van de technieken ondervragen en observeren verzameld en deze zijn binnen hoofdstuk 6, de evaluatie aan de hand van systematisch onderzoek en ervaringsgericht zelfonderzoek geanalyseerd en helder beschreven.

Binnen de discussie zijn deze resultaten uitgewerkt, waaruit de uiteindelijke conclusie is getrokken.

- Transferability (bruikbaarheid).

Hierbij draait het er om dat de onderzoeker aanbevelingen doet voor de praktijk. Er wordt gekeken hoe bruikbaar het onderzoek is voor anderen en of de lezers (therapeuten) de transfer naar de praktijk kunnen maken. Mijn mening hierin, is dat het relevant is voor danstherapeuten. Op dit moment is er nog

weinig onderzoek naar lichaamgericht werk binnen danstherapie bij OLK patiënten. Deze doelgroep is steeds meer in opkomst waar dit onderzoek een aandeel in kan zijn. Ik hoop een inspiratiebron te kunnen zijn voor andere therapeutes om danstherapie in te zetten bij OLK patiënten en de efficiëntie in te zien van danstherapie bij deze problematiek. Doordat het een actiegericht onderzoek is en stap voor stap is beschreven, is het goed te volgen voor zowel danstherapeutes als andere geïnteresseerde lezers. Doordat het een actiegericht onderzoek is, is de transfer naar de praktijk ook goed te maken.

- Credibility (geloofwaardigheid).

Hierbij draait het er om dat de bevindingen van het onderzoek en dus ook de analyse van de gegevens alleen op de interpretatie van één onderzoeker werden betrokken, of dat er ook andere onderzoekers zijn betrokken bij het onderzoek. Er zijn meerdere onderzoekers bij dit onderzoek betrokken, zoals Crista Snoeijer, Bella Martens en Gerrit Delfstra. Samen is er gekeken naar de voortgang en de ontwikkeling van het onderzoek, waardoor de geloofwaardigheid groter is.

- Authenticity (gemeenschappelijkheid).

Hierbij draait het er om dat de resultaten van het onderzoek voorgelegd zijn aan de patiënten en of zij zich herkennen in de conclusie van de onderzoeker. Samen met de patiënten is er na afloop van de onderzoeksperiode gereflecteerd. Voornamelijk zijn de bewegingsbeelden van hun met de patiënt zelf gereflecteerd. De resultaten zijn verder niet besproken met de patiënten, omdat dit tijdelijke groepen waren, die nu niet meer op het psychotherapeutisch dagcentrum zijn. De groepen zijn er niet meer, waardoor de resultaten lastig terug zijn te geven.

Wel heb ik de patiënten nodig gehad om mijn conclusie te beschrijven, omdat daar de bestemde vragenlijsten voor zijn gebruikt. Daardoor is een gedeelte van de resultaten al automatisch voorgelegd aan de patiënten.

De productevaluatie van het onderzoek op het dagcentrum zelf zal nog plaatsvinden. De uitkomsten zijn op dit moment nog niet besproken, omdat deze nog niet bekend waren toen het onderzoek nog op het dagcentrum liep. Er is afgesproken dat wanneer het onderzoek afgerond is, ik een presentatie houd voor geïnteresseerden op het dagcentrum.

De patiënten weten de algemene uitkomst niet. Het is lastig om deze alsnog bekend te maken, omdat er een aantal patiënten gestopt zijn na de periode. Deze mensen zijn helaas niet meer te benaderen. Wel zijn de uitkomsten op het gebied van beweging met de patiënten zelf geëvalueerd. Dit was ook ter evaluatie van de therapie. Hierin hebben patiënten kunnen zien wat hun ontwikkeling was en wat danstherapie voor hen heeft betekend.

6.3.2 Veranderingen ten aanzien van het conceptueel plan.

Tijdens het onderzoek zijn er veranderingen aangebracht binnen het uitgangspunt van de therapieën. In eerste instantie was het de bedoeling om werkvormen aan te bieden binnen het lichamelijke aspect. Zoals al eerder staat beschreven, was het niet mogelijk om alleen binnen het lichamelijke aspect te werken. Soms sloten andere aspecten beter aan bij de patiënten op een bepaald moment. Ik was eigenlijk in de veronderstelling, dat het mogelijk was om alleen werkvormen binnen het lichamelijke aspect aan te bieden. Maar wat bleek; het sociale en het expressieve aspect zijn ook hard nodig om een effectieve behandeling te kunnen bieden. De drie aspecten vullen elkaar juist aan en kunnen in principe niet zonder elkaar.

Het actieplan is daardoor continu bijgesteld na iedere therapie. Na elk therapie uur hebben we opnieuw gekeken waar we de therapie de volgende keer op gingen richten. Dit varieerde in de drie aspecten, het lichamelijke, sociale en expressieve aspect. Wel hebben we ervoor gezorgd dat het sociale en het expressieve aspect gekoppeld werd aan het lichamelijke aspect, om ons toch nog op het lichamelijke aspect te kunnen richten. Hier is voor gekozen om uiteindelijk toch de onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden.

Doordat het plan continu werd bijgesteld hebben we ons helemaal kunnen concentreren op de patiënten. De therapieën werden afgestemd op hen en wat zij nodig hadden op dat moment.

Deze verandering had verder geen gevolgen voor mijn rol, attitude of werkwijze als therapeut. De werkvormen die aan zijn gepast, sloten aan bij mij als therapeut, omdat het meer over de inhoud van de therapie ging en los stond van mij als therapeut.

De fasering van de therapie verliep logisch tijdens de onderzoeksperiode. Er was een duidelijk verloop te zien van de veiligheidsfase waarin de patiënten wat meer aan aftasten waren, naar de tweede doorwerkfase waarin er meer onderzocht werd naar zichzelf en tot slot naar de derde afrondende fase waarin patiënten duidelijk naar een afsluiting werkten. Deze fases waren wel voorbereid, maar voor mij kwam het wel als een verrassing dat dit zo vloeiend verliep. Van te voren wist ik niet precies hoe lang deze fases zouden duren, maar dit verliep uiteindelijk vanzelf. De fases en de daarbij horende rol, attitude en werkwijze sloten nog aan bij de patiënten waardoor er verder geen veranderingen waren.

6.3.3 Analogie van de therapie.

'Bij dans -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' (Keulen van, 2007, p. 7).

In de analogie van de therapie wordt gekeken welke, en op wat voor manier danstherapie invloed heeft op de patiënten. De toepasbaarheid en de bruikbaarheid van de therapie is gemeten door te inventariseren wat de cliënten meenemen van danstherapie in het dagelijks handelen. Er zijn drie voorbeelden gekozen om te vermelden.

1. Patiënt 2 van OLK 2 heeft naar aanleiding van een ongeluk erge last van neklachten. Deze klachten zorgden voor spanningen in het lichaam, maar ook voor spanningen in het dagelijks leven. Wanneer de patiënt in stressvolle situaties verkeerde, werden de klachten in de nek erger.

Deze patiënt benoemde in de reflectie, dat hij / zij vaak oefeningen herhaalde uit de werkvorm, eigen bewegingsmateriaal onderzoeken. De patiënt had tijdens de werkvorm een gestructureerde manier ontwikkeld wat aansloot bij de klachten die hij / zij voelde. Door de nek in beweging te brengen, maakte de patiënt deze los en gaf dit verlichting. De patiënt heeft deze lichamelijke oefening thuis vaker herhaald. Wanneer deze verlichting werd ervaren, kon de patiënt zich verder ook vrijer bewegen, waardoor de patiënt zich rustiger en lichter voelde. Mentaal voelde de patiënt zich beter, omdat er lichamelijk een mindere druk werd ervaren. De rest van het lichaam voelde minder verkrampd, doordat de spieren in de nek wat konden ontspannen. Lichamelijk en mentaal voelde de patiënt zich beter.

2. Patiënt 6 van OLK 2 vond het in het begin lastig om aandacht aan zichzelf te schenken. Doordat hij / zij continu zorgde voor anderen was het lastig om de aandacht bij zichzelf te brengen. Door continu voor anderen te zorgen, was het haast niet mogelijk om nog voor zichzelf te zorgen. Klachten van vermoeidheid en spanningen in het lichaam lagen op de voorgrond.

De patiënt heeft geleerd om tijdens de therapieën zich terug te kunnen trekken in beweging. Tijdens de werkvorm, eigen bewegingsmateriaal onderzoeken, heeft de patiënt een eigen manier van bewegen kunnen ontwikkelen. Het was een manier waarin lichaamsdelen apart in beweging werden gebracht. Door de aandacht naar het lichaam te kunnen brengen, voelde deze patiënt het contact met zichzelf. De patiënt kon bij zichzelf stilstaan en zichzelf letterlijk voelen in beweging. Emoties werden daardoor beter gevoeld en de patiënt kon deze in beweging weerleggen. De manier van bewegen werd op een gegeven moment een eigen ontwikkelde manier van dansen. Deze manier van dansen bracht de patiënt een moment van contact met zichzelf. In plaats van alleen voor anderen te zorgen en gericht te zijn naar anderen, werd een moment van rust ervaren. Deze manier heeft de patiënt toegepast in het dagelijks leven. Er kwam meer tijd voor zichzelf en de patiënt stond meer stil bij zichzelf. Soms was het nog wel eens lastig, maar er waren meer momenten dat er tijd voor zichzelf was.

3. Patiënt 9 van OLK 1 was in het begin erg tegen dans- bewegingstherapie vanwege geloofsovertuiging, schaamte en onwetendheid. Ook voelde de patiënt de mening en de druk van anderen. Wanneer dierbaren tegen deze patiënt zeiden dat het niet goed was wat hij / zij deed, voelde de patiënt een tweestrijd, omdat de patiënt graag voor zichzelf wilde kiezen, maar een ander ook niet teleur wilde.

stellen. Dit was ook zo het geval met dans- bewegingstherapie. Er werd gezegd dat dit niet goed was en dat hij / zij hier niet aan moest beginnen. Wat zichtbaar was in beweging, was zodra deze patiënt in beweging ging en stil stond bij zichzelf, boos werd en aan de kant ging zitten.

De patiënt heeft op een eigen manier en tempo zich kunnen openstellen voor dans- bewegingstherapie. De patiënt koos voor zichzelf en wilde loskomen van de mening en de druk van anderen. Doordat deze patiënt zich open ging stellen en in beweging kwam, ervoer de patiënt een kant van zichzelf die eerder nog niet was gevoeld. Hij / zij voelde in beweging dat er voor zichzelf werd gekozen. Het was een vrij gevoel en de patiënt vertelde dat hij / zij zich gezien voelde. Het was een fijn gevoel dat deze patiënt meer wilde ervaren. Dit werkte door in het dagelijks leven, omdat de patiënt meer ging staan voor wat hij / zij zelf wilde. Het waren kleine stappen en nog geen grote beslissingen, maar er was beweging gekomen in het kiezen voor zichzelf.

Door deze voorbeelden in kaart te brengen, laat dit zien dat danstherapie door kan werken op het dagelijks handelen van patiënten. Het is niet zo dat patiënten de therapie niet als zinvol ervaren, want blijktbaar worden er thema's vanuit danstherapie meegenomen naar het dagelijks leven, wat laat zien dat het een zinvolle therapievorm is.

Hoofdstuk 7: Discussie.

7.1 Onderzoek.

7.1.1 Interpretatie en verklaring resultaten.

Binnen dit onderzoek zijn er in principe twee verschillende delen onderzocht.

Het eerste deel is gericht op wat voor manier er lichaamsgericht kan worden binnen danstherapie bij OLK patiënten en het tweede deel is gericht op welke uitwerking deze werkwijze heeft op de patiënten.

De uitkomsten van deze twee delen zijn in deze discussie onder elkaar gezet, waarna ze later aan elkaar worden gekoppeld. Door deze twee delen aan elkaar te koppelen, is er een beantwoording van de vraagstelling uit het onderzoek gekomen en zijn er kritische vragen beschreven naar aanleiding van deze koppeling.

Deel 1: Hoe kan er lichaamsgericht gewerkt worden binnen danstherapie bij OLK patiënten?

Binnen het onderzoek was het in eerste instantie de bedoeling om de therapie op het gebied van het lichamelijke aspect aan te bieden. Tijdens het onderzoeken bleek dat het niet mogelijk is om de therapieën alleen op dit aspect te richten. Het sociale en het expressieve aspect ontstond ook tijdens de therapieën en was belangrijk om mee te nemen. Wel was het mogelijk om de nadruk op het lichamelijke aspect te leggen door te onderzoeken welke uitwerking de therapieën op het lichamelijke aspect heeft gehad en om in de evaluatie na de therapieën de vragen op het lichamelijke aspect te richten. Hieronder staan de aangeboden werkvormen binnen verschillende aspecten.

Fase 1: Veiligheidsfase.

- Bodycheck, lichamelijke aspect
- Eigen bewegingsmateriaal onderzoeken, lichamelijke aspect
- Ontspanningsoefeningen, lichamelijke aspect.

Fase 2: Doorwerkfase.

- Eigen bewegingsmateriaal onderzoeken, lichamelijke aspect met een weg naar het expressieve aspect.
- Spiegelen, sociale aspect.
- Uitdrukken in beweging, expressieve aspect.

Fase 3: Afrondende fase.

- Videomateriaal bekijken in de groep, sociale, lichamelijke en expressieve aspect.
- Iets meegeven aan elkaar, expressieve en sociale aspect.

Wat zichtbaar is, is dat er in de eerste fase van de behandeling het lichamelijke aspect voornamelijk voorkomt in de werkvormen. In fase twee en drie zijn dit voornamelijk het sociale en expressieve aspect. Wat opvallend was tijdens de therapieën, was dat het lichamelijke aspect in het begin erg belangrijk was. Het contact met het eigen lichaam was aan het begin van de behandeling bij veel patiënten minimaal aanwezig.

Doordat er in de eerste fase van de behandeling vanuit het lichamelijke aspect gewerkt werd, kon dit contact met het eigen lichaam groeien. Patiënten werden zich meer bewust van het eigen lichaam, waar de klachten zich bevinden, waar ze spanning in het lichaam voelen, hoe het lichaam beweegt enz. Allerlei vragen op lichamelijk gebied konden, doordat er gewerkt was met het lichamelijke aspect, voor een groot gedeelte beantwoord worden.

Omdat patiënten vaak een distantie hebben van het lichaam, doordat er geen contact is met het lichaam, is het lichamelijke aspect een uitgangspunt wat erg passend is bij deze patiëntenpopulatie.

Het is gebleken dat het belangrijk is om eerst het lichamelijke aspect te behandelen voordat er naar de doorwerkfase gegaan kan worden.

Doordat patiënten meer bewust werden van het eigen lichaam, werden patiënten ook meer bewust wat voor gevoel in het lichaam voelbaar was. Vaak was het dat patiënten eerst voelden dat ze onrustig waren, waar later een emotie zoals, bijvoorbeeld angst aan gekoppeld kon worden. De lichamelijke

reacties konden dus vaak aan een emotie of gevoel gekoppeld worden en er kon een betekenis worden verleend aan lichaamssignalen zoals onrust die patiënten voelden. Dit was aan het begin van de behandeling nog niet mogelijk.

Deze bevinding wordt ook benoemd in het onderzoek van Mehling et al. (2011). Zij zeggen dat wanneer het lichaam in wordt gezet, men de interactie tussen het lichaam en de geest beter kan begrijpen. Het lichaam is een kerngedeelte waarin emoties en gevoelens worden opgeslagen. Het proces wat wordt gestart binnen lichaamsgericht werken, zorgt voor verschuivingen in het bewustzijn van lichamelijke sensaties en emoties. Dit zorgt ervoor dat klachten beter gerationaliseerd kunnen worden en emoties niet vast blijven zitten in het lichaam. Hierdoor is er meer connectie tussen het lichaam en de geest.

Dit proces liep door naar fase twee, de doorwerkfase. Dit was dus een fase waarin emoties gevoeld werden in het lichaam en benoemd konden worden, doordat er meer contact met het eigen lichaam ontstond. Patiënten ontwikkelden meer lichaamsbewustzijn en er werd ontwikkeld dat emoties beter gevoeld en benoemd konden worden.

Fase twee ging meer over het doorwerken van die emoties. De emoties die gevoeld werden, hadden vaak te maken met een bepaalde situatie of iets wat voorgevallen was en hingen vaak samen met persoonlijke thema's van patiënten, zoals grenzen aangeven, contact met anderen, assertiviteit, zelfbeeld etc. Deze persoonlijke thema's werden omgezet naar dans- beweging waarmee hierbinnen gewerkt kon worden. Deze thema's konden op een andere en vernieuwende manier ervaren worden of zijn meer ontwikkeld binnen dans- bewegingstherapie. Het eigen handelen werd zichtbaar in dans.

Het sociale aspect werd hier vaak voor ingezet binnen de werkvormen. Er is veel in tweetallen aangeboden of in de groep. Vaak waren dit werkvormen zoals leiden en volgen, spiegelen, initiatief nemen etc. Doordat er met persoonlijke thema's in beweging werd gegaan, ervoeren sommige patiënten vaak ook bepaalde emoties tijdens het dansen.

Het expressieve aspect kwam hierdoor ook naar voren in deze fase. De dans werd persoonlijk gemaakt en had een betekenis voor sommige patiënten.

Ondanks het sociale en het expressieve aspect veel naar voren kwam, betekent dit niet dat er niets met het lichamelijke aspect gedaan is. Dit aspect is niet zo zeer in de werkvormen ingezet, maar meer ingezet tijdens de vragen en evaluaties. Wanneer patiënten bijvoorbeeld die onrust voelden, werd het lichaam hierbij betrokken door te vragen waar die onrust gevoeld werd etc. Ook met emoties werd het lichaam betrokken door te vragen wanneer dat gevoel het meest aanwezig is, waar het gevoel het meest aanwezig is of op welke momenten er iemand een verandering voelt in het lichaam. Zo was het lichamelijke aspect telkens betrokken bij de patiënt en stond het lichaam net zo centraal als de andere aspecten.

Dit proces liep door naar fase drie, de afrondende fase. Binnen deze fase hebben patiënten geëvalueerd wat zij hebben ontwikkeld binnen danstherapie. Er is gekeken naar het beeldmateriaal wat is opgenomen tijdens de therapieën. Hierin hebben de patiënten zelf gekeken naar wat er is ontwikkeld en heb ik ook aan de patiënten terug gegeven wat ik heb gezien in de ontwikkeling. Het aspect wat hierbij belangrijk was, was het expressieve aspect, omdat patiënten betekenis gingen verlenen aan de therapie en zij uitdrukten wat belangrijk en leerzaam was geweest voor hen. Wat patiënten hebben ontwikkeld op persoonlijk gebied, was ook vaak terug te zien in beweging. Hier zal verder op door worden gegaan in deel b, welke uitwerking de therapie heeft op de patiënten.

Het sociale aspect kwam binnen deze fase naar voren, omdat er samen met de groep werd afgerond en werd geëvalueerd. Een intensief groepsproces werd afgesloten, wat met de hele groep werd gedaan.

Het lichamelijke aspect was ook in de derde fase nog belangrijk. Er werd op lichamen gebied geëvalueerd waar veranderingen zichtbaar waren in beweging.

Het is mooi om te zien dat er een duidelijk verloop is in de fases met de aspecten die daarbij aansluiten. Het is dus niet zo dat er alleen via het lichamelijke aspect gewerkt kan worden. Om een proces te kunnen doorlopen is het juist belangrijk om alle drie de aspecten in te zetten. Het lichamelijke aspect is wel het meest passend in de eerste veiligheidsfase van de behandeling, om lichaamsbewustzijn te creëren, waarna er overgegaan kan worden naar de doorwerkfase. In deze fase is het expressieve en sociale aspect juist belangrijk, net als in de derde afrondende fase.

De eerste fase is wel erg belangrijk bij deze problematiek, omdat OLK patiënten vaak lastig kunnen luisteren naar het lichaam en vaak gedistantieerd zijn van het lichaam. De eerste fase om te leren luisteren naar het lichaam en dat lichaamsbewustzijn te creëren is daardoor een belangrijke basis om verder te kunnen.

Wat sterk naar voren is gekomen, is dat je op verschillende manieren lichaamsgericht kunt werken. Er kan bijvoorbeeld vanuit het sociale aspect lichaamsgericht gewerkt worden, door dan de nadruk te leggen op bijvoorbeeld lichaamssignalen wanneer je met iemand in contact bent. Er is dan alleen een ander uitgangspunt, namelijk het sociale aspect.

Tijdens het onderzoek ben ik er achter gekomen dat het lichamelijke aspect als uitgangspunt dus te klein is. Om alleen met het lichamelijke aspect te werken binnen danstherapie is niet effectief genoeg, dus is het lichamelijke aspect uitgebreid met het sociale en expressieve aspect.

Hoe je lichaamsgericht kunt werken is dus erg breed en zijn er verschillende werkvormen om lichaamsgericht te werken, waar niet alleen het lichamelijke aspect voor nodig is. Deze werkvormen heb ik eerder al beschreven. Alhoewel deze werkvormen niet het belangrijkste zijn uit het onderzoek, laten deze wel zien dat de verschillende aspecten zijn ingezet bij een passende fase van de patiënten. Er is verder niet onderzocht welke werkvormen precies aangeboden kunnen worden binnen die drie verschillende aspecten, omdat iedereen hier andere net zo goede ideeën over kan hebben. Hierin is het wel belangrijk dat er werkvormen aan worden geboden die bij de verschillende aspecten aansluiten. Het gaat meer over wat het meest passend is bij de behandeling van OLK patiënten. Het is dus gebleken dat voor een effectieve behandeling binnen lichaamsgericht werken alle drie de aspecten nodig zijn.

Deel twee: Welke uitwerking heeft lichaamsgericht werken op OLK patiënten?

Door een antwoord te krijgen op deze vraag, zijn er een aantal middelen ingezet. Er is gebruik gemaakt van vragenlijsten en er is een observatie van de bewegingen van patiënten gemaakt. De uitkomsten van deze middelen zijn in hoofdstuk 6, de evaluatie uitgeschreven.

De vragenlijst bestaat uit twee delen, deel a en deel b. In deel a is het lichaamsbewustzijn onderzocht. Tabel 1 is gebruikt om een indruk te krijgen van het lichaamsbewustzijn van de patiënten en niet zo zeer als kwantitatief middel. Het zou eventueel wel omgezet kunnen worden naar een kwantitatief middel, maar omdat dit een kwalitatief onderzoek is, is er voor gekozen om de resultaten te gebruiken om een indruk mee te krijgen en niet zo zeer om iets cijfermatig te ontwikkelen. Het is een eigen ontwikkelde manier om het lichaamsbewustzijn te meten en geen bestaand programma zoals, bijvoorbeeld SPSS.

Wat naar voren komt in tabel 1, is dat iedereen op twee patiënten na hoger of hetzelfde hebben gescoord op het lichaamsbewustzijn. Blijkbaar hebben de therapieën gericht op de verschillende aspecten een aandeel gehad in de ontwikkeling op het lichaamsbewustzijn.

Het is niet helemaal te verklaren wat er binnen de aspecten een aandeel heeft gehad op de ontwikkeling binnen het lichaamsbewustzijn. Er is meer een algemeen beeld uitgekomen van het verschil tussen het begin en het eind van de behandeling.

In deel b zijn er open en gesloten vragen gesteld. In het begin van de behandeling waren deze vragen gericht op de verwachting van danstherapie.

Wat hierin naar voren kwam, was dat patiënten lichaamsbewustzijn als eerste, ontspanning als tweede en grenzen samen met geen verwachting als derde het meest benoemd hadden als verwachting.

Aan het eind van de behandeling waren de vragen van deel b meer gericht op de ervaringen van de patiënten. Wat hierin naar voren kwam, was dat patiënten lichaamsbewustzijn als eerste, emoties voelen / uiten als tweede en ontspanning samen met vrijer in beweging het meest benoemd hadden als belangrijke ervaring.

Het is zichtbaar dat lichaamsbewustzijn een belangrijk punt is geweest tijdens de behandeling. Het is een resultaat dat echt behaald kan worden binnen danstherapie, dus niet aansluitend bij andere therapievormen. Het is opvallend om te zien dat emoties voelen / uiten in de verwachting in het begin niet zo sterk naar voren komt als in de ervaring op het laatst.

Lichaamsbewustzijn en emoties voelen / uiten hangen naar mijn idee nauw met elkaar samen. Wanneer patiënten meer lichaamsbewustzijn ontwikkelen, staan zij meer met zichzelf in contact, waardoor emoties ook beter ervaren kunnen worden. Dat lichaamsbewustzijn en emoties voelen / uiten op één en twee staan is dan een logische verklaring.

De werkvormen die aan zijn geboden, hebben hier een aandeel in betekend. Waarschijnlijk doordat de nadruk onder andere op het lichamelijke aspect lag, hebben deze werkvormen een aandeel betekend in het ontwikkelde lichaamsbewustzijn. Doordat het expressieve aspect aan bod is gekomen binnen de werkvormen, is er ontwikkeld dat patiënten emoties hebben kunnen voelen en uiten.

Ook is het opvallend dat emoties voelen / uiten en vrijer bewegen na elkaar het meest benoemd worden. Het lijkt een logisch vervolg dat wanneer je emoties eerder niet hebt kunnen uiten, het een opgesloten gevoel geeft. Wanneer deze dan wel geuit kunnen worden, kan dit een vrij en opgelucht gevoel geven. De koppeling tussen vrijer in beweging en emoties voelen / uiten is dan een logisch vervolg. Wanneer je, je opgelucht voelt, kun je vrijer in beweging zijn.

Door de verschillende aspecten ingezet te hebben, hebben patiënten ook meer inzicht gekregen over hun klachten. Grenzen werden bijvoorbeeld beter aanvoeld, doordat patiënten meer bewust werden van hun lichaam. Patiënten kregen meer inzicht, waar de klachten vandaan kwamen en hoe ze op een andere manier konden reageren op hun klachten. Hun coping werd verbeterd waardoor ze op andere manieren met hun klachten of situaties om konden gaan. Dit proces wordt ook beschreven in de drie onderstaande onderzoeken.

Coping wordt ook benoemd in het onderzoek van Meijer. Coping kan gericht zijn op probleemoplossing en emotieregulatie. Niet- effectieve coping kan leiden tot lichamelijke klachten die samenhangen met opgekropte emoties en daardoor meestal medisch niet te verklaren zijn (Meijer, 2006, p. 27 t/m 29).

In het onderzoek van Mehling et al. (2011, p. 11 – 12), staat geschreven dat lichaamsbewuste therapieën voordelen kunnen bieden in de behandeling voor patiënten met o.a. OLK. De aandacht wordt gelegd op de verbinding tussen lichaam en geest. Zij zeggen wanneer het lichaam in wordt gezet, men de interactie tussen het lichaam en de geest beter kan begrijpen. Het lichaam is een kerngedeelte waarin emoties en gevoelens worden opgeslagen. Het proces dat wordt gestart binnen lichaamsgericht werken, zorgt voor verschuivingen in het bewustzijn van lichamelijke sensaties en negatieve emoties, betrokkenheid bij zelfregulering, emotieregulatie en zelfzorg en de integratie van geest, lichaam en leefwereld. Dit zorgt ervoor dat klachten beter gerationaliseerd kunnen worden en emoties niet vast blijven zitten in het lichaam. Hierdoor is er meer connectie tussen het lichaam en de geest waardoor er beter omgegaan kan worden met klachten.

Dit wordt ook benoemd in het onderzoek van Payne. Zij heeft ook onderzoek gedaan naar lichaamsgericht werken bij patiënten met onverklaarde lichamelijke klachten. Één van de uitkomsten van dat onderzoek, is dat patiënten meer de connectie konden zien tussen hun emotionele toestand zoals stress en zorgen en hun klachten en hun coping daardoor beter is ontwikkeld (Payne, 2009, p. 87).

Wat verder naar voren kwam in de lijst, was dat patiënten geen tot weinig verandering ervaren op het gebied van lichamelijke klachten. Toch lijkt dit niet van groot belang, aangezien hier verder niet op door wordt gegaan. Het wordt benoemd, maar patiënten benoemen meer de veranderingen op persoonlijk gebied. Het lijkt of de focus dus meer op een persoonlijk stuk ligt dan op de lichamelijke klachten, en deze meer op de achtergrond verdwijnen.

Tot slot is er de uitwerking op lichamelijk gebied. Vanuit de observaties is naar voren gekomen dat er niet een algemeen beeld of algemene ontwikkeling zichtbaar is, omdat iedereen zich op een eigen manier heeft ontwikkeld. Het is lastig om daardoor een conclusie te trekken over het bewegingsbeeld van patiënten met onverklaarde lichamelijke klachten na tien weken danstherapie.

Wat wel vaker naar voren komt qua ontwikkeling in beweging, is dat het centrum meer wordt betrokken in beweging en dat het lichaam meer georganiseerd is in beweging.

Het is opvallend dat de uitkomsten van de ervaringen van de patiënten aansluiten bij de bewegingsanalyse. Deze twee ontwikkelingen kunnen naar mijn idee aan elkaar gekoppeld worden.

Wat mensen daadwerkelijk hebben ervaren, laten ze dus ook zien in beweging. Emoties kunnen beter gevoeld en geuit worden. In beweging uit zich dat doordat het centrum meer wordt betrokken in beweging.

Er is meer lichaamsbewustzijn ontwikkeld. In beweging uit zich dat doordat de bewegingen meer georganiseerd zijn.

Het doel van het onderzoek is behaald, omdat er een helder antwoord op de vraagstelling is gekregen, hoe kan er lichaamsgericht gewerkt worden binnen danstherapie bij OLK patiënten en wat is daar de uitwerking van?

Beknopt opgeschreven is het antwoord op de vraagstelling:

Er kan op verschillende manieren lichaamsgericht gewerkt worden binnen danstherapie, namelijk vanuit het lichamelijke, sociale en expressieve aspect. Deze drie aspecten vullen elkaar aan en zijn alle drie nodig om een effectieve behandeling te kunnen creëren. De uitwerking van deze aspecten op patiënten met onverklaarde lichamelijke klachten zijn, ontwikkeling van het lichaamsbewustzijn en het voelen / uiten van emoties wat beiden kan leiden tot een effectieve coping. In beweging is het zichtbaar dat het lichaam meer georganiseerd is in beweging en dat het centrum meer wordt betrokken in beweging.

7.1.2 Sterkte en zwakte analyse.

Na het beschrijven van de resultaten zijn er wel een aantal vragen en zwakke punten van het onderzoek die naar voren komen.

Een zwak punt van het onderzoek is, in hoeverre danstherapie een bijdrage heeft geleverd aan deze ontwikkelingen en uitwerkingen. Er zijn meerdere factoren waarom patiënten ontwikkelingen hebben ervaren. De patiënten hebben een intensief programma van tien weken met meerdere therapievormen. Buiten danstherapie hebben zij ook psychotherapie, sociotherapie, fysiotherapie en creatieve therapie gehad. Waarschijnlijk hebben deze therapieën ook een aandeel gehad in het ontwikkelen van het lichaamsbewustzijn en het uiten / voelen van emoties. Er is weinig overleg gepleegd in het multidisciplinair team. Er had meer gesproken mogen worden over de ontwikkelingen binnen de verschillende therapieën en wat er zichtbaar was van de ontwikkelingen binnen danstherapie in andere therapieën. Wanneer dit meer was gedaan, had het bovenstaande punt meer onderbouwd kunnen worden. Danstherapie is een onderdeel van het therapie aanbod en omdat het lichaamsgericht is, sluit dit wel erg goed aan bij OLK patiënten. Om het lichaam weer te ervaren is danstherapie natuurlijk wel erg belangrijk, maar het is niet zo dat alleen danstherapie heeft bijgedragen aan deze uitwerkingen en ontwikkelingen.

Een ander zwak punt van het onderzoek is dat er twijfel is over de ontwikkeling in beweging. Doordat het een erg intensief programma is, waar bovengenoemde therapieën ook onder vallen, ontstaat er vaak een hechte band tussen de patiënten tijdens de behandeling. Binnen de behandeling wordt er in deze verschillende therapieën veel aan groepscohesie gewerkt. Wanneer de groep nader tot elkaar toe groeit, ontstaat er vaak veiligheid in de groep. Herkenning en erkenning, respect en acceptatie zorgen ervoor dat patiënten zich veilig voelen. Door deze veiligheid kan iemand zich groter bewegen in de groep, meer van zichzelf laten zien of zich vrijer bewegen. Dit hoeft dan niet zozeer de uitwerking van de werkvormen in de therapieën te zijn, maar dit kan ook een effect van het groepsproces zijn.

Dit punt kan ook omgebogen worden naar een sterk punt, wanneer patiënten deze veiligheid ervaren door de verschillende therapieën, kan er ook sneller een proces in worden gegaan bij danstherapie. De eerste veiligheidsfase is korter, waarna er sneller doorgepakt kan worden naar de doorwerkfase.

Het is lastig om een duidelijke en feitelijke conclusie te trekken binnen actiegericht onderzoek in het algemeen. Er zijn meerdere factoren waarom er een antwoord is gekomen op de onderzoeksvraag.

Er is wel daadwerkelijk ontwikkeling geweest op het gebied van dans- beweging, wat een erg sterk punt is. Wanneer patiënten niet de mogelijkheid zouden krijgen om met het lichaam te werken, zou het lichaamsbewuste gedeelte waarschijnlijk minder ontwikkeld zijn. Doordat de verschillende aspecten aan zijn geboden binnen danstherapie, hebben patiënten ontwikkeld om dichter met zichzelf in contact te staan, wat een uitwerking heeft gehad op een beter ontwikkeld lichaamsbewustzijn en het uiten / voelen van emoties.

Een ander sterk punt van dit onderzoek is dat de resultaten duidelijk en uitgebreid zijn beschreven. Er is vanuit de patiënt gekeken, maar ook vanuit de therapeut. Doordat alle betrokkenen zich hebben kunnen mengen in de resultaten, zijn de resultaten compleet uitgeschreven en op verschillende vlakken bekeken. Doordat er samen met de patiënten is geëvalueerd, zijn er geen interpretaties binnen het onderzoek wat de navolgbaarheid vergroot.

Verder is het erg fijn geweest om het hele proces te kunnen begeleiden. Van het begin tot het eind heb ik de patiënten kunnen begeleiden in het lichaamsgericht werken. Ik heb een periode van tien weken kunnen onderzoeken van het begin tot het eind. Hierdoor heb ik geen interpretaties van de therapieën hoeven maken, maar is het een compleet beeld van wat er weergegeven wordt door mij, maar ook door de patiënten zelf.

7.1.3 Vervolgonderzoek.

In zowel deel a als deel b kan er nog vervolgonderzoek gedaan worden, om het onderzoek breder te trekken. In deel a kan er verder onderzoek gedaan worden naar andere manieren van werken op het gebied van lichaamsgericht werken. Hierin kan onderzocht worden wat nog meer valt onder lichaamsgericht werken, buiten de aspecten. Muzische facetten zou bijvoorbeeld een idee kunnen zijn om te onderzoeken hoe je hiermee lichaamsgericht kunt werken. Wanneer er verschillende manieren onderzocht worden op het gebied van lichaamsgericht werken, is er een breed inzetbaar aanbod. In principe wordt dan alles vanuit het lichaamsgericht werk bekeken in danstherapie. Wanneer er dan verschillende onderzoeken zijn gedaan, is er een werkwijze of een module binnen lichaamsgericht werken ontwikkeld voor danstherapie.

De drie aspecten zouden ook nog verder onderzocht kunnen worden. Hierin kan gekeken worden wanneer deze ingezet worden en welke werkvormen er passend zijn bij de verschillende aspecten. In principe is dit ook gebeurd in dit onderzoek, maar was het uitgangspunt in het begin het lichamelijke aspect. Door de aspecten nog meer uit te diepen kunnen resultaten van dat onderzoek en dit onderzoek met elkaar vergeleken worden, zodat eventuele overeenkomsten en verschillen zichtbaar worden.

In deel b kan er nog verder onderzoek gedaan worden naar welke factoren te maken hebben met de ontwikkeling van lichaamsbewustzijn en emotieregulatie. Er zijn vaak meerdere factoren waar deze ontwikkelingen een aandeel in kunnen hebben. Het is interessant om te onderzoeken welke factoren dit dan zijn en op wat voor manier deze factoren de uitwerkingen, zowel positief als negatief, kunnen beïnvloeden.

Een ander onderwerp voor vervolgonderzoek in deel b kan zijn, dat het multidisciplinair team meer betrokken wordt bij het onderzoek. De samenhang tussen de therapieën kan onderzocht worden en er kan onderzocht worden wat er zichtbaar was van de ontwikkelingen binnen danstherapie in andere therapieën.

De uitwerkingen in dit onderzoek zijn, in verband met door mij gemaakte keuzes en de redelijk korte tijd die er was voor het onderzoek, algemeen getrokken. Natuurlijk is het de bedoeling om een algemeen beeld te schetsen om een conclusie te kunnen trekken, maar niet iedere patiënt heeft baat ervaren bij danstherapie. Een enkele patiënt heeft in de ervaringen bijvoorbeeld terug gegeven dat danstherapie als saai werd ervaren, of dat het onrust gaf. Over het algemeen was het wel een effectieve therapievorm, maar voor een enkele patiënt heeft danstherapie volgens henzelf geen toegevoegde waarde gehad. Voor mij waren er, ook bij deze patiënten, wel veranderingen zichtbaar in beweging of op persoonlijk gebied. Ik vind het belangrijk om te benoemen dat voor enkele patiënten deze veranderingen nog niet voelbaar waren, omdat dit een punt kan zijn voor vervolgonderzoek.

In een volgend onderzoek kan er meer per individu bekeken worden of de therapie aan heeft geslagen. In de vragenlijsten kan bijvoorbeeld gekeken worden naar deel a, waarom twee patiënten lager hebben gescoord. Of waarom bij deel b patiënten danstherapie als effectief of als niet effectief ervaren. Heeft dit te maken met de affiniteit die mensen hebben met de therapie, heeft het te maken met de verschillende problematiek die in de groep zit. De ene groep had bij mij bijvoorbeeld meer borderline problematiek en in de andere groep waren het meer ontwijkende patiënten. De dynamiek verschildte daardoor in de groep, wat voor andere situaties en een andere energie zorgt in de groep.

Of waarom zijn veranderingen voor mij als therapeut wel zichtbaar en voor sommige patiënten zelf niet? Heeft dit te maken met thema's die niet voelbaar zijn of kunnen ze persoonlijke thema's nog niet voelen of toelaten. Dit zijn allerlei vragen die nog verder onderzocht kunnen worden. Er kan een volgende keer meer een analyse per patiënt gemaakt worden, waardoor er niet een algemene conclusie ontstaat, maar dat er per persoon bekeken wordt, waarom danstherapie wel of niet aan sluit.

7.1.4 Beschrijving of het onderzoek op de voorgenomen wijze gerealiseerd is.

Toen dit onderzoek werd gestart was ik er niet van uit gegaan dat ik andere aspecten zou gaan gebruiken. Ik was eigenlijk in de veronderstelling, dat het mogelijk was om alleen werkvormen binnen het lichamelijke aspect aan te kunnen bieden. Wat eerder staat beschreven, is dat het sociale en het expressieve aspect ook belangrijk zijn om een effectieve behandeling te kunnen bieden. De drie aspecten vullen elkaar aan en kunnen in principe niet zonder elkaar.

Er zijn daardoor wat aanpassingen geweest in het actieplan. De werkvormen die van te voren bedacht waren, werden hier en daar aangepast, zodat alle aspecten verwerkt konden worden in therapie. Verder is het onderzoek op de voorgenomen wijze gerealiseerd. Er zijn geen veranderingen geweest in de locatie, groepen of andere belangrijke randvoorwaarden voor het onderzoek.

Wat wel belangrijk is om te beschrijven, is de samenwerking tussen Bella en mij. Wat is gebleken, is dat Bella en ik lastig kunnen samenwerken. Niet omdat we elkaar niet mogen of om persoonlijke redenen, maar omdat we allebei een compleet andere manier van werken hebben.

Bella is een psychomotorische therapeut en zij werkt voornamelijk met voorbeelden uit het dagelijks leven. Deze voorbeelden worden in de therapie gebracht door ze om te zetten naar bewegingsactiviteiten. Deze voorbeelden kunnen hier opnieuw ervaren worden en eventueel anders worden ervaren. Dit is een gestructureerde werkwijze waarin het heel concreet voor patiënten is waarmee ze aan de slag gaan.

Mijn manier van werken is veel vrijer. Ik bekijk meer via dans- beweging wat er ontstaat bij patiënten. Door thema's te laten ontstaan in beweging en niet van te voren te bedenken ontstaat het vanuit de persoon zelf en voelt de persoon zelf in het lichaam wat er gebeurt, in plaats van dat het eerst cognitief benaderd wordt. Dit is dus wat minder concreet voor patiënten, waarin ervaren centraal staat.

Ik voelde de vrijheid bij Bella niet om mijn werkwijze in te brengen. Vaak zei ze wel, "als je te weinig ruimte krijgt moet je het zeggen, dan krijg je die van mij", maar toch kreeg ik deze niet. Zij brak de therapie dan af en legde het bewegingsgedeelte stop om er over te reflecteren, terwijl dat mijn intentie niet was. Ik kon lastig mijn therapieën en mijn onderzoek leiden.

Ik merkte bij mezelf dat ik hier onzeker van werd en de therapieën ook wat onzeker kon brengen. De therapieën stonden daardoor ook niet echt sterk en ik straalde door mijn manier van werken niet echt daadkracht uit. Ik merkte dat wanneer Bella het woord nam, ik een stap terug deed. Ik gaf de leiding uit handen en ik nam de ruimte niet. Bella nam deze ruimte wel, want zij vond het juist lastig om de therapie los te laten en zich afzijdig te houden. Door deze reactie van haar, ging ik alleen nog maar meer stappen terug doen, totdat zij het weer over had genomen. Ik werd daardoor wat onzichtbaar.

Ik voelde me hier niet goed bij en ik merkte dat het zo niet langer door kon gaan. Ik ben hier meerdere keren met haar over in gesprek gegaan, maar toch konden we geen samenwerking vinden. Uiteindelijk heb ik samen met de sociotherapeut die ook iedere therapie aanwezig was een gesprek gehad, waarin zij zei dat ik de therapie alleen moest gaan leiden, zonder dat Bella of zij vragen stelde of zich er op een andere manier mee bemoeide. Dit heb ik gedaan, wat ontzettend goed uitpakte. De therapieën verliepen erg goed en we hadden de mogelijkheid om echt in beweging te gaan en dingen te kunnen ervaren. Het was ook niet dat ik geen vertrouwen in mijn eigen handelen en kunnen had, maar doordat iemand die ook nog werkzaam was op het dagcentrum die ruimte wel nam, nam ik hem niet.

Ik ben blij dat ik dit heb aangekaart en dat het onderzoek toch goed is verlopen en goed heeft uitpakkt. Dit had ik van te voren niet voorzien. Ik was er van uitgegaan dat ik het onderzoek op mijn eigen manier uit kon voeren, zonder dat iemand zich daarmee zou bemoeien. Dit bleek dus even anders te zijn. Uiteindelijk is dit goed gekomen en zijn we er aan uit gekomen en was het voor mij een erg leerzaam moment.

7.2 Werkmodel.

7.2.1 Integratie van de resultaten in een nieuw werkmodel.

Dit onderzoek is onder andere gestart vanuit mijn eigen werkmodel. Ik merkte bij mezelf dat ik als danstherapeute veel gebruik maak van het lichamelijke aspect. Vorig jaar tijdens mijn stage zette ik dit aspect ook vaak in op de PAAZ en bij patiënten met onverklaarde lichamelijke klachten. Het lichamelijke aspect sloot goed aan bij deze patiëntenpopulatie, omdat patiënten vanuit het lichamelijke aspect meer met zichzelf en het lichaam in contact konden staan.

Als danstherapeute ben ik erg lichamenlijk ingesteld. Ik voel me het meeste thuis in het lichamelijke aspect en daardoor werk ik daar ook graag mee.

Vanuit deze insteek wilde ik graag onderzoeken hoe ik als danstherapeute lichaamsgericht kon werken. Hierin had ik het lichamelijke aspect als uitgangspunt genomen, omdat ik had ervaren dat dit aansloot bij

deze patiëntenpopulatie. Ik was benieuwd hoe ik mijn eigen manier van werken kon inzetten en kon onderzoeken.

Voordat het onderzoek van start ging, was ik in de veronderstelling dat ik het meeste met het lichamelijke aspect werkte, maar dit bleek eigenlijk niet zo te zijn. Tijdens de onderzoeksperiode merkte ik dat ik niet alleen lichaamsgericht werkte. Ik werkte ook veel met het sociale en expressieve aspect. Ik merk wel dat ik voornamelijk start vanuit het lichamelijke aspect, maar naarmate de therapie verder verloopt, gebruik ik ook het sociale en expressieve aspect.

Dit is ook terug te zien in de resultaten. In het onderdeel hoe kun je lichaamsgericht werken, komt naar voren dat ik in de eerste fase veelal met het lichamelijke aspect heb gewerkt. In de tweede en derde fase kwam voornamelijk naar voren dat ik met het sociale en expressieve aspect heb gewerkt. Hierin kwam het lichamelijke aspect wel naar voren, maar stond deze wat meer op de achtergrond dan in de eerste fase.

Het klinkt voor mezelf best logisch dat ik in de veronderstelling was dat ik voornamelijk in het lichamelijke aspect werkte, omdat ik vorig jaar met kortdurende opnames heb gewerkt. Hierin heb ik haast niet de mogelijkheid gehad om een langdurige behandeling te starten met patiënten. Ik startte vaak vanuit het lichamelijke aspect en kreeg niet de kans om door te werken met patiënten, omdat zij dan door werden verwezen of werden ontslagen.

Tijdens het onderzoek startte ik ook vanuit het lichamelijke aspect wat herkenbaar was voor mij. Doordat het een lange periode was, heb ik gemerkt dat ik andere aspecten in heb gezet die passend waren bij de fase van de behandeling. Hierdoor merkte ik dat ik verder in de behandeling kwam en het lichamelijke aspect niet meer het belangrijkste was.

Dat ik ook het sociale en expressieve aspect inzet tijdens mijn therapieën is belangrijk om toe te voegen aan mijn werkmodel. Op deze manier kan ik danstherapie op een brede manier inzetten, waardoor ik meer gebieden benader en op verschillende manieren kan werken met patiënten.

Ik had eerder nog niet gemerkt dat ik de andere aspecten ook zo nadrukkelijk inzet. Natuurlijk was ik wel bewust dat ik deze gebruikte tijdens de therapieën, maar het was voor mij niet duidelijk hoe ik dit dan precies inzette of waarom deze aspecten ook erg belangrijk waren en onmisbaar waren voor een effectieve behandeling. De samenhang tussen de verschillende aspecten is voor mij nu veel duidelijker geworden. Voor mij is het dus zeker een waardevolle toevoeging aan mijn werkmodel.

Wat naar voren komt in de resultaten is dat ik het lichamelijke aspect vaak verwerk in mijn evaluaties. De vragen die ik stelde aan patiënten waren vaak gericht op het lichamelijke aspect. Ik stelde vragen over lichamelijke reacties, die daarna gekoppeld werden aan persoonlijke ervaringen of situaties, maar in eerste instantie richt ik de aandacht wel op het lichaam. Ik vind dat dit ook wel belangrijk is in ons vak. We werken met het lichaam, waarin de lichamelijke reacties naar mijn idee erg belangrijk zijn.

Mijn voorkeur gaat nog steeds wel uit naar het lichamelijke aspect, maar het sociale en het expressieve aspect zijn net zo belangrijk om te verwerken in mijn therapieën.

Vaak ontstond het expressieve aspect vanuit de patiënten zelf. Wanneer ik merkte dat deze expressie meer begon te ontstaan, zette ik werkvormen en interventies in die uitlokkend waren, zodat deze expressie ook voelbaar werd voor patiënten. Afstemming en aansluiting waren dus belangrijke aspecten daarin. Het was een kwestie van goed blijven kijken naar de patiënten om te beslissen wat ik in zou zetten. Het verliep redelijk vanzelf en het voelde goed om ook de andere aspecten in te zetten. Ondanks dat ik er voor dit onderzoek niet erg vaak bewust mee werkte, voelde het wel eigen en vanzelfsprekend om dit in te zetten.

Het was voor mezelf ook meer een bewustwording van mijn eigen handelen. Als ik terug kijk op eerdere behandelingen of begeleidingen die ik heb gedaan, heb ik alle drie de aspecten ingezet, maar was ik in de veronderstelling dat het lichamelijke aspect het beste bij mij paste. Ik zette dit aspect daardoor ook het meeste in en was ik niet zo bewust bezig met het sociale en expressieve aspect. Deze twee aspecten hebben nu meer waarde gekregen voor mij en zie ik in dat deze net zo belangrijk zijn als het lichamelijke aspect.

Door de resultaten van dit onderzoek is er naar voren gekomen dat alle drie de aspecten belangrijk zijn om in te zetten, waardoor ik dit ook meer ben gaan inzien. Ik kan ze nu beter inzetten, omdat ik ze ook bewuster heb leren inzetten. Hierdoor is het ook niet zo dat alleen het lichamelijke aspect bij mij past, maar zeker ook het sociale en expressieve aspect.

Als ik een nieuw werkmodel beschrijf, zou deze er als volgt uitzien.

- Lichamelijke aspect.

Het lichamelijke aspect zet ik vaak in wanneer ik in de eerste fase van de behandeling werk. Het contact met het lichaam en lichaamsbewustzijn zijn voor mij belangrijke aspecten om te ontwikkelen voordat er door gegaan kan worden naar een volgende fase. Het lichamelijke aspect is voor mij een manier om deze start te maken. Dit aspect wordt gebruikt tijdens dans en beweging. Dit wordt omgezet naar het medium, waardoor er veel gewerkt wordt met het medium. Het sluit aan bij mij als persoon en als therapeut, waarin ik mij op mijn gemak voel. Ook sluit het vaak aan bij patiënten in een korte behandel fase zoals, bijvoorbeeld op de PAAZ. Wanneer iemand in crisis wordt opgenomen is dat lichamelijke contact met zichzelf terugkrijgen erg belangrijk om uit de crisis te komen.

- Sociale aspect.

Het sociale aspect wordt ingezet tijdens de therapieën. Het gaat dan voornamelijk over de verbondenheid met anderen en onderdeel zijn van een groep. Het sociale aspect is belangrijk om veiligheid te bevorderen in de behandelgroep. Hierin worden vaak werkvormen aangeboden gericht op samenwerken of contact, zoals spiegelen of Chase. Dit aspect wordt gebruikt tijdens dans en beweging. Dit wordt omgezet naar het medium, waardoor er veel gewerkt wordt met het medium. Doordat patiënten met elkaar in contact komen is het contact tussen jezelf en de ander een belangrijk thema.

- Expressieve aspect.

Het expressieve aspect wordt ingezet tijdens mijn therapieën, wanneer er betekenis wordt verleend aan de bewegingen van patiënten. Door dit aspect in te zetten of wanneer dit ontstaat, maakt dit de dans persoonlijk van iemand. Er wordt gevoel in de dans gelegd en de dans betekent iets persoonlijks voor iemand. In mijn therapieën probeer ik dit te ontlocken, door werkvormen in te zetten waarin patiënten iets persoonlijks van zichzelf leggen zoals een gevoel. Dit wordt wel opgebouwd, omdat dit in het begin vaak lastig blijkt te zijn voor patiënten. Ik vind het belangrijk dat de dans iets betekent voor iemand, om een persoonlijke ontwikkeling op gang te brengen.

- Afstemmen en aansluiten.

Wat mij onder andere kenmerkend maakt als therapeute, is dat ik in beweging veel afstem en aansluit bij de patiënt. Binnen dans en beweging kijk ik hoe ik het medium in kan zetten en wat passend is bij de patiënt. Dit kan om verschillende redenen zijn, bijvoorbeeld om te verbreden of juist om te versterken. Hierbij maak ik gebruik van het medium met de daarbij horende danselementen. In mijn manier van werken maak ik daardoor ook veel gebruik om in en met het medium te werken. In mijn houding kan ik me ook goed afstemmen op de patiënt. Door mijn empathisch vermogen weet ik de juiste houding aan te nemen tegenover de patiënt. Ik kan de patiënt aanvoelen, waarop ik mijn keuzes afstem. Soms maak ik bijvoorbeeld gebruik van humor, maar ik kan goed inschatten wanneer dit wel of niet mogelijk is.

- Structurerend.

Wat mij verder kenmerkt als therapeute, is dat ik met structuur werk. De opdrachten die ik aanbied zijn duidelijk, waardoor de patiënt weet waar hij of zij aan toe is. Voorspelbaarheid is daarbij een bijkomende eigenschap. Ik laat de opdrachten wel open, zodat ik op het moment kan inspelen en de zelfervaring voor de patiënt vrij is. Het zijn daardoor gekaderde opdrachten waar ieder op zijn eigen manier mee aan de slag kan gaan binnen dans en beweging, zodat er ontstaat wat er op dat moment bij de patiënt zelf speelt zonder dat ik thema's opleg.

Ook is er een bepaalde structuur binnen de vorm van de sessie. Ik begin vrijwel altijd met een opwarming die lichaamsgericht is waarna ik daarna doorga met het algemene doel van de therapie. Als ik merk dat dit niet aansluit, zal ik de opdrachten aanpassen of anders vormgeven.

- Samen positie.

Ik werk veel in de samen positie. Door op verschillende manieren te spiegelen en mee te doen met de patiënten binnen de therapie, bied ik hen ondersteuning in beweging.

Ik laat de therapie aansluiten op de patiënten, en door samen te werken en input te vragen van henzelf, kunnen we aan de slag met bijvoorbeeld doelen.

7.2.2 Nieuwe en oude werkmodel vergelijken.

Ik heb mij in mijn nieuwe werkmodel in vergelijking met mijn oude werkmodel meer ontwikkeld op het gebied van wat ik inzet tijdens de therapieën. Voordat ik dit onderzoek startte, was ik voornamelijk gericht op het lichamelijke aspect. Ik ben nu meer gaan inzien hoe ik het sociale en expressieve aspect inzet en waarom deze twee aspecten net zo belangrijk zijn als het lichamelijke aspect. Ik heb nog steeds een voorkeur voor het lichamelijke aspect, maar het sociale en expressieve aspect zijn net zo belangrijk binnen de behandeling.

Wat voornamelijk hetzelfde is gebleven, is mijn houding. Als therapeute heb ik de afgelopen periode tijdens het onderzoek niet zo zeer mijn therapeutische houding veranderd, maar heb ik in mijn werkmodel meer ontwikkeld wat en hoe ik iets aanbied binnen dans- beweging.

Ik werk nog steeds veel in de samen positie, op een structurerende manier en mijn sterke kant is nog steeds het afstemmen en aansluiten.

Er is voor mezelf een ontwikkeling zichtbaar op het gebied van wat ik aanbied als danstherapeute. Ik ben blij dat ik mijn werkmodel heb kunnen uitbreiden en aan heb kunnen vullen met kennis. Het is daardoor voor mezelf een mooi proces geweest, waarin ik ook nog eens een antwoord heb gekregen op mijn vraagstelling.

Mijn manier van werken is voor mezelf bevestigd. Het samenwerken met Bella heeft mij nog eens extra bewust gemaakt van mijn manier van werken en van mijn visie. Ik vind het belangrijk dat er in dans- bewegingstherapie wordt ervaren, zonder dat er cognitief beredeneerd moet worden wat er gebeurt in de therapie. Door thema's te laten ontstaan in beweging en niet van te voren te bedenken ontstaat een gevoel vanuit de persoon zelf en voelt de persoon zelf in het lichaam wat er gebeurt, in plaats van dat het bedacht wordt. Doen en ervaren staat bij mij in de therapie centraal, waarna later eventueel gerefereerd kan worden aan situaties. Dit is juist de kracht van dans- beweging en het non- verbale.

Hoofdstuk 8: Samenvatting.

Onverklaarde lichamelijke klachten, zijn klachten die niet medisch verklaard kunnen worden. Het kan zijn dat aan deze klachten psychische oorzaken zijn verbonden. Dit kan te maken hebben met onverwerkte trauma's of bepaalde persoonlijkheidstrekken van mensen etc. Een niet effectieve coping lijkt volgens verschillende onderzoeken vaak een belangrijke oorzaak te zijn van onverklaarde lichamelijke klachten. Wat ook vaak naar voren komt, is een slechte emotieregulatie. Patiënten die geen expressie kunnen geven aan hun gevoelens en deze vermijden, zijn vaker ziek en lijken minder goed te reageren op medische behandelingen, dan degenen die hun gevoelens wel kunnen uiten. Wanneer patiënten emoties kunnen uiten, zullen zij zich direct beter voelen en een betere gezondheid ervaren.

Doordat patiënten met OLK hun lichaam op een lastige en pijnlijke manier ervaren, is er vaak een distantie van het lichaam. Ik heb gemerkt dat het goed werkt om lichaamsgerichte werkvormen aan te bieden. Hierin probeerde ik patiënten het lichaam op een andere en vernieuwende manier te laten ervaren, zodat er minder distantie kon ontstaan naar het lichaam. Ik merkte zodra patiënten meer lichaamsbewust werden, meer met zichzelf in contact konden staan en zij ook meer persoonlijke thema's ervoeren.

Het onderzoek kon uitgevoerd worden op het psychotherapeutisch dagcentrum in Tilburg. Het dagcentrum heeft een speciale behandeling voor mensen met onverklaarde lichamelijke klachten, waar psychomotorische therapie onder valt. Gedurende tien weken heb ik twee verschillende groepen danstherapie gegeven.

Binnen dit onderzoek was ik benieuwd hoe er lichaamsgericht gewerkt kon worden met OLK patiënten binnen danstherapie, waarin het lichamelijke aspect als uitgangspunt werd genomen.

De vraagstelling die ik heb opgesteld is: *Hoe kun je lichaamsgericht werken met OLK patiënten binnen danstherapie en wat is de uitwerking hiervan.*

Wat sterk naar voren is gekomen tijdens het onderzoek, is dat er op verschillende manieren lichaamsgericht gewerkt kan worden.

Er kan bijvoorbeeld vanuit het sociale aspect lichaamsgericht gewerkt worden, door de nadruk te leggen op bijvoorbeeld lichaamssignalen wanneer je met iemand in contact bent. Er is dan alleen een ander uitgangspunt, namelijk het sociale aspect.

Om alleen met het lichamelijke aspect te werken binnen danstherapie is niet effectief genoeg, dus is het lichamelijke aspect tijdens het onderzoek uitgebreid met het sociale en expressieve aspect. Om alleen het lichamelijke aspect als uitgangspunt te nemen in dit onderzoek, was dus te klein.

Om een effectief behandelproces te kunnen doorlopen is het juist belangrijk om alle drie de aspecten in te zetten. Het lichamelijke aspect is wel het meest passend in de eerste veiligheidsfase van de behandeling, om lichaamsbewustzijn te creëren, waarna er overgegaan kan worden naar de doorwerkfase. In deze fase is het expressieve en sociale aspect juist belangrijk, net als in de derde afrondende fase.

Hoe je lichaamsgericht kunt werken is dus erg breed en zijn er verschillende werkvormen om lichaamsgericht te werken, waar niet alleen het lichamelijke aspect voor nodig is.

Het is dus gebleken dat voor een effectieve behandeling binnen lichaamsgericht werken alle drie de aspecten nodig zijn. Hierin is het wel belangrijk dat er werkvormen aan worden geboden die bij de verschillende aspecten aansluiten.

De resultaten van de drie aspecten binnen dans- bewegingstherapie zijn bekeken op het gebied van ervaringen van patiënten zelf en wat er te zien is qua ontwikkeling op het gebied van beweging.

Hiervoor zijn er vragenlijsten uitgezet aan de patiënten en is er een observatie gemaakt van de patiënten aan de hand van videomateriaal.

De vragenlijst bestaat uit twee delen die aan het begin en aan het einde van de behandeling zijn uitgedeeld.

De patiënten hebben in het begin en aan het einde een tiental vragen ingevuld gericht op het lichaamsbewustzijn. Deze zijn met elkaar vergeleken, waarin naar voren kwam dat op twee patiënten na iedereen hoger of hetzelfde heeft gescoord op het lichaamsbewustzijn. Dit maakt het aannemelijk dat de therapieën gericht op de verschillende aspecten een aandeel hebben gehad in de ontwikkeling op het lichaamsbewustzijn.

In deel b zijn er open en gesloten vragen gesteld. De belangrijkste resultaten aan het einde van de behandeling is dat patiënten lichaamsbewustzijn als eerste, emoties voelen / uiten als tweede en ontspanning samen met vrijer in beweging het meest benoemd hebben als belangrijke ervaring.

Wanneer patiënten meer lichaamsbewustzijn ontwikkelen, staan zij meer met zichzelf in contact, waardoor emoties ook beter ervaren kunnen worden. Dat lichaamsbewustzijn en emoties voelen / uiten op één en twee staan is dan een logische verklaring.

De koppeling tussen vrijer in beweging en emoties voelen / uiten lijkt ook logisch. Wanneer je je opgelucht voelt doordat emoties zijn geuit, kun je vrijer in beweging zijn. Het opgesloten gevoel is minder aanwezig en voelt als een opluchting.

Tot slot is er de uitwerking op lichamelijk gebied. Vanuit de observaties is naar voren gekomen dat er niet een algemeen beeld of algemene ontwikkeling zichtbaar is, omdat iedereen zich op een eigen manier heeft ontwikkeld. Het is lastig om daardoor een conclusie te trekken over het bewegingsbeeld van patiënten met onverklaarde lichamelijke klachten na tien weken danstherapie.

Wat wel vaker naar voren komt qua ontwikkeling in beweging, is dat het centrum meer wordt betrokken in beweging en dat het lichaam meer georganiseerd is in beweging.

Het is opvallend dat de uitkomsten van de ervaringen van de patiënten aansluiten bij de bewegingsanalyse. Deze twee ontwikkelingen kunnen aan elkaar gekoppeld worden.

Wat mensen daadwerkelijk hebben ervaren, laten ze dus ook zien in beweging. Emoties kunnen beter gevoeld en geuit worden. In beweging uit zich dat, doordat het centrum meer wordt betrokken in beweging.

Er is meer lichaamsbewustzijn ontwikkeld. In beweging uit zich dat doordat de bewegingen meer georganiseerd zijn.

De conclusie die getrokken kan worden naar aanleiding van dit onderzoek is dat danstherapie een vorm van therapie is die effectief kan worden benoemd bij patiënten met onverklaarde lichamelijke klachten. Patiënten zijn zich meer bewust van het lichaam en worden door de verschillende aspecten bewust van het eigen handelen.

Of de klachten daardoor minder worden is niet zeker, maar er ontstaat wel meer inzicht in waar klachten vandaan komen en hoe ze op een andere manier kunnen reageren op hun klachten. De coping wordt verbeterd waardoor ze op andere manieren met hun klachten of situaties om kunnen gaan.

Bronvermelding.

Boeken.

Meekums, B. (2005). *Dance movement therapy*. New Delhi: Sage publications.

Meijer, K. (2006). *Handboek psychosomatiek*. Baarn: HBuitgevers.

Michelbrink, F. (2007). *Actieonderzoek voor professionals in zorg en welzijn*. Amsterdam: B.V. Uitgeverij SWP.

Smeijsters, H. (2008). *Handboek Creatieve Therapie*. Bussum: Uitgeverij Coutinho.

Artikelen.

Afd. Psychologie en pedagogiek Universiteit Leuven (2010, 16 april). *Refereren volgens het APA-systeem (5de editie)*. Hogeschool Zuyd, Faculteit gezondheidszorg, Heerlen.

Coughlin Della Selva. P. (2006, n.d. gepubliceerd door Wiley Periodicals). *Emotional Processing in the Treatment of Psychosomatic Disorders*. Albany, NY.

Mehling. E. W. et al. Philosophy. (2011, 17 april gepubliceerd door Ethics, and Humanities in Medicine). *Body Awareness: a phenomenological inquiry into the common ground of mind-body therapies*. California, USA.

Payne. H. (2009, 14 juli gepubliceerd door Taylor & Francis). *Pilot study to evaluate Dance Movement Psychotherapy (the BodyMind Approach) in patients with medically unexplained symptom: Participant and facilitator perceptions and a summary discussion, Body, Movement and Dance in Psychotherapy*. University of Hertfordshire, UK.

Naslagwerk.

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

Manders, C. (mei, 2010). *Onderzoek naar lichaamsbewustzijn*. Master psychomotische therapie Zwolle.

Internet.

Fenomeen online magazine (2011, n.d.). *Lichaamsgericht werken als ingang voor opstellingenwerk*. Geraadpleegd op 2 november 2011 op:

http://www.fenomeenonline.nl/index.php?option=com_content&view=article&id=85:lichaamsgericht-werken-als-ingang-voor-opstellingenwerk&catid=46:artikelen&Itemid=78

Medicinfo (2010, 7 oktober). *Lichaamsbewustzijn*. Geraadpleegd op 2 november 2011 op:

<http://www.medicinfo.nl/%7B41e85f34-83b8-44e0-b2ed-c65806d4efd2%7D>

NOLK (2011, n.d.). *Tweesteden ziekenhuis Tilburg*. Geraadpleegd op 2 november 2011 op:

<http://www.nolk.info/sociale-kaart/tweesteden-ziekenhuis-tilburg/>

NVDAT (2011, 26 oktober). *Danstherapie*. Geraadpleegd op 2 november 2011 op:

<http://www.nvdat.nl/danstherapie.htm>

Singel54 praktijk voor fysiotherapie (n.d.). *Onverklaarde lichamelijke klachten*. Geraadpleegd op 22 mei 2012 op: <http://www.singel54.nl/therapie/som.php>

VU medisch centrum (2011, n.d.). *Polikliniek onverklaarde klachten*. Geraadpleegd op 18 oktober 2011 op: <http://www.vumc.nl/afdelingen/PCD/4161123/>

Yulius voor geestelijke gezondheid (2011, n.d.). *Onverklaarde lichamelijke klachten*. Geraadpleegd op 2 november 2011 op: <http://www.yulius.nl/specialismencarrousel/onverklaarde-lichamelijke-klachten.html>

Bijlage 1: Pico.

Mijn pico vraag die ik heb opgesteld om artikelen te zoeken over mijn onderwerp ging over psychosomatic disorders en dance movement therapy.

Deze termen waren daarbij ook mijn hoofdtermen. OLK en danstherapie heb ik gebruikt als termen in Pubmed. Ik merkte al snel dat er weinig te vinden was in deze combinatie, dus ik ben ze van elkaar gaan scheiden en heb gezocht op deze losse termen. Er waren een hoop artikelen over psychosomatic disorders dus ik ben gaan zoeken naar body awareness en mind body therapy, in plaats van dance movement therapy, omdat ik dit veel tegen kwam in de artikelen. Uiteindelijk kwam ik op een bruikbaar onderzoek, waarin stond beschreven waarom lichaamsgericht werk bevorderend is bij OLK.

Verder ben ik ook een erg interessant en bruikbaar artikel tegengekomen waar algemene informatie staat beschreven over OLK.

Ik heb verder ook nog een aantal artikelen gevonden met betrekking tot het onderwerp, maar deze heb ik uiteindelijk niet gebruikt. Onderstaande artikelen heb ik gebruikt voor mijn verslag en daarom vermeld in deze bijlage.

- Body awareness and mind body therapy → Body Awareness: a phenomenological inquiry into the common ground of mind-body therapies

- Psychosomatic disorders and mind body connection → Emotional Processing in the Treatment of Psychosomatic Disorders

Bijlage 2: Werkvormen uit de therapie.

In deze tabel zijn verschillende werkvormen bij de bijbehorende fases beschreven. In de tabel worden de werkvormen onder het kopje medium beschreven. Onder medium valt alles wat er is gedaan in de werkvorm, welke doelstelling er was en welke benodigdheden daarvoor nodig waren. Onder het kopje therapeut valt de techniek die is ingezet, de werkwijze die is toegepast en de houding die is aangenomen.

Tabel. Werkvormen fase één, veiligheidsfase.

Fase één, veiligheidsfase	
Medium	Therapeut
<i>Wat:</i> Bodycheck. Deze werkvorm is gericht op het lichamelijke aspect. <i>Hoe:</i> Iedereen zit of staat met als het mogelijk is de ogen gesloten. Onder begeleiding van de therapeut brengt iedereen de aandacht naar verschillende lichaamsdelen. Je begint bij de voeten, gevolgd naar de enkels, de kuit, de knieën, totdat je bij het hoofd bent aangekomen. De aandacht zal naar de lichaamsdelen gebracht worden, zonder deze verder in beweging te brengen. <i>Praktische aspecten:</i> Hiervoor is geen muziek nodig, omdat deze bodycheck in stilte zal worden gedaan. Verder zijn er geen materialen nodig, behalve eventuele stoelen. <i>Doelstelling:</i> Dit is een oefening ter bevordering van het lichaamsbewustzijn en het in contact komen met het lichaam. Vanuit deze oefening is het doel om stil te kunnen staan bij het lichaam en voelen wat er werkelijk speelt in het lichaam.	<i>Techniek:</i> Spiegelen. Hieronder valt voornamelijk verbaal spiegelen. <i>Interventies:</i> Meedoen met de patiënten, motiveren, non- verbaal en verbaal contact maken. <i>Werkwijze:</i> Supportief. Het leren omgaan met problemen staat hierin centraal. Het gaat nog niet zo zeer over het doorwerken van problemen, maar het eerste contact en bewustwording met het eigen lichaam is hier belangrijk. Passende doelstellingen van de werkwijze: - Exploreren van nieuwe gedachten en gevoelens; - Zelfactualisatie; - Ontwikkelen van controlemechanismen; - Versterken van de bestaande afweer (Smeijsters, 2008, p. 56 - 57). <i>Rol:</i> Directief, structurerend, accepterend, ondersteunend. <i>Attitude:</i> Structurerend, supportief, empathisch.
<i>Wat:</i> Eigen bewegingsmateriaal onderzoeken. Deze werkvorm is gericht op het lichamelijke aspect. <i>Hoe:</i> Deze werkvorm is vaker terug gekomen. We zijn in beweging gestart als warming- up op muziek, waar iedereen de mogelijkheid kreeg om hun eigen bewegingsmanier te kunnen ontdekken, wat op dat moment passend was. In de warming up zijn we het lichaam langs gegaan in beweging en zijn de patiënten hierin gestructureerd. Het was precies duidelijk welk lichaamsdeel in beweging werd gebracht. De focus lag voornamelijk op het lichaam, zodat de patiënten konden voelen wat hun bewegingsmogelijkheid op dat moment was. <i>Praktische aspecten:</i> Ik heb hiervoor muziek nodig en een muziekinstallatie.	<i>Techniek:</i> Uitlokkend, spiegelen. Hieronder valt verbaal, empathisch en aanvullend spiegelen. <i>Interventies:</i> Meedoen met de patiënten, motiveren, non- verbaal en verbaal contact maken. <i>Werkwijze:</i> Supportief. Het leren omgaan met problemen staat hierin centraal. Het gaat nog niet zo zeer over het doorwerken van problemen, maar het eerste contact en bewustwording met het eigen lichaam is hier belangrijk. Passende doelstellingen van de werkwijze: - Exploreren van nieuwe gedachten en gevoelens; - Zelfactualisatie; - Ontwikkelen van controlemechanismen; - Versterken van de bestaande afweer (Smeijsters, 2008, p. 56 - 57). <i>Rol:</i> Directief, structurerend, accepterend,

<i>Doelstelling:</i> Dit is een werkvorm ter bevordering van het lichaamsbewustzijn. In deze werkvorm voelen de patiënten wat en hoe ze in beweging willen gaan. Ook ter bevordering van het ontwikkelen van eigenheid in hun beweging. Door een eigen manier van bewegen te onderzoeken die past bij jezelf, staat men meer in contact met het eigen lichaam. Door in contact met het lichaam te staan, kunnen er ook emoties beter worden ervaren.	ondersteunend, stimulerend, samen. <i>Attitude:</i> Structurerend, supportief, empathisch.
<i>Wat:</i> Ontspanningsoefeningen. Deze werkvorm is gericht op het lichamelijke aspect. <i>Hoe:</i> Het gaat voornamelijk over het loslaten van de spieren door op de grond te gaan liggen, of als dit niet mogelijk is op een stoel te gaan zitten en de spieren in ontspanning brengen. Één voor één wordt de aandacht naar verschillende lichaamsdelen gebracht waar de ontspanning extra gevoeld wordt. De ademhaling speelt een grote rol in deze oefeningen. De ademhaling kan ondersteuning bieden in het loslaten van de spieren. Spieren loslaten en ademhaling zijn twee belangrijke aspecten binnen deze ontspanningsoefeningen. <i>Praktische aspecten:</i> Er zijn matjes nodig waar de patiënten op kunnen liggen, kussentjes om met hun hoofd op te liggen, eventueel stoelen voor de mensen die niet goed kunnen liggen en eventueel een zacht achtergrond muziekje. <i>Doelstelling:</i> Vaak zit er veel spanning in het lichaam door de klachten. Door een moment te kunnen ervaren van ontspanning in de spieren kan dit wat voor rust zorgen in het lichaam en daardoor ook in de geest. Door het lichaam los te laten en de ademhaling bewust in te kunnen zetten, kunnen emoties ook beter gevoeld worden en losgelaten worden. Lichaamsbewustzijn is ook een belangrijk doel, doordat patiënten meer bewust gaan voelen waar de spanning in het lijf zit.	<i>Techniek:</i> Spiegelen. Hieronder valt voornamelijk verbaal spiegelen. <i>Interventies:</i> Non- verbaal en verbaal contact maken, aanwijzingen geven. <i>Werkwijze:</i> Supportief. Het leren omgaan met problemen staat hierin centraal. Het gaat nog niet zo zeer over het doorwerken van problemen, maar het eerste contact en bewustwording met het eigen lichaam is hier belangrijk. Passende doelstellingen van de werkwijze: - Exploreren van nieuwe gedachten en gevoelens; - Zelfactualisatie; - Ontwikkelen van controlemechanismen; - Versterken van de bestaande afweer (Smeijsters, 2008, p. 56 - 57). <i>Rol:</i> Directief, structurerend, accepterend, ondersteunend. <i>Attitude:</i> Structurerend, supportief, empathisch.

Fase twee, doorwerkfase	
Medium	Therapeut
<i>Wat:</i> Eigen bewegingsmateriaal onderzoeken. Deze werkvorm is gericht op het lichamelijke aspect met misschien een weg naar het expressieve aspect. <i>Hoe:</i> De werkvorm is ook in de eerste fase naar voren gekomen. De opdracht was hier erg	<i>Techniek:</i> Uitlokkend, spiegelen. Hieronder valt verbaal, empathisch en aanvullend spiegelen. <i>Interventies:</i> Non- verbaal en verbaal contact maken, bestendigen. <i>Werkwijze:</i> Re- educatief. Deze werkwijze richt zich

gestructureerd. In de doorwerkfase hebben patiënten meer vrijheid om op hun eigen manier in beweging te gaan. De aandacht is nog wel op het lichaam gericht, maar patiënten kunnen hun eigen manier en tempo bepalen. <i>Praktische aspecten:</i> Ik heb hiervoor muziek nodig en een muziekinstallatie. <i>Doelstelling:</i> Deze werkvorm is ter bevordering van het lichaamsbewustzijn. In deze werkvorm voelen de patiënten wat en hoe ze in beweging willen gaan. Ook ter bevordering van het ontwikkelen van eigenheid in hun beweging. Door een eigen manier van bewegen te onderzoeken die past bij jezelf, sta je meer in contact met je eigen lichaam. Door in contact met je lichaam te staan, kunnen er ook emoties beter worden ervaren. Wanneer deze emoties worden ervaren zal de aandacht ook verschuiven naar het expressieve aspect. Patiënten kunnen deze emoties in hun beweging leggen.	op het beïnvloeden en doorwerken van problemen. Het eigen gedrag en wat de patiënt in het hier en nu beleeft. Passende doelstellingen van de werkwijze: - Uiten en reguleren van emoties; - Verbeteren van realiteitsoriëntatie; - Grenzen leren trekken; Verbeteren van sociale interactie en interpersoonlijke vaardigheden; - Uitbreiden van het gedragsrepertoire; - Versterken van het zelfvertrouwen (Smeijsters, 2008, p. 58). <i>Rol:</i> Leiding gevend, sturend, accepterend, ondersteunend, samen. <i>Attitude:</i> Structurerend, empathisch, motiverend.
<i>Wat:</i> Spiegelen. Deze werkvorm is gericht op het sociale aspect. <i>Hoe:</i> De patiënten werken in tweetallen. De ene patiënt geeft de beweging aan met de armen en de andere patiënt volgt de beweging als een spiegel. <i>Praktische aspecten:</i> Hier is eventueel muziek voor nodig en een muziekinstallatie. <i>Doelstelling:</i> Bewustwording van je eigen handelen. Het kan zorgen voor confrontatie, maar ook voor verheldering en besef. Ook contact met de ander is een belangrijk doel. Hoe stel je jezelf op tegenover een ander, hoe laat je jezelf zien en hoe vind je het om jezelf al dansend aan iemand te laten zien. De koppeling naar het lichamelijke aspect wordt gemaakt door patiënten te laten benoemen hoe het lichaam reageert in contact met de ander.	<i>Techniek:</i> Spiegelen. Hieronder valt verbaal en empathisch spiegelen. <i>Interventies:</i> Non- verbaal en verbaal contact maken, bestendigen. <i>Werkwijze:</i> Re- educatief. Deze werkwijze richt zich op het beïnvloeden en doorwerken van problemen. Het eigen gedrag en wat de patiënt in het hier en nu beleeft. Passende doelstellingen van de werkwijze: - Uiten en reguleren van emoties; - Verbeteren van realiteitsoriëntatie; - Grenzen leren trekken; Verbeteren van sociale interactie en interpersoonlijke vaardigheden; - Uitbreiden van het gedragsrepertoire; - Versterken van het zelfvertrouwen (Smeijsters, 2008, p. 58). <i>Rol:</i> Leiding gevend, sturend, accepterend, ondersteunend. <i>Attitude:</i> Structurerend, empathisch.
<i>Wat:</i> Uitdrukken in beweging. Deze werkvorm is gericht op het expressieve aspect. <i>Hoe:</i> Aan het eind was er altijd een evaluatierondje. Als vervanging van de verbale evaluaties, hebben patiënten in stilte een woord of een zin omgezet naar beweging. Het ging dan voornamelijk over de	<i>Techniek:</i> Uitlokkend. <i>Interventies:</i> Non- verbaal en verbaal contact maken, bestendigen, aanmoedigen. <i>Werkwijze:</i> Re- educatief. Deze werkwijze richt zich op het beïnvloeden en doorwerken van problemen.

ervaring die iemand had van de patiënt en wat belangrijk was dat therapie uur. Dit kon één beweging zijn, maar dit konden ook een aantal bewegingen achter elkaar zijn.

Praktische aspecten: Hier zijn geen benodigdheden voor nodig.

Waarom: Het doel van deze werkvorm is dat de patiënten vanuit hun lichaam kunnen reageren en niet alleen vanuit het hoofd. Vaak zitten deze patiënten erg in het hoofd en ik wil ze juist meer naar het lichaam krijgen en meer laten voelen hoe ze erbij zitten. Door een beweging te maken wat past bij het gevoel, probeer ik patiënten meer in het lichaam te krijgen en hun gevoel uit te laten drukken via dans- beweging. Het is niet de bedoeling dat ze hier eerst over na gaan denken, maar gewoon doen en laten ontstaan.

Het eigen gedrag en wat de patiënt in het hier en nu beleeft.

Passende doelstellingen van de werkwijze:

- Uiten en reguleren van emoties;
- Verbeteren van realiteitsoriëntatie;
- Grenzen leren trekken;
- Verbeteren van sociale interactie en interpersoonlijke vaardigheden;
- Uitbreiden van het gedragsrepertoire;
- Versterken van het zelfvertrouwen (Smeijsters, 2008, p. 58).

Rol: Leiding gevend, sturend, acceptierend, ondersteunend, motiverend, samen.

Attitude: Structurerend, empathisch.

Fase drie, afrondende fase

Medium

Wat: Videomateriaal bekijken in de groep. Deze werkvorm is gericht op het sociale, het expressieve en het lichamelijke aspect.

Hoe: Samen met de groep wordt het door mij gekozen videomateriaal bekeken wat verzameld is tijdens de periode. Hierin is een beeld van het begin en een beeld van het eind gepakt. Patiënten kunnen de eventuele ontwikkeling van zichzelf zien op beeld. Naar aanleiding van dit materiaal, is er een tevens ook een evaluatie.

Praktische aspecten: Beamer, computer en het videomateriaal.

Doelstelling: Deze werkvorm is ter evaluatie van de therapie. Patiënten kunnen zichzelf zien in beweging en zien wat hun eigen ontwikkeling is op het gebied van dans. Wat ze zelf zien en wat ze voelen kan dan aan elkaar gekoppeld worden.

Therapeut

Techniek: Verbaal spiegelen

Interventies: Non- verbaal en verbaal contact maken, bestendigen, ondervragen.

Werkwijze: Re- educatief. Deze werkwijze richt zich op het beïnvloeden en doorwerken van problemen. Het eigen gedrag en wat de patiënt in het hier en nu beleeft.

Passende doelstellingen van de werkwijze:

- Uiten en reguleren van emoties;
- Verbeteren van realiteitsoriëntatie;
- Grenzen leren trekken;
- Verbeteren van sociale interactie en interpersoonlijke vaardigheden;
- Uitbreiden van het gedragsrepertoire;
- Versterken van het zelfvertrouwen (Smeijsters, 2008, p. 58).

Rol: Leiding gevend, sturend, acceptierend, ondersteunend, motiverend, samen.

Attitude: Structurerend, empathisch.

Wat: Iets meegeven aan elkaar. Dit is een werkvorm binnen het expressieve en sociale aspect.

Hoe: Iedereen staat in de kring. Iemand geeft iets door. Het is een soort onzichtbare substantie die iedereen op zijn of haar manier kan ombuigen naar

Techniek: Non- verbaal spiegelen.

Interventies: Non- verbaal contact maken, bestendigen, motiveren, uilokken en humor gebruiken.

Werkwijze: Re- educatief. Deze werkwijze richt zich

iets symbolisch. Van die onzichtbare substantie kan iets gemaakt worden wat diegene aan de ander mee wil geven.

Praktische aspecten: Hier zijn geen benodigdheden voor nodig.

Doelstelling: Deze werkvorm is ter afsluiting. Door elkaar allemaal iets symbolisch mee te geven kan iemand het proces voor zichzelf afsluiten. Doordat het in beweging gaat en er niet iets zichtbaar is kan het erg persoonlijk gemaakt worden.

op het beïnvloeden en doorwerken van problemen. Het eigen gedrag en wat de patiënt in het hier en nu beleeft.

Passende doelstellingen van de werkwijze:

- Uiten en reguleren van emoties;
 - Verbeteren van realiteitsoriëntatie;
 - Grenzen leren trekken;
- Verbeteren van sociale interactie en interpersoonlijke vaardigheden;
- Uitbreiden van het gedragsrepertoire;
 - Versterken van het zelfvertrouwen (Smeijsters, 2008, p. 58).

Rol: Leiding gevend, acceptierend, ondersteunend, motiverend, samen.

Attitude: Empathisch.

Bijlage 3: Vragenlijst begin.

Vragenlijst.

Deze vragenlijst bevat twee delen. In het eerste deel zijn er tien algemene vragen gericht op uw lichaamsbewustzijn en hoe u reageert op dat bewustzijn.

In het tweede deel is er één gesloten vraag, en zijn er drie open vragen gesteld over dans- bewegingstherapie. Deze vragen zullen gaan over de verwachtingen of ideeën die u hebt van deze therapievorm met betrekking tot uzelf.

Als u vragen heeft over desbetreffende vragen, is er altijd de mogelijkheid om deze te stellen.

Aan het einde van uw behandeling vraag ik u om een gedeelte van deze vragenlijst nog een keer in te vullen. Het doel hiervan is om te kijken welke uitwerking dans- bewegingstherapie op uzelf en uw klachten heeft, door de antwoorden te vergelijken.

Ik hoop u hiermee voldoende te hebben geïnformeerd en dank ik u alvast voor het invullen van de lijst. Graag ontvang ik deze ingevuld **vóór 6 januari 2012** terug.

De gegeven antwoorden kunnen altijd nog door u besproken of ingezien worden. Uw gegevens zullen anoniem blijven en niet publiekelijk bekend worden gemaakt.

Met vriendelijke groet,

Margot Kerstens.

Naam:

Instructie deel één: Omcirkel in dit deel het cijfer dat het best weergeeft hoe u zich over het algemeen voelt. Er zijn geen foute of juiste antwoorden, antwoord de vragen vanuit uzelf en uw eigen idee. Uw antwoord moet betrekking hebben op de afgelopen zes maanden.

1. Als er spanning in mijn lichaam is, ben ik me bewust van deze spanning

helemaal niet	niet	soms	regelmatig	altijd
1	2	3	4	5

2. Wanneer ik gespannen ben, let ik erop waar in mijn lichaam de spanning zich bevindt

helemaal niet	niet	soms	regelmatig	altijd
1	2	3	4	5

3. Ik merk dat mijn ademhaling oppervlakkig wordt wanneer ik nerveus ben

helemaal niet	niet	soms	regelmatig	altijd
1	2	3	4	5

4. Ik merk hoe mijn lichaam verandert als ik boos, bedroefd, blij of bang ben

helemaal niet	niet	soms	regelmatig	altijd
1	2	3	4	5

5. Ik voel me verbonden met mijn lichaam

helemaal niet	niet	soms	regelmatig	altijd
1	2	3	4	5

6. Om te begrijpen hoe ik me voel maak ik gebruik van wat ik in mijn lichaam waarneem

helemaal niet	niet	soms	regelmatig	altijd
1	2	3	4	5

7. Wanneer ik mij lichamelijk ongemakkelijk voel, ga ik na wat de oorzaak van het ongemak zou kunnen zijn

helemaal niet	niet	soms	regelmatig	altijd
1	2	3	4	5

8. Wanneer ik gestrest ben, ben ik me bewust van deze stress in mijn lichaam

helemaal niet	niet	soms	regelmatig	altijd
1	2	3	4	5

9. Ik merk dat mijn lichaam anders aanvoelt na een rustgevende ervaring

helemaal niet	niet	soms	regelmatig	altijd
1	2	3	4	5

10. Het is gemakkelijk voor mij om bepaalde emoties te uiten

helemaal niet	niet	soms	regelmatig	altijd
1	2	3	4	5

Instructie deel twee: Beantwoord de vragen vanuit uzelf en uw eigen idee. Ook bij dit deel zijn er geen foute of juiste antwoorden.

1. Heeft u al eerder van dans- bewegingstherapie gehoord of er aan deelgenomen? Zo ja, wat kunt u daar over vertellen?

2. Wat zijn uw verwachtingen van dans- bewegingstherapie met betrekking tot uw klachten?

3. Wat denkt u dat dans- bewegingstherapie u kan bieden binnen de behandeling, buiten uw klachten om?

4. Wat zou u graag zelf willen bereiken binnen dans- bewegingstherapie?

Bijlage 4: Vragenlijst einde.

Vragenlijst.

Tien weken geleden heeft u een vragenlijst ingevuld. Deze vragenlijst zal voor een gedeelte hetzelfde zijn als de vorige. Het doel van deze lijst, is om te kijken welke uitwerking dans- bewegingstherapie heeft gehad op uzelf en uw klachten. Eventuele verschillen kunnen dan zichtbaar zijn binnen de antwoorden van de vorige keer en van nu. Het gaat dan over de periode van tien weken geleden tot op dit moment. Ik vind het belangrijk en zinvol om uw mening daarin mee te nemen en te weten te komen wat u ervaart in deze eventuele veranderingen.

Deze vragenlijst bevat twee delen. In het eerste deel zijn er tien algemene vragen gericht op uw lichaamsbewustzijn en hoe u reageert op dat bewustzijn. Deze vragen zijn hetzelfde als de vorige keer. In het tweede deel zijn er vijf open vragen gesteld over dans- bewegingstherapie. Deze vragen zullen gaan over de verwachtingen of ideeën die u had van deze therapievorm en wat uw ervaringen zijn geweest binnen de therapie.

Als u vragen heeft over desbetreffende vragen, is er altijd de mogelijkheid om deze bij mij te stellen. Ik hoop u hiermee voldoende te hebben geïnformeerd en dank ik u alvast voor het invullen van de lijst. Graag ontvang ik deze ingevuld **vóór 30 maart 2012** terug.

De gegeven antwoorden kunnen altijd nog door u besproken of ingezien worden. Uw gegevens zullen anoniem blijven en niet publiekelijk bekend worden gemaakt.

Met vriendelijke groet,

Margot Kerstens.

Naam:

Instructie deel één: Omcirkel in dit deel het cijfer dat het best weergeeft hoe u zich over het algemeen voelt. Er zijn geen foute of juiste antwoorden, antwoord de vragen vanuit uzelf en uw eigen idee. Uw antwoord moet betrekking hebben op de afgelopen vier weken.

1. Als er spanning in mijn lichaam is, ben ik me bewust van deze spanning

helemaal niet	niet	soms	regelmatig	altijd
1	2	3	4	5

2. Wanneer ik gespannen ben, let ik erop waar in mijn lichaam de spanning zich bevindt

helemaal niet	niet	soms	regelmatig	altijd
1	2	3	4	5

3. Ik merk dat mijn ademhaling oppervlakkig wordt wanneer ik nerveus ben

helemaal niet	niet	soms	regelmatig	altijd
1	2	3	4	5

4. Ik merk hoe mijn lichaam verandert als ik boos, bedroefd, blij of bang ben

helemaal niet	niet	soms	regelmatig	altijd
1	2	3	4	5

5. Ik voel me verbonden met mijn lichaam

helemaal niet	niet	soms	regelmatig	altijd
1	2	3	4	5

6. Om te begrijpen hoe ik me voel maak ik gebruik van wat ik in mijn lichaam waarneem

helemaal niet	niet	soms	regelmatig	altijd
1	2	3	4	5

7. Wanneer ik mij lichamelijk ongemakkelijk voel, ga ik na wat de oorzaak van het ongemak zou kunnen zijn

helemaal niet	niet	soms	regelmatig	altijd
1	2	3	4	5

8. Wanneer ik gestrest ben, ben ik me bewust van deze stress in mijn lichaam

helemaal niet	niet	soms	regelmatig	altijd
1	2	3	4	5

9. Ik merk dat mijn lichaam anders aanvoelt na een rustgevende ervaring

helemaal niet	niet	soms	regelmatig	altijd
1	2	3	4	5

10. Het is gemakkelijk voor mij om bepaalde emoties te uiten

helemaal niet	niet	soms	regelmatig	altijd
1	2	3	4	5

Instructie deel twee: Beantwoord de vragen vanuit uzelf en uw eigen idee. Ook bij dit deel zijn er geen foute of juiste antwoorden. Meerdere antwoorden per vraag is oké.

1. Welke ervaring(en) heeft u met dans- bewegingstherapie, na afgelopen tien weken?

2. Heeft u verandering(en) ervaren op het gebied van uw klachten, waar dans- bewegingstherapie een aandeel in heeft betekent? Dit kan zowel positief als negatief zijn.

3. Heeft u verandering(en) ervaren buiten het gebied van uw klachten om, waar dans- bewegingstherapie een aandeel in heeft betekent. Dit kan zowel positief als negatief zijn.

4. Wat heeft u bereikt binnen dans- bewegingstherapie?

5. Merkt u verandering(en) in uw manier van bewegen? Zo ja, wat leveren deze verandering(en) u op?