
Geraakt



De inzet van fysiek contact bij de dans- bewegingstherapeutische
behandeling van getraumatiseerde volwassen asielzoekers

Naam student:	Vivien Laube
Studentennummer:	0725765
Opleiding:	Creatieve Therapie Dans en Beweging Hogeschool Zuyd, Faculteit Gezondheid & Zorg Heerlen
Datum:	1 juni 2011
Begeleider:	Simone Kleinlooh

Inhoudsopgave

Voorwoord

blz. 3

Inleiding

blz. 4

1. Probleemstelling, vraagstelling en doelstelling

blz. 5-10

1.1 Probleemstelling

blz. 5

1.1.1 Het probleem

blz. 5

1.1.2 Begripsafbakening

blz. 7

1.1.3 Relevantie van de vraagstelling

blz. 8

1.2 Vraagstelling

blz. 9

1.3 Doelstelling

blz. 9

2. Onderzoeksopzet

blz. 11-17

2.1 Onderzoekstype

blz. 11

2.2 Onderzoeksmethode

blz. 11

2.2.1 Kwalitatieve casestudy

blz. 11

2.2.2 Grounded theory

blz. 13

2.3 Dataverzameling

blz. 13

2.3.1 Literatuurstudie

blz. 13

2.3.2 Interviews

blz. 13

2.3.3 Observatie

blz. 14

2.3.4 Inclusiecriteria

blz. 15

2.4 Dataregistratie en –preparatie

blz. 15

2.4.1 Dataregistratie

blz. 15

2.4.2 Datapreparatie

blz. 15

2.5 Data-analyse

blz. 16

2.5.1 Analysemodel: de onderzoeksslang

blz. 16

2.5.2 Kwaliteitscriteria

blz. 16

2.6 Onderzoekstechnieken en kwaliteitscriteria

blz. 17

3. Domeinverkenning

blz. 18-20

3.1 De psychofysiologie van trauma

blz. 18

3.1.1 Inleiding: het zenuwstelsel

blz. 18

3.1.2 Vechten, vluchten en bevriezen

blz. 18

3.2 Lichaamsgeheugen en trauma

blz. 19

3.2.1 Wat is lichaamsgeheugen?

blz. 19

3.2.2 Traumatische herinneringen

blz. 19

3.3 Conclusie

blz. 20

4. Resultaten

blz. 21-29

4.1 Kerncategorieën

blz. 21

4.1.1 Intuïtie dans- bewegingstherapeut

blz. 21

4.1.2 Behoefted asielzoekers

blz. 22

4.1.3 Overdracht/tegenoverdracht

blz. 23

4.1.4 Verificatie

blz. 23

4.1.5 Veiligheid

blz. 25

4.1.6 Fysiek contact

blz. 25

4.2 Kerncategorieën in schema

blz. 28

4.2.1 Schema

blz. 28

4.2.2 Uitleg van het schema

blz. 28

5. Discussie	blz. 30-41
5.1 Conclusies	blz. 30
5.1.1 Beantwoording van de vraagstelling	blz. 30
5.1.2 Verklaring en interpretatie van de resultaten	blz. 31
5.2 Reflectie op het onderzoek	blz. 34
5.2.1 Totstandkoming van de resultaten	blz. 34
5.2.2 Een kritische blik	blz. 36
5.2.3 Aanbevelingen voor vervolgonderzoek	blz. 37
5.3 Werkmodel	blz. 38
5.3.1 Inleiding	blz. 38
5.3.2 Nieuwe werkmodellen	blz. 38
5.3.3 Vergelijking oude en nieuwe werkmodellen	blz. 40
Samenvatting	blz. 42
Literatuurlijst	blz. 43
Bijlage: Onderzoeksslang	blz. 45

Voorwoord

'Aanraking – simpel interpersoonlijk contact met of zonder fysieke affectie – heeft een wonderbaarlijke kracht', schrijft de psychotherapeut Courtenay Young (2008, p. 125). Al vaak heb ik van deze kracht gebruik gemaakt, ook in het contact met cliënten tijdens het derde studiejaar, toen ik tien maanden stage liep in de psychiatrie. Meestal deed ik dit onbewust en intuïtief. Het leek vaak een logische stap te zijn, het enige gepaste om te doen. Dan voelde ik de grenzen van de gesproken taal en viel op fysiek contact terug, puur en alleen om überhaupt met de ander in contact te kunnen blijven, nabij te kunnen zijn, begrip te tonen, te troosten. Ik deed dit met een bepaalde naïviteit en onwetendheid. Ik dacht dat, omdat ik het vanuit de behoefte om te helpen deed, het ook automatisch een positief effect op de ander had. Het werken met de asielzoekers leerde mij echter dat iedere kracht ook een bepaalde verantwoordelijkheid met zich meebrengt en dat het niet zo maar ingezet kan worden. Juist omdat fysiek contact een zo krachtige therapeutische tool is, moet de therapeut het met grote voorzichtigheid handhaven.

Zowel op persoonlijk als ook op professioneel niveau ben ik altijd al een mens geweest die graag alles zo precies en concreet mogelijk wil weten. Dans- bewegingstherapie is echter geen wetenschap en als je met mensen werkt, gaat het altijd ook om afstemming. Juist daarom is het voor mij zo belangrijk om altijd een stukje theorie te vinden, die mij een houvast geeft voor de keuzes die ik maak in het contact met cliënten. Dit houvast miste ik toen ik geconfronteerd werd met het thema fysiek contact. Ook al had ik ervaren dat fysiek contact zowel positieve als ook negatieve effecten kan hebben op getraumatiseerde asielzoekers en heel bewust en met grote zorgvuldigheid en voorzichtigheid ingezet moet worden, wist ik nog steeds niet, hoe dat dan precies moet. Hoe komt je dan als dans- bewegingstherapeut erachter of fysiek contact bij een getraumatiseerde asielzoeker ingezet kan worden of niet? Wanneer is het functioneel en misschien zelfs geïndiceerd en wanneer kan het beter nagelaten worden? Welke therapeutische tools bezit de dans- bewegingstherapeut om hierachter te komen? En hoe moeten die ingezet worden? Dit onderzoek bood mij tenslotte de mogelijkheid om op zoek te gaan naar het houvast, dat ik nodig heb.

'Aanraking [...] heeft een wonderbaarlijke kracht', schrijft Courtenay Young (2008, p. 125) en zegt hiermee zo simpel, wat soms zo ingewikkeld kan zijn. Toch hoop ik met dit onderzoek aan een stukje inzicht in en theorie over het omgaan met fysiek contact bij getraumatiseerde asielzoekers bij te hebben gedragen. De praktijkervaringen en kennis van ervaren lichaamsgerichte therapeuten hebben tot het beantwoorden van de onderzoeksvragen en het vergroten van mijn professionaliteit geleid.

"Geraakt" is de titel van dit afstudeerproject en gedurende de afgelopen maanden hebben ook mij veel mensen geraakt. Aan hen, die op welke manier dan ook betrokken waren bij het proces van dit onderzoek, wil ik graag een woord van dank richten. Ten eerste aan Carmen, mijn stagebegeleidster, die uiteindelijk een vriendin is geworden. Dankjewel voor jouw geduld, openheid, betrokkenheid en inspirerende sterkte. Carmen, Rachelle en Edith, mijn drie respondenten, die ondanks hun drukke bestaan tijd voor mij vrij maakten, bedankt voor jullie eerlijkheid en openheid. Simone en Ina, mijn docenten en begeleidsters, die mij de schoonheid van ons vak hebben laten zien. Jullie wil ik bedanken voor de talloze inzichtgevende momenten, die mij uiteindelijk tot een vaardige en zelfbewuste dans- bewegingstherapeute hebben gemaakt. Tatjana, mijn lieve medestudente en vriendin, bedankt voor de pannenkoeken, jouw warmte en de kleine aardigheidjes, die jij interessant genoeg altijd dan aan mij gaf, wanneer ik ze het hardst nodig had. Verena en Leonie, die niet alleen mijn huisgenoten waren, maar mijn zussen, bedankt voor de kook- en levenslessen. Mijn moeder Susanne, die mij altijd een spiegel heeft voorgehouden, wanneer ik dit nodig had. Dankjewel voor jouw opbouwende kritiek, die mij altijd op de juiste weg terug heeft gebracht. Mijn lieve oma en wereldreiziger Annemarie, die mij deze opleiding pas mogelijk heeft gemaakt. Dankjewel voor jouw zorg en de kleurrijke verhalen. Johan, mijn persoonlijke tekstcorrector en leraar Nederlands. Hartelijk dank voor jouw hulp, geduld en kritische kijk.

Een laatst woord van dank wil ik aan Nico richten, mijn lieve vriend. Bedankt voor jouw liefde en steun en dat jij altijd in mij bleef geloven, ook op momenten dat ik mezelf kwijt raakte.

Vivien Laube
Mei 2011

Inleiding

Deze scriptie is het product van mijn afstudeeronderzoek met de titel 'Geraakt'. Het gaat hierbij om een kwalitatieve casestudy naar hoe de dans- bewegingstherapeut na kan gaan of de inzet van fysiek contact ingezet kan worden bij de behandeling van volwassen getraumatiseerde asielzoekers. Dit onderzoek was een proces, waardoor ik niet alleen kennis omtrent de thematiek kon verwerven, maar ook meer inzicht in mijn therapeutisch handelen en mijn werkmodellen verkreeg. Dit wil ik graag met u als lezer delen. Om een duidelijk beeld te geven wat er in ieder hoofdstuk aan bod zal komen, staat hieronder een korte toelichting per hoofdstuk.

Hoofdstuk 1 geeft inzicht in de probleemstelling, de vraagstelling en de doelstelling van het onderzoek. Zo wordt beschreven wat de aanleiding voor dit onderzoek vormde, welke relevantie dit onderzoek heeft voor mij als professional en voor het werkveld algemeen, welke subvragen tot de beantwoording van de centrale vraagstelling hebben geleid en wat ik beoogde te bereiken.

Hoofdstuk 2 gaat in op de opzet van het onderzoek, waarbij aangegeven wordt voor welk onderzoekstype, onderzoeksmethode, dataverzameling, dataregistratie, datapreparatie en data-analyse gekozen werd. De keuzes worden telkens met behulp van literatuur onderbouwd. Ook wordt ingegaan op de kwaliteitscriteria van kwalitatief onderzoek, waaraan ik binnen dit afstudeerproject getracht heb te voldoen.

Hoofdstuk 3 houdt zich bezig met de vraag, waarom fysiek contact invloed heeft op de dans- bewegingstherapeutische behandeling van getraumatiseerde asielzoekers. Hierbij wordt ingegaan op de psychofysiologische processen, die tijdens een trauma optreden en welke rol het lichaamsgeheugen hierbij speelt. Daarna worden conclusies getrokken en een terugkoppeling gemaakt naar de praktijk.

Hoofdstuk 4 beschrijft de resultaten en uitkomsten van de interviews. De interviews gaven inzicht in de kerncategorieën omtrent de vraag hoe de dans- bewegingstherapeut na kan gaan of fysiek contact ingezet kan worden bij de behandeling van volwassen getraumatiseerde asielzoekers. Iedere kerncategorie staat beschreven en met vakliteratuur onderbouwd. Alle kerncategorieën zijn vervolgens in een schema verwerkt en het hoofdstuk eindigt met de daarbij horende uitleg.

Hoofdstuk 5 vormt de discussie. Hierbij kijk ik kritisch terug op mijn onderzoek en ga na of en hoe ik de centrale vraagstelling en hierbij horende deelvragen heb beantwoord. Vervolgens worden de resultaten verklaard en geïnterpreteerd. Daarna wordt kritisch naar het verrichte onderzoek gekeken en ga ik in op zwakke en sterke punten. Van hieruit worden aanbevelingen gedaan voor mogelijke vervolgonderzoeken. Als laatste worden de resultaten in nieuwe werkmodellen geïntegreerd en deze nieuwe werkmodellen vergeleken met de oude werkmodellen.

Deze scriptie wordt afgesloten met een beknopte **samenvatting**, waarin aangegeven wordt wat dit afstudeerproject inhoudt, wat de resultaten zijn en welke betekenis het onderzoek voor mijn professionaliteit heeft.

1. Probleemstelling, vraagstelling en doelstelling

Dit hoofdstuk bevat een beschrijving van het afstudeeronderzoek aan de hand van de probleemstelling met begrippenkader, de vraagstelling en de doelstelling. In de eerste paragraaf wordt de aanleiding tot het afstudeeronderzoek uitgelegd. Vervolgens worden de centrale vraagstelling en de bijhorende deelvragen aangegeven, die ik met behulp van dit onderzoek getracht heb te beantwoorden. De laatste paragraaf gaat in op de doelen van dit onderzoek.

1.1 Probleemstelling

1.1.1 Het probleem

Van de 21.104 asielzoekers, die volgens het Centraal Orgaan opvang asielzoekers (COA) op 1 januari 2011 in Nederland in asielzoekercentra woonden, komt het merendeel uit landen waar al geruime tijd oorlog en/of repressie heerst (zie Tabel 1, blz. 2). Sommigen hebben de intimidatie, bedreiging en geweld van deze oorlogen en/of repressies aan den lijve ervaren. Zij hebben arrestaties, martelingen of het vermoorden van familieleden meegemaakt. Anderen hebben dit weliswaar niet direct ondervonden, maar wel in een sfeer van oorlog, onderdrukking en geweld geleefd. Door structureel repressief geweld, zoals standrechtelijke executies, arrestaties, martelingen en seksueel geweld, wordt de sociale omgeving veranderd in een algehele situatie van onveiligheid, angst, gebrek aan vertrouwen en verbroken sociale relaties. Hierbij komt dat tijdens gewapende conflicten de toegang tot voorzieningen, zoals onderwijs en gezondheidszorg, beperkt is (Willigen, 2009, p. 7).

Ingrijpende ervaringen, zoals oorlog, repressie, geweld, marteling en bedreiging, hebben tot gevolg dat de betrokkene een emotionele schok oploopt, die gepaard gaat met hevige angst en een gevoel van hulpeloosheid en machteloosheid. De angstverschijnselen, spanningsklachten en gevoelens van verdoving en/of vervreemding, die dergelijke traumatische ervaringen oproepen, kunnen binnen een maand na de gebeurtenis verdwijnen. Wanneer de symptomen langer duren of pas na verloop van tijd optreden, wordt van een posttraumatische stress-stoornis (PTSS) gesproken (Vandereycken & Deth, 2004, p. 143). Hoeveel procent van de asielzoekers in Nederland aan een PTSS lijden kan niet eenduidig worden aangegeven. Er bestaan talloze nationale studies naar de lichamelijke en psychische gezondheidsproblemen van asielzoekers. Zo toonde een onderzoek van Reesink (2004, p. 23) aan, dat 51% van de onderzochte asielzoekers trauma gerelateerde klachten liet zien. Uit een onderzoek van Gerritsen, Van der Ploeg, Devillé en Lamkaddem (2005, p. 14) bleek dat slechts 28% van de onderzochte asielzoekers symptomen van PTSS vertoonde. Het ASKV (Amsterdams Solidariteits Komitee Vluchtelingen) heeft ruim driehonderd asielzoekers onderzocht, waarvan bij 77% sprake was van PTSS. De opzet van de studies, de gekozen methodologie en de etniciteit van de onderzochte populaties zorgen o.m. voor de verschillen in de prevalentie van PTSS onder asielzoekers in Nederland (Willigen, 2009, p. 21).

Tabel 1: Top 5 nationaliteiten bezetting centrale opvang op 1 januari 2011
(<http://www.coa.nl>)

Somalië	5.412	25%
Irak	2.774	13%
Afghanistan	2.734	13%
Iran	1.142	5%
Armenië	834	4%
Som van de overige	8.465	40%
totaal	21.104	100%

Hoewel niet duidelijk is, hoeveel asielzoekers daadwerkelijk aan een PTSS lijden, zo kan toch met zekerheid gezegd worden dat een groot gedeelte van de asielzoekers traumatische belevenissen heeft meegemaakt. De confrontatie met het geweld stopt echter niet bij aankomst in het land waar asiel wordt gevraagd. Door contacten met het land van herkomst en mediaberichten blijven asielzoekers geconfronteerd met de gebeurtenissen in het land van herkomst. Daarnaast kunnen zorgen en schuldgevoelens ten aanzien van achtergelaten gezins- en familieleden overheersen. De vaak langdurige en ondoorzichtige asielprocedure en de leefsituatie in de opvangcentra roepen bovendien spanningen op bij de asielzoekers (Willigen, 2009, p.7). Uit onderzoek van Laban, Gernaat,

Komproue et al. (2004) is gebleken dat de duur van de asielprocedure voor een toename van de psychiatrische problematieken bij asielzoekers zorgt. Het werd aangetoond dat een lange asielprocedure zelfs een groter risico vormt op de gezondheidsproblemen dan ingrijpende levensgebeurtenissen (inclusief marteling), die mensen in hun eigen land hebben meegemaakt. Een lange asielprocedure is voor mensen een zodanige enorme traumatische stressfactor, dat zelfs mensen die zonder trauma aan de asielprocedure beginnen, uiteindelijk getraumatiseerd raken. Bovendien verkeren asielzoekers in een tussenruimte, die Callaghan (1998, p. 25) als limbus beschrijft. De limbus van de ballingschap ligt tussen het gevaar, waarvan ze zijn gevlucht, en de veiligheid die ze zoeken. De ervaringen, die de asielzoekers opdoen in de limbus, zijn zeer stressvol en veroorzaken sterke gevoelens van onzekerheid, verlies en vergankelijkheid.

Veel asielzoekers zijn zonder hun families naar Nederland gekomen en zijn daardoor voor lange tijd gescheiden van hun naasten en vrienden. De gevoelens van isolatie en eenzaamheid, die hierdoor ontstaan, zorgen ervoor dat de behoefte aan warmte, liefde en nabijheid erg groot is (Callaghan, 1998, p. 27). Tijdens mijn opleiding heb ik dat in de praktijk zelf kunnen ondervinden. Als studente voor creatieve therapie dans en beweging had ik gedurende het derde studiejaar de kans om tien maanden stage te lopen in een psychiatrische instelling onder begeleiding van een professionele dans- bewegingstherapeute. Naast mijn reguliere stage bij het RC GGZ in Weert liep ik ook enkele uren stage bij de RiaggZuid. Hier behandelde ik samen met mijn stagebegeleidster en een sociaal verpleegkundige één ochtend per week een groep volwassen asielzoekers, met uiteenlopende psychische problematieken, zoals PTSS, depressie, psychotische stoornissen en borderline persoonlijkheidsstoornis. Vaak was er sprake van comorbiditeit tussen PTSS en andere stoornissen. De groep was doorlopend en bestond gemiddeld uit tien cliënten, waarvan acht tot negen mannen en één of twee vrouwen. De cliënten kwamen voornamelijk uit Afrikaanse landen en landen uit het Midden-Oosten, zoals Nigeria, Ethiopië, Irak, Bosnië, Somalië en Armenië. Twee cliënten kwamen uit India. De behoefte aan lichamelijk contact van de asielzoekers wil ik aan de hand van het volgende stukje casus uit mijn stage veraanschouwelijken:

Met de meeste asielzoekers heb ik intussen een therapeutische relatie kunnen opbouwen, vooral met de cliënten, die al vanaf het begin van mijn stage in de groep zitten. Sommige asielzoekers, vooral de vrouwen, vinden lichamelijk contact heel fijn. Een vrouw bijvoorbeeld geeft mij ter begroeting sinds enkele weken altijd een knuffel gevolgd van drie kusjes op mijn wangen. Een van de mannen gaf mij afgelopen week een handkus toen ik ter begroeting mijn hand uitstak.

Het fysieke contact beperkte zich echter niet alleen op de begroeting tussen de asielzoekers en mij. Ook tijdens de werkvormen maakten de asielzoekers fysiek contact, niet alleen met mij, maar ook onderling. Dit wordt in de volgende casusbeschrijving duidelijk:

Wij spelen kegelvoetbal in teams van drie. Zodra wij beginnen, vult zich de kleine ruimte met armen en benen, handen en voeten. Wij bewegen dicht bij elkaar en het is haast niet mogelijk om elkaar niet aan te raken. Hoewel de asielzoekers gedreven meedoen, helemaal in het spel verdiept, doet zich nooit iemand serieus pijn. Wanneer iemand struikelt of valt, opent zich een net uit handen, die de val afremmen of iemand weer op zijn voeten helpen. Op sommige momenten lijken zich de asielzoekers zelfs met een bepaalde intentie te laten vallen, puur om de veiligheid van de helpende handen van de groep te mogen voelen.

De behoefte aan fysiek contact vanuit de asielzoekers kwam ik in eerste instantie na zonder me hiervan heel erg bewust te zijn. Ik volgde eerder mijn lichamelijke impulsen om bijvoorbeeld een omhelzing te beantwoorden. Het initiatief tot fysiek contact kwam hierbij echter vanuit de cliënt. Op een gegeven moment veranderde dit en nam ook ik af en toe het initiatief tot fysiek contact, zonder dit echter heel bewust en doelgericht in te zetten. Toen gebeurde er iets wat mijn visie omtrent fysiek contact met getraumatiseerde asielzoekers voorgoed zou veranderen. Dit incident, dat ik 'de knee' noem, heb ik in het volgende beschreven:

Er is één Ethiopische man, die ook altijd naast mij zit. In het begin van mijn stage had hij mij verteld dat hij door een vrouw werd gemarteld. Afgezien van het trauma, dat hij dus heeft opgelopen, zijn er ook borderline persoonlijkheidstrekken te herkennen in zijn gedrag. Het heeft lang geduurd, maar intussen hebben wij een heel goede band met elkaar. Hij kan soms wat heftig reageren, maar juist daarin herken ik veel van hem ook in mij. Wij lachen veel met elkaar. Op een vrijdag was hij weer erg boos en had hij ontlading nodig, wat op verbaal niveau tijdens het drinken van de thee gebeurde. Ik probeerde hem te laten voelen dat ik hem begreep en ik streek met mijn hand over zijn rug. Toen wij de kamer wilden verlaten om naar de bewegingsruimte te gaan, voelde ik opeens een hele harde kneep in mijn linker bovenarm. De pijn was zo enorm, dat ik uitschreeuwde. Toen ik me omdraaide, zag ik dat de Ethiopische man me had geknepen.

In het begin van het vierde studiejaar heb ik met behulp van een literatuurstudie binnen het vak 'Integratieve Methodiek' een eerste theoretische verklaring kunnen vinden voor wat er toen was gebeurd. Zo wordt in een aantal publicaties met betrekking tot het thema afstand/nabijheid en met name fysieke aanraking benadrukt dat het aanraken van getraumatiseerde cliënten beter nagelaten kan worden, vooral wanneer er sprake is van eerder seksueel geweld (Vloeberghs & Bloemen, 2005, p. 46). Naast eerbied voor het 'beschadigt' lichaam, waarmee de therapeut rekening zou moeten houden, noemt Rothschild (Rothschild & Oakes, 2002, p. 26) dat het aanraken van een getraumatiseerd cliënt een effect kan hebben op de overdracht en dat het gevaarlijk is wanneer een cliënt in de therapeutische relatie op fysieke aanraking steunt of de therapeutische relatie op fysieke aanraking is gebaseerd. Daarnaast is het veel meer de taak van de therapeut om de behoefte van de cliënten aan fysieke aanraking niet zelf na te komen, maar de cliënt erbij te helpen mogelijkheden te vinden hoe hij deze behoeftes buiten de therapie vorm kan geven op een adequate, veilige en functionele manier.

De gevonden informatie riep verschillende vragen bij mij op. Wat gebeurt er op psychofysiologisch gebied bij een getraumatiseerde persoon op het moment van fysiek contact? Welke rol spelen lichaamsgeheugen en (tegen)overdracht hierbij? En hoe moet de dans- bewegingstherapeut omgaan met de ambivalentie tussen de behoefte aan fysiek contact enerzijds en het risico op angst- en paniekaanvallen, flashbacks, dissociatie en retraumatisering door fysiek contact bij de asielzoeker anderzijds? In het kader van dit afstudeerproject probeerde ik antwoorden te vinden op deze vragen.

1.1.2 Begripsafbakening

<i>Begrippen</i>	<i>Uitwerking</i>
Asielzoeker	'Een asielzoeker is iemand die in eigen land vervolgd kan worden. Hij of zij roept dan de bescherming van een ander land in en vraagt daarmee asiel aan' (http://www.vluchtelingenwerk.nl).
Dans- bewegingstherapie	Dans- bewegingstherapie is het op een psychotherapeutische manier gebruik maken van dans en beweging als een proces om de emotionele, cognitieve, sociale en fysieke integratie van het individu te bevorderen (Goodill, 2005, p. 16).
Dissociatie	Toestand van bewustzijnsvernauwing die dient om traumatische herinneringen uit het bewustzijn te weren. Hierbij ontstaan een splitsing tussen denken, voelen, waarnemen, gedrag en kennis enerzijds, en een ernstige verstoring in het contact met zichzelf, de zelfbeleving en de beleving van de ander anderzijds (Smeijsters, 2006, p. 229).
Lichamelijke overdracht	Door de cliënt opgeroepen lichamelijke sensaties, die de therapeut in het eigen lichaam waarneemt (Meekums, 2008, p. 21).
Psychofysiologie	'De psychofysiologie bestudeert de manier waarop psychologische en psychiatrische fenomenen zich manifesteren in fysiologische veranderingen' (Van der Molen, Perreijn & Van den Hout, 2007, p. 86).
Retraumatisering	Blootstelling aan een psychologisch trauma gevolgd door blootstelling aan een of meerdere potentieel traumatische gebeurtenissen, waarbij de subsequente traumablootstelling als herinnering dient aan het eerder opgelopen trauma en de

	pijn verergert, die gerelateerd wordt aan de eerste traumatische ervaring (Layne, Warren, Saltzman, Fulton, Steinberg & Pynoos, 2006, pp. 242-243).
Lichamelijke tegenoverdracht	Bij lichamelijke tegenoverdracht voelt de therapeut eigen oude gevoelens en geeft deze vorm met zijn lichaam (Pallaro, 2007, p. 184).
Trauma	Een trauma is een ervaring waarbij de 'betrokkene heeft ondervonden, is getuige geweest van of werd geconfronteerd met één of meer gebeurtenissen die een feitelijke of dreigende dood of ernstige verwonding met zich meebracht, of die een bedreiging vormde voor de fysieke integriteit van betrokkene of van anderen' (American Psychiatric Association, 2001, p. 266).
Werkmodel	'Een theoretisch model dat met behulp van begrippen de werkelijkheid in kaart brengt. De begrippen die een rol spelen in het handelen in de dans- en bewegingstherapie zijn onderzocht, getoetst aan de praktijk en theoretisch verklaard' (Keulen, 2007, p. 3).

1.1.3 Relevantie van de vraagstelling

De vraagstelling, die ik met behulp van dit onderzoek trachtte te beantwoorden, ontstond vanuit mijn ervaringen uit de derdejaarsstage en heeft hierdoor betrekking op mijn werkmodel. Daarnaast heeft de vraagstelling echter ook een relevantie voor het werkveld in het algemeen. In het eerste gedeelte zal ik ingaan op de relevantie van de vraagstelling voor mij als beginnend dans- bewegingstherapeute en mijn werkmodel. In het tweede gedeelte zal ik aandacht besteden aan de relevantie van de vraagstelling voor het werkveld.

Relevantie voor mij als dans- bewegingstherapeute

Volgens Kertay en Reviere (1998, p. 16) is aanraking een fundamentele, meergelaagde en krachtige vorm van communicatie, die bovendien essentieel is voor een normale menselijke ontwikkeling. Johnson (2009, p. 111) stelt dat fysieke aanraking gebeurt, omdat het een natuurlijke menselijke handeling is. Fysiek contact is dus niet alleen een natuurlijke behoefte van de mens, maar het is bovendien belangrijk voor de interpersoonlijke communicatie. De innerlijke tweestrijd van de getraumatiseerde asielzoekers tussen de behoefte aan fysiek contact, aanraking en nabijheid enerzijds, en de angst hiervoor anderzijds droegen de cliënten over aan mij als dans- bewegingstherapeute. Deze overdracht leidde uiteindelijk tot tegenoverdracht, waardoor ik het initiatief tot contact nam en zonder me hiervan bewust te zijn over de grens ging van een cliënt. Een dergelijke grensoverschrijding bij getraumatiseerde cliënten kan in het ergste geval tot angst- en paniekaanvallen, flashbacks, dissociatie en retraumatisering leiden. Bij een dergelijke situatie kunnen de herinneringen aan de traumatische ervaring ervoor zorgen dat de aanrakende therapeut als de toenmalige dader wordt waargenomen. Een therapeut die hierdoor tot de 'dader' wordt, kan door de cliënt niet meer als partner binnen het therapeutische proces worden gezien, waardoor de relatie tussen cliënt en therapeut meestal onherroepelijk is verbroken (Rothschild, 2002, p. 104).

Toen mij de zonet beschreven aspecten bewust werden, merkte ik dat ik noch voldoende kennis had over het thema fysiek contact bij getraumatiseerde asielzoekers binnen dans- bewegingstherapie, noch over de nodige handvatten en vaardigheden beschikte om met dergelijke situaties op een adequate manier om te kunnen gaan. Met andere woorden: Ik had geen idee hoe ik in de toekomst fysiek contact al dan niet zou moeten inzetten bij getraumatiseerde volwassen asielzoekers. Door dit thema met behulp van dit onderzoek nader verkend te hebben, kon ik de kennis verkrijgen die ik nodig had om het inzicht in mijn therapeutisch handelen en interveniëren dermate te vergroten dat ik uiteindelijk op een functionele manier met fysiek contact bij getraumatiseerde asielzoekers om kan gaan. Bovendien kon ik met behulp van dit onderzoek mijn methodisch handelen onderbouwen en verbeteren.

Relevantie voor het werkveld

Er bestaat veel vakliteratuur over de inzet van fysiek contact of 'touch', zoals het in de Engelstalige literatuur vaak wordt genoemd, in verband met lichaamsgerichte psychotherapie. Wat mij tijdens mijn literatuurstudie voor Integratieve Methodiek opviel, was dat de meningen omtrent dit thema echter nogal uiteenliepen. Zo zijn er professionals, die van mening zijn dat het lichaamsgerichte werken met getraumatiseerde cliënten geen fysiek contact vereist. Rothschild bijvoorbeeld benadrukt in haar boek

'The body remembers: The psychophysiology of trauma and trauma treatment' (2000) dat het nalaten van fysieke aanraking een teken van respect voor de grenzen van de getraumatiseerde cliënt is. Andere professionals, zoals Young (2008), gaan ervan uit dat aanraking juist een heel belangrijk aspect vormt binnen lichaamsgerichte psychotherapie. In mijn ogen had ieder standpunt overtuigende argumenten. Zo schrijft Rothschild (2002, p. 101) dat wanneer getraumatiseerde cliënten aangeraakt worden het gevaar bestaat dat zij overweldigd worden en wegsterven in hun lichamen. Young (2008, p. 128) aan de andere kant geeft aan dat aanraking het ontwikkelingsproces van de cliënt kan ondersteunen en zelfs versnellen. Door deze tegenstrijdigheid rees bij mij de vraag welk uitgangspunt de meest geschikte voor het dans- bewegingstherapeutische werken met getraumatiseerde asielzoekers is. Daarnaast heb ik vooral tijdens mijn derdejaarsstage gemerkt dat ook voor andere dans- bewegingstherapeuten het thema fysiek contact een grijs gebied is, waarover geen duidelijke richtlijnen of houvasten bestaan. Met behulp van dit onderzoek trachtte ik wat meer duidelijkheid te verkrijgen omtrent dit thema.

1.2 Vraagstelling

In eerste instantie was mijn centrale vraagstelling, waarom de inzet van fysiek contact invloed heeft op de dans- bewegingstherapeutische behandeling van volwassen getraumatiseerde asielzoekers. De antwoorden op deze vraag kon ik echter omvattend vanuit de vakliteratuur verkrijgen. Wat ik met dit onderzoek graag wilde bereiken, was het ontwikkelen van een theoretisch model, waarin duidelijk wordt welke therapeutische tools de dans- bewegingstherapeut heeft om na te gaan of fysiek contact ingezet kan worden bij een bepaald cliënt of niet. Daarom heeft de probleemstelling uiteindelijk tot de volgende vraagstelling geleid, die ik met behulp van dit afstudeeronderzoek tracht te beantwoorden:

Hoe kan de dans- bewegingstherapeut nagaan of fysiek contact ingezet kan worden bij de behandeling van volwassen getraumatiseerde asielzoekers?

De vraag, waarom de inzet van fysiek contact invloed heeft op de dans- bewegingstherapeutische behandeling van volwassen getraumatiseerde asielzoekers, bleef echter belangrijk voor dit onderzoek en vormde als het ware de basis voor de beantwoording van de centrale vraagstelling. Verder heb ik een aantal deelvragen geformuleerd, die richting geven aan het onderzoeksproces, om de onderzoeksvraag omvattend te kunnen beantwoorden. De deelvragen zijn:

- Waarom heeft de inzet van fysiek contact invloed op de dans- bewegingstherapeutische behandeling van volwassen getraumatiseerde asielzoekers?
- Waarom hebben asielzoekers behoefte aan fysiek contact?
- Wanneer is de inzet van fysiek contact bij getraumatiseerde asielzoekers gepast en wanneer niet?
- Welke dans- bewegingstherapeutische tools zijn er om na te gaan of de inzet fysiek contact gepast is of niet?
- Welke rol spelen overdracht en tegenoverdracht bij de inzet van fysiek contact bij getraumatiseerde asielzoekers?

1.3 Doelstelling

Volgens Migchelbrink (2007, p. 74) is de doelstelling van een praktijkgericht onderzoek altijd het leveren van een bijdrage aan de oplossing van een praktijkprobleem.

Aan de ene kant is dit onderzoek bedoeld om dans- bewegingstherapeuten meer kennis en inzicht te verschaffen over wat er op lichamelijk, psychisch en emotioneel gebied gebeurt bij volwassen getraumatiseerde asielzoekers op het moment dat fysiek contact wordt ingezet binnen de dans- bewegingstherapeutische behandeling van deze doelgroep. Hierdoor weten dans- bewegingstherapeuten welke effecten fysiek contact kan hebben en kunnen zij dit bewuster en doelgerichter inzetten of juist nalaten. Daarnaast wordt de inzet of het nalaten van fysiek contact bij de dans- bewegingstherapeutische behandeling van volwassen getraumatiseerde asielzoekers gegrond en kan onderbouwd al dan niet worden ingezet, waarbij rekening gehouden wordt met de cultuurspecifieke kenmerken en de leefomstandigheden van de getraumatiseerde asielzoekers.

Aan de andere kant heb ik met behulp van dit onderzoek een beeld gekregen van wat er gebeurt als ik fysiek contact in de danstherapeutische praktijk inzet bij volwassen getraumatiseerde asielzoekers en tot welke effecten dit kan leiden. Door het verkrijgen van gefundeerde theoretische en praktische kennis en handvatten kan ik op een adequate manier met fysiek contact omgaan, waardoor ik zowel de lichamelijke en emotionele grenzen van de getraumatiseerde asielzoekers als ook mijn eigen grenzen beter kan bewaken. Hierdoor kan ik tijdens de dans- bewegingstherapeutische sessies met volwassen getraumatiseerde asielzoekers voor meer veiligheid zorgen wat tenslotte de therapeutische relatie en als gevolg hiervan ook de behandeling van de cliënten ten goede komt. Dit vergrootte mijn bekwaamheid als dans- bewegingstherapeute in de omgang met fysiek contact bij getraumatiseerde asielzoekers.

2. Onderzoeksoopzet

In dit hoofdstuk wordt de uitvoering van het gehele onderzoek beschreven. Ten eerste wordt ingegaan op het gebruikte onderzoektype en –methode. Vervolgens wordt toegelicht hoe de data werd verzameld, geregistreerd, geprepareerd en geanalyseerd. Tenslotte wordt aangegeven welke kwaliteitscriteria in het kader van dit onderzoek werden toegepast om het onderzoek zo betrouwbaar en valide mogelijk te maken.

2.1 Onderzoekstype

Binnen dit onderzoek heb ik gebruik gemaakt van zowel verklarend als ook ontwikkelingsgericht onderzoek. Het verklarend onderzoek vormde als het ware de basis voor het ontwikkelingsgerichte onderzoek. Dit zal ik in het volgende nader uitleggen.

Wat ik met behulp van dit onderzoek te weten wilde komen, was hoe ik als dans- bewegingstherapeut na kan gaan of ik bij een bepaalde cliënt fysiek contact in kan zetten of niet. Dit vroeg om een ontwikkelingsgericht onderzoek, omdat ik concrete handvatten wilde verkrijgen. Migchelbrink (2007, p. 145) geeft aan dat bij ontwikkelingsgericht onderzoek centraal staat, hoe een probleem geanalyseerd en vervolgens beïnvloed kan worden door het aanwenden van nieuwe interventies of door het verbeteren van bestaande methoden in de praktijk. Uiteindelijk gaat het erom nieuwe werkwijzen, plannen van aanpak, interventies of methodieken te construeren of te ontwikkelen. Om dit te weten te komen, was het belangrijk om eerst uit te zoeken, waarom inzet van fysiek contact invloed heeft op de dans- bewegingstherapeutische behandeling van getraumatiseerde volwassen asielzoekers. Dit heb ik gedaan met behulp van een verklarend onderzoek.

Smeijsters (2005, p. 33) geeft aan dat beeldende beschrijvingen soms meer tot uiting brengen dan wetenschappelijke analyses, omdat 'kennis uit de praktijk concreet, variabel en rijk aan nuances kan zijn'. Onderzoekers, die met hun kwalitatief onderzoek verklaring nastreven, willen niet alleen achterhalen hoe dingen in elkaar zitten, maar ook waarom ze zo in elkaar zitten. Hierbij bestaan de resultaten naast beschrijvingen ook uit de (veronderstelde) relaties tussen begrippen en/of bepaalde omstandigheden (Boeije, 2005, p. 34). Volgens Baarda, De Goede en Teunissen (2005, pp. 94-96) gaat het bij kwalitatief beschrijvend onderzoek 'om het benoemen en inventariseren van karakteristieken van de onderzoekseenheden in termen van kwaliteiten, en niet om kwantiteiten. Vanuit het gezichtspunt van de betrokkenen worden gevoelens, belevingen, ervaringen, betekenisverleningen in kaart gebracht.' Het gebruik van een bestaande theorie kan als zoeklicht fungeren om vanuit de vraagstelling licht te werpen op relevante onderzoeksverschijnselen die anders niet zouden worden opgemerkt, waardoor de beschrijvingen tegelijkertijd een duidelijke theoretische onderbouwing krijgen. Centraal staat het beschrijven van de 'werkelijkheid', zoals de betrokkenen die ervaren. Met behulp van het verklarend onderzoekstype worden relevante aspecten niet alleen beschreven en geïnventariseerd, maar ook geïnterpreteerd en begrepen vanuit de positie en het gezichtspunt van de betrokkenen. Binnen dit onderzoek waren de betrokkenen de getraumatiseerde asielzoekers en de dans- bewegingstherapeut. Het ging hierbij niet alleen om het waarnemen en vastleggen van de feitelijke gebeurtenissen, maar vooral om het beschrijven van de gevoelens, belevingen, ervaringen en betekenisverlening omtrent fysiek contact. De feiten uit de literatuurstudie werden met de interviews en observaties, die vanuit een subjectieve kijk informatie hebben geleverd, onderbouwd, aangevuld en/of weerlegd. Het onderzoeken en in kaart brengen van deze subjectiviteit leidde uiteindelijk tot objectieve antwoorden. Door de relaties tussen de verschillende met behulp van dit onderzoek aan bod gekomen aspecten te achterhalen en verbanden te leggen werd duidelijk waarom de inzet van fysiek contact invloed heeft binnen dans- bewegingstherapie op getraumatiseerde volwassen asielzoekers.

2.2 Onderzoeksmethode

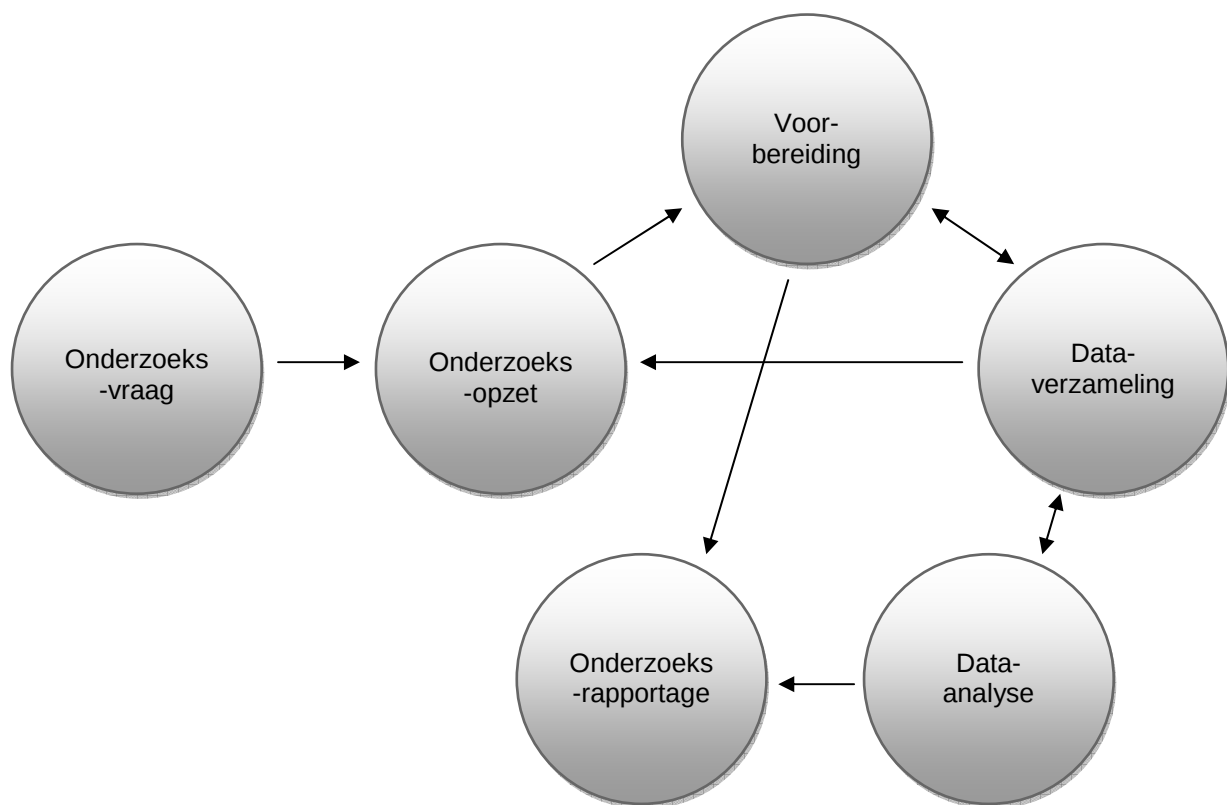
2.2.1 Kwalitatieve casestudy

Volgens Swanborn (2002, p. 115) is een casestudy of gevalsstudie 'een onderzoekstechniek die gebruikt wordt om een sociaal verschijnsel of sociale verschijnselen te bestuderen in zijn/hun

natuurlijke omgeving.' Het gaat hierbij om kleinschalig onderzoek, waarbij één of enkele gevallen diepgaand bestudeerd worden. De volgende aspecten zijn verder kenmerkend voor een casestudy:

- Het sociaal verschijnsel speelt zich af binnen de grenzen van één sociaal systeem of enkele systemen, of heeft betrekking op een case of enkele casussen.
- De bestudering vindt plaats in de natuurlijke omgeving van de case.
- Het verschijnsel wordt gedurende een bepaalde periode gevolgd of achteraf bestudeerd.
- De onderzoeker richt zich vooral op het beschrijven en verklaren van sociale processen tussen personen die in het sociale proces deelnemen.
- De onderzoeker komt al explorerend tot een meer concrete probleemstelling.
- Er wordt gebruik gemaakt van verschillende databronnen. De belangrijkste zijn beschikbare documenten, interviews en participerende observatie.
- In de eindfase kan de onderzoeker er voor kiezen de respondenten te betrekken bij de observaties om zo een meer gefundeerd en gedragen eindrapport te verkrijgen (Swanborn, 2002, pp. 115-116).

De data, die met behulp van een kwalitatieve casestudy wordt verkregen, wordt niet omgezet in cijfers, maar in woorden verwerkt tot thema's (Smeijsters, 2008, p. 383). Dit onderzoek richt zich op de lichamelijke en emotionele belevingswereld van getraumatiseerde asielzoekers en hun ervaringen omtrent fysiek contact. Dergelijke ervaringen kunnen niet omgezet worden in cijfers, maar blijven subjectief en persoonlijk. Dit vraagt om een open en flexibele benadering, wat kenmerkend is voor kwalitatief onderzoek (Verhoeven, 2005, p. 98). Het protocol van een kwalitatieve casestudy ziet volgens Yin (2009, p. 2) er als volgt uit:



Vanuit een casus, die tijdens mijn stage in het derde studiejaar van mijn opleiding plaatsvond, kwam ik tot de vraagstelling van dit onderzoek. Het sociaal verschijnsel wat ik tegenkwam, namelijk dat de inzet van fysiek contact invloed heeft op de dans- bewegingstherapeutische behandeling van getraumatiseerde volwassen asielzoekers, speelde zich af binnen de grenzen van de therapeutische setting van mijn stage. Het doel van dit onderzoek is het om te beschrijven en te verklaren wat er tijdens de dans- bewegingstherapie tussen de therapeut en de cliënten en de cliënten onderling gebeurde. Hierbij maakte ik gebruik van verschillende databronnen. Door het verschijnsel intact te

laten en het binnen zijn natuurlijke omgeving te bestuderen, kon het als samenhangend geheel worden gezien. Daarom vormt de kwalitatieve casestudy een passende onderzoeksmethode voor het beantwoorden van mijn vraagstelling.

2.2.2 Grounded theory

Grounded theory, ook gefundeerde theoriebenadering genoemd, is een onderzoeksmethode, waarmee een theorie vanuit de praktijk kan worden ontwikkeld. Hierbij worden verbanden gelegd tussen de verschillende kernbegrippen uit het onderzoek, waardoor er geleidelijk een theorie ontstaat die gefundeerd is in de praktijk (Smeijsters, 2006, p. 50). Boeije (2005, p. 22) geeft aan dat binnen de grounded theory een gefaseerde onderzoeksopzet centraal staat, waarbij dataverzameling en data-analyse elkaar voortdurend afwisselen.

Voor dit onderzoek gebruikte ik alleen de coderingsprincipes uit de grounded theory. Het accent lag hierbij op het ordenen van de verzamelde gegevens door ze samen te vatten en in categorieën in te delen. Deze categorieën werden vervolgens met elkaar in verband gebracht, zodat een theorie ontwikkeld kon worden (Baarda et al., 2005, p. 97). De coderingsprincipes uit de grounded theory worden verder uitgewerkt in de omschrijving van de data-analyse.

2.3 Dataverzamelingstechnieken

2.3.1 Literatuurstudie

Over het algemeen maakt een verkennende literatuurstudie deel uit van ieder onderzoeksopzet. Een literatuurstudie is het bestuderen, vergelijken en beoordelen van onderzoeksliteratuur. Binnen dit onderzoek heb ik voor een literatuurstudie als dataverzamelingstechniek gekozen om:

- de onderzoeksvraag zo goed mogelijk te kunnen beantwoorden,
- het onderzoek vakinhoudelijk te onderbouwen,
- overeenkomsten en verschillen te kunnen ontdekken tussen hetgeen ik in de praktijk heb ondervonden en hetgeen in de literatuur wordt beschreven,
- tot nieuwe kennis of inzichten te komen over het onderwerp van dit onderzoek en
- het vakgebied van het onderzoek en bepaalde ontwikkelingen daarbinnen te verkennen (Heerink, Pinkster & Bratti-van der Werf, 2009, p. 75).

Met behulp van de literatuurstudie verkreeg ik een overzicht van de meest gangbare theorieën, achtergronden en uitgangspunten die er op dit moment zijn omtrent de invloed en inzet van fysiek contact op de behandeling van getraumatiseerde volwassen asielzoekers. Door te kijken hoe ik daarbij aansluit, kon ik de uitkomsten, conclusies en resultaten van dit onderzoek in verband brengen met de theoretische achtergronden waarvan ik ben uitgegaan (Heerink et al., 2009, p. 75).

Voor dit onderzoek heb ik boeken, onderzoeksartikelen, scripties en websites bestudeert en me hierdoor in de verschillende onderwerpen ten aanzien van fysiek contact en getraumatiseerde asielzoekers verdiept. Door deze literatuurstudie zo breed mogelijk uit te voeren, kon ik kennis vergaren over alle aspecten van mijn onderzoeksonderwerp.

2.3.2 Interviews

Volgens Baarda et al. (2005, p. 226) is het doel van een interview 'het verzamelen van informatie uit mededelingen van ondervraagde personen, om zo een vooraf geformuleerde vraagstelling te beantwoorden.' Voor dit onderzoek heb ik in totaal drie interviews afgenomen. Alle drie respondenten, die ik hiervoor heb gekozen, werken op een lichaamsgerichte manier met getraumatiseerde volwassen asielzoekers. Zij heb ik geïnterviewd om gegevens te verzamelen over de manier waarop zij omgaan met fysiek contact binnen de lichaamstherapeutische behandeling van getraumatiseerde volwassen asielzoekers en om de gegevens vanuit de observaties en literatuur te checken en nieuwe begrippen te ontwikkelen. Daarnaast was ik geïnteresseerd in hun ervaringen, ideeën en visies omtrent mijn onderzoeksvraag. In onderstaand tabel staan alle respondenten beschreven met daarachter vermeld welke functie zij uitoefenen.

Respondenten	Functie
Carmen Huijnen	Dans- bewegingstherapeute
Rachelle Janssen	Dans- bewegingstherapeute
Edith van Zandvoort	Psychomotorisch therapeute

Het interview als dataverzamelingstechniek kent een groot aantal verschillende varianten. De varianten, waarvan ik binnen dit onderzoek gebruik heb gemaakt, zal ik in het volgende kort nader toelichten:

– *Individueel interview*

Het individuele interview wordt afgenomen aan één individu. Hierbij bestaat de mogelijkheid om diep in te gaan op redeneringen en motieven van de respondent (Migchelbrink, 2007, p. 91). Het is bijzonder geschikt voor het vaststellen van de betekenis van individuele aspecten en het uitdiepen van het onderwerp. Daarnaast kan de respondent binnen de veiligheid van een individueel gesprek ongeremd reageren en is het aantal onderwerpen groot dat behandeld kan worden (Baarda et al., 2005, p. 238).

– *Halfgestructureerde open interview*

Bij een halfgestructureerd open interview liggen de onderwerpen en belangrijkste vragen vast, waarbij de volgorde echter variabel kan zijn (Baarda et al., 2005, p. 235). Volgens Migchelbrink (2007, p. 92) gaat het hierbij 'om open vragen waarbij de interviewers de vragen mogen herfraseren als een vraag niet goed begrepen is, of wanneer er een half of ontwijkend antwoord wordt gegeven.' De interviewer heeft de kans om door te vragen en hierdoor tot verdieping van de voor de onderzoeksvraag belangrijke aspecten te komen, die tijdens het interview naar voren komen. Daarnaast kan de onderzoeker de richting van het gesprek in het oog houden en waar nodig bijsturen.

– *Mondeling interview*

Bij een mondeling interview is de onderzoeker actief bij de ondervraging betrokken. Het voordeel van een mondeling interview is dat de onderzoeker onduidelijke vragen kan toelichten en er hierdoor moeilijkere vragen gesteld kunnen worden (Migchelbrink, 2007, p. 91). Daarnaast worden mondelinge interviews gekenmerkt door een grote mate aan flexibiliteit: de onderzoeker heeft de mogelijkheid om de vragen aan te passen aan de respondent en de situatie (Baarda et al., 2005, p. 245).

2.3.3 Observatie

Volgens Migchelbrink (2007, p. 94) is observatie 'het zorgvuldig en aandachtig waarnemen van gedragingen waarin onderzoekers zijn geïnteresseerd. Dat gebeurt (zoveel mogelijk) zonder inbreuk te maken op de gedragingen of de activiteiten van de onderzochten.' Zoals het interview kent ook de dataverzamelingstechniek observatie een aantal varianten, waaruit de onderzoeker afhankelijk van het doel van de dataverzameling kan kiezen. De vier varianten, die voor dit onderzoek van belang zijn, staan hieronder kort beschreven:

– *Gestructureerde en ongestructureerde observatie*

Bij gestructureerde observatie, ook wel systematische observatie genoemd, wordt door de onderzoeker van tevoren vastgelegd welk gedrag en welke aspecten van het gedrag (bv. frequentie, duur, intensiteit) geobserveerd worden. De resultaten van de observatie worden vervolgens in een observatieformulier vastgelegd, waardoor ze gemakkelijker te verwerken zijn in de data-analyse. Bij ongestructureerde observatie weet de onderzoeker vooraf niet precies welke informatie belangrijk is, maar hij richt zich alleen op enkele thema's. De daaruit voortvloeiende beschrijvingen zijn levensechter (Migchelbrink, 2007, p. 94).

– *Participerende en niet-participerende observatie*

Participerende observatie houdt in dat de onderzoeker ter plekke in de situatie aanwezig is en deelneemt aan de werkvormen. Hierdoor kan de onderzoeker het gedrag, de denkbeelden, ervaringen, gevoelens en ambities van de onderzochten delen en zo de motieven van het handelen achterhalen. Bij participerende observatie bestaat echter het gevaar dat zich de

onderzoeker te sterk identificeert met de onderzochten, waardoor er kans op vertekening van de observaties bestaat. Bij niet-participerende observatie, ook externe of afstandelijke observatie genoemd, neemt de onderzoeker niet deel aan de werkvormen, maar blijft hij zoveel mogelijk buiten de onderzoekssituatie (Migchelbrink, 2007, p. 94).

Tijdens het werken met de getraumatiseerde volwassen asielzoeker gedurende mijn derdejaarsstage maakte ik in eerste instantie gebruik van participerende en ongestructureerde observatie, waarbij ik me echter niet op het thema fysiek contact richtte, maar vooral op de relatie tussen therapeut en cliënten. Na het incident van 'de kneep' richtte ik me tijdens de observaties weliswaar voornamelijk op het gedrag dat de cliënten omtrent het thema fysiek contact vertoonden, maar mijn observatie was nog altijd ongestructureerd, omdat ik van tevoren niet wist welke informatie ik wilde hebben en op welke aspecten van het gedrag ik me wilde richten. Wel maakte ik toen wat meer gebruik van niet-participerende observatie, waardoor ik vanuit een bepaald afstand en met wat meer objectiviteit naar hetgeen er tijdens de sessies gebeurde kon kijken.

2.3.4 Inclusiecriteria

Zoals dit eerder al werd benoemd, hebben aan dit onderzoek drie respondenten meegewerkt. De enige voorwaarde, waaraan de respondenten moesten voldoen, was dat ze ervaring hebben in het lichaamsgerichte werken met getraumatiseerde asielzoekers. Dankzij mijn derdejaarsstage en een tip van mijn docente lukte het mij om niet alleen professionals te vinden, die lichaamsgericht met getraumatiseerde asielzoekers werken, maar zelfs vaktherapeuten zijn. In het volgende staat kort aangegeven, hoe lang ieder respondent al met getraumatiseerde asielzoekers werkt:

Respondenten	Aantal jaren ervaring
Carmen Huijnen	ca. 2 jaar
Rachelle Janssen	ca. 6 maanden
Edith van Zandvoort	ca. 6 jaar

2.4 Dataregistratie en -preparatie

2.4.1 Dataregistratie

Voor de dataverzameling werd tijdens de interviews gebruik gemaakt van geluidsregistratie met behulp van een voice recorder. Deze vorm van dataregistratie heeft vooral voor de data-analyse grote voordelen, die ik in het volgende kort zal noemen:

- De kwaliteit van de gegevens wordt vergroot, omdat de onderzoeker zich beter op het gesprek kan concentreren en zich niet met het maken van notities bezig hoeft te houden.
- De kwaliteit van de gegevens wordt vergroot, omdat er geen subjectieve selectie plaatsvindt van hetgeen al dan niet door de onderzoeker wordt genoteerd, waardoor de gegevens niet vervormt worden.
- Het inzicht in het onderwerp wordt vergroot, omdat de rode draad van het interview duidelijk volgbaar is.
- De kwaliteit van het onderzoek wordt vergroot, omdat de letterlijke en onvervormde conversaties, interviewtechnieken, bevindingen en conclusies met onafhankelijke experts kunnen worden besproken.
- Opnames en transcripties vormen een belangrijke kwaliteitswaarborg.
- Door delen van de transcriptie in de eindrapportage te verwerken kan de lezer de relatie tussen de oorspronkelijke gegevens en de conclusies beoordelen (Boeije, 2005, pp. 60-61).

2.4.2 Datapreparatie

Het kiezen voor dataverzamelingstechnieken, zoals interviews en observaties, heeft binnen dit onderzoek uiteindelijk in veldnotities en geluidsopnamen geresulteerd. Deze onbewerkte data worden ook wel ruwe data genoemd. Om de ruwe data geschikt te maken voor analyse, moest deze eerst voorbereid worden. Dit proces heet datapreparatie en het bestaat voornamelijk uit het transcriberen van de veldnotities en geluidsopnamen. Transcriptie is de omzetting van gesproken woorden naar

geschreven teksten, waarbij de onderzoeker een selectie maakt van wat er aan geluid, intonaties, pauzes, sfeer enz. behouden blijft (Boeije, 2005, pp. 60, 137).

De consequentie van de datapreparatie is dat er uiteindelijk met teksten wordt gewerkt. Deze teksten bevatten de natuurlijke taal van de respondenten en zijn uitvoerig en ongestructureerd, wat kenmerkend is voor onderzoeksmateriaal uit kwalitatief onderzoek. Dit houdt in dat er meerdere bestanden zijn ontstaan, waaruit ik als onderzoeker tijdens de data-analyse kon putten. Daarnaast zijn thema's in het onderzoeksmateriaal op verschillende plaatsen en in verschillende bewoordingen aan de orde gekomen. Met behulp van de data-analyse werden de thema's geordend (Boeije, 2005, pp. 59-61). Dit zal in het volgende hoofdstuk nog verder worden uitgewerkt.

2.5 Data-analyse

2.5.1 Analysemodel: de onderzoeksslang

Voor de analyse van de data werd gebruik gemaakt van de zo genoemde onderzoeksslang (zie bijlage) van Boeije (2005). Hij definieert het begrip data-analyse als 'de verwerking van onderzoeksgegevens door ze te schiften, samen te vatten en met elkaar in verband te brengen'. Bij het werken met de onderzoeksslang is de belangrijkste manier van analyseren van gegevens het coderen, een verwerkingstechniek die bij de grounded theory hoort. Hierbij rangschikt de onderzoeker de verzamelde gegevens in categorieën of thema's. Er zijn drie vormen van coderen: open coderen, axiaal coderen en selectief coderen. Alle drie vormen zijn onderdeel van de onderzoeksslang.

De eerste stap is het open coderen, waarbij alle verzamelde gegevens zorgvuldig worden doorgelezen en in fragmenten, categorieën of thema's worden ingedeeld. Deze categorieën worden vervolgens gelabeld en met elkaar vergeleken. Door het open coderen kunnen de verzamelde gegevens in kaart worden gebracht. De onderzoeker verkrijgt een overzicht over de data, omdat uiteindelijk een begrippenkader ontstaat wat zich samenstelt uit begrippen die de verschillende categorieën beschrijven. De volgende stap is het axiaal coderen. Hierbij wordt de gecategoriseerde data op een nieuwe manier samengevoegd door nieuwe connecties te leggen tussen de fragmenten en de daarbij horende begrippen. Zo ontstaan nieuwe categorieën, welke vervolgens ook weer gelabeld kunnen worden. In deze fase van de data-analyse wordt de informatie uit de vorige fase vergeleken en/of aangevuld met het nieuwe materiaal. Met andere woorden is axiaal coderen een manier om de categorieën uit de eerste fase te ordenen en te bepalen wat hoofd – en subcategorieën zijn. De laatste stap van de onderzoeksslang is het selectief coderen. In deze fase van het analyseren staat het verklaren op de voorgrond. De onderzoeker gaat na welke thema's elke keer terugkomen en hoe zich de verschillende categorieën tot elkaar verhouden. De nadruk ligt hierbij op de integratie en het zoeken/leggen van verbanden tussen de categorieën (Boeije, 2005, pp. 81-82).

2.5.2 Kwaliteitscriteria

Het open coderen zorgde ervoor dat de verzamelde gegevens in kaart werd gebracht. Hierdoor is de analyse voor buitenstanders te volgen en geloofwaardig (confirmability en credibility). Het axiaal coderen, waarbij de gecategoriseerde data op een nieuwe manier werd samengevoegd, zorgde ervoor dat de resultaten uiteindelijk compleet en zo uitgewerkt zijn dat het mogelijk is te bepalen waarin een nieuwe context verschilt en/of overeenkomt (dependability en transferability). Doordat dataverzameling en –analyse elkaar voortdurend afwisselden, had ik als onderzoeker de mogelijkheid om reeds verzamelde data axiaal en open te coderen en vervolgens aan nieuwe respondenten voor te leggen om hun visie hierover te verkrijgen. De reeds verzamelde data werd met de nieuwe data vergeleken en opnieuw gecodeerd. Door de verschillende rondes dataverzameling en –analyse kregen de respondenten voldoende mogelijkheden om hun visie in te brengen (authenticity). Tenslotte zorgde ook het selectief coderen voor complete, volgbare en geloofwaardige resultaten (dependability, confirmability en credibility).

2.6 Onderzoekstechnieken en kwaliteitscriteria

Er zijn twee belangrijke indicatoren voor de kwaliteit van een onderzoek, namelijk betrouwbaarheid en validiteit. Betrouwbaarheid houdt in dat de uitkomst van de dataverzameling bij herhaling constant is. Van validiteit wordt gesproken, wanneer de onderzoeker meet of verklaart wat hij daadwerkelijk wil meten of verklaren (Boeije, 2005, p. 145). Om de kwaliteit van dit onderzoek te waarborgen, werden voor de dataverzameling de volgende onderzoekstechnieken ingezet:

- *Thick description*: Het geven van een uitgebreid beeld van omstandigheden, situaties, mechanismen en andere relevante onderwerpen binnen het onderzoek door middel van veelomvattende en gedetailleerde beschrijvingen.
- *Analytische memo's*: Het bijhouden van de ontwikkelingsgeschiedenis van de begrippen in het onderzoek met behulp van een logboek, waarin alle ideeën, vragen, overwegingen en aanpassingen beschreven worden.
- *Member checking*: Het voorleggen van de uitgewerkte interviews en de data-analyse aan de respondenten.
- *Peer debriefing*: Het kritisch discussiëren met onafhankelijke experts over de werkwijzen en de bevindingen van het onderzoek (Boeije, 2005).
- *Iteratieve analyse*: Het regelmatig vergelijken van reeds uitgevoerde analyses met nieuw verzamelde data totdat de onderzoeker geen nieuwe informatie meer vindt (Lucassen & Olde-Hartman, 2007, p. 32).
- *Triangulatie*: Het bij de dataverzameling gebruikmaken van verschillende bronnen en het combineren van meerdere typen dataverzameling (Smeijsters, 2006, p. 45).

Door de inzet van deze onderzoekstechnieken voldoet het onderzoek aan de kwaliteitscriteria van kwalitatief onderzoek. Zo zorgt member checking voor credibility, d.w.z. dat de resultaten voor de respondenten geloofwaardig zijn. Het gebruik van analytische memo's, iteratieve analyse en triangulatie voorziet het onderzoek in dependability. Dit betekent dat de resultaten zo compleet mogelijk zijn. Peer debriefing en thick description zorgen voor confirmability en transferability. Dit houdt in dat het onderzoeksproces voor buitenstanders te volgen is en dat de resultaten zo uitgewerkt zijn dat het mogelijk is te beoordelen waarin een nieuwe context verschilt en overeenkomt. Member checking zorgt tenslotte ook voor authenticity, dat betekent dat de respondenten een faire kans hebben gehad hun mening en visie in te brengen (Smeijsters, 2006, p. 44).

3. Domeinverkenning

Dit hoofdstuk houdt zich bezig met de vraag, waarom fysiek contact invloed heeft op de dans-bewegingstherapeutische behandeling van getraumatiseerde asielzoekers. Het vormt dan ook het stukje verklarend onderzoek, dat in het vorige hoofdstuk al benoemd werd, en is als het ware een samenvatting van de informatie die ik uit de literatuurstudie kon verkrijgen. De psychofysiologische processen, die tijdens een trauma optreden en waarop ik hierbij inga, zijn weliswaar heel theoretisch, maar vormen tegelijkertijd een interessant en belangrijk onderdeel van dit onderzoek. Immers moet de dans- bewegingstherapeut eerst over een bepaalde achtergrondkennis beschikken omtrent de vraag waarom fysiek contact invloed heeft op een persoon, die een trauma heeft meegemaakt. Dit is belangrijk, omdat dit redenen zijn, waarmee de dans- bewegingstherapeut rekening moet houden bij de keuze om fysiek contact al dan niet als interventie te gebruiken. In het volgende zal ik dus kort ingaan op de psychofysiologie van trauma en de rol, die het lichaamsgeheugen speelt hierbij. Tenslotte zal ik conclusies en hierbij een terugkoppeling maken naar de praktijk.

3.1 De psychofysiologie van trauma

3.1.1 Inleiding: het zenuwstelsel

Om te kunnen begrijpen wat er in het lichaam gebeurt op het moment dat een persoon een trauma meemaakt, is het belangrijk om te weten wat er in de hersenen gebeurt. Arousal, en dus ook traumatische hyperarousal, wordt teweeggebracht door het limbische systeem, het deel van de hersenen dat emotionele expressie en overlevingsgedrag, zoals eten, seksuele reproductie en de instinctieve afweermechanismen vechten en vluchten, reguleert. Daarnaast heeft het invloed op de verwerking van herinneringen. Het limbische systeem evalueert een situatie en geeft vervolgens een signaal aan het autonome zenuwstelsel (AZS) om het lichaam of op rust en ontspanning of op inspanning en stress voor te bereiden. Het AZS reguleert de interne organen en de gladde spieren, zoals het hart, de nieren, de long en de darmen, en is onderverdeeld in het sympathische zenuwstelsel (SZS) en het parasympathisch zenuwstelsel (PZS). Onder normale omstandigheden is telkens slechts één van de twee stelsels actief, terwijl het andere onderdrukt is, waarbij het SZS actief is op momenten van inspanning en stress, zowel positief als ook negatief, en het PZS actief is op momenten rust en ontspanning (Rothschild, 2000, p. 8).

3.1.2 Vechten, vluchten en bevriezen

Tijdens een traumatische gebeurtenis speelt het AZS een centrale rol. Op het moment dat een persoon een traumatische ervaring meemaakt, alarmeert het limbische systeem het AZS d.m.v. hormonen. Het AZS reageert op dit signaal door het SZS te activeren totdat de meest extreme vorm van arousal bereikt is: de voorbereiding tot vechten en/of vluchten. Dit wordt bereikt door de hartslag, ademhaling en bloeddruk te verhogen, waardoor het zuurstof uit de huid en naar de spieren wordt gestuurd om het lichaam sneller te kunnen laten bewegen. Ook worden de ogen groter om een scherper zicht mogelijk te maken. Deze lichamelijke reacties zijn belangrijk om op het gevaar te kunnen reageren (Rothschild, 2002, p. 103).

Wanneer vechten of vluchten niet mogelijk of succesvol was, signaleert het limbische systeem het ASZ om tegelijkertijd het PZS te activeren. Terwijl het SZS dus de extreme arousal van het lichaam voortzet, zorgt het PZS ervoor dat het lichaam bevriest. De spieren worden hierbij of slap, zoals bij een muis die door een kat wordt gevangen, of stijf, zoals een hert dat door de schijnwerpers van een auto gegrepen wordt. Gedurende een dergelijk bevriezen wordt de waarneming van de betreffende persoon ten aanzien van de realiteit vervormd en heeft hij/zij het gevoel dat de tijd langzamer loopt en worden de lichamelijke sensaties en emoties verdoofd. Het is als het ware een vorm van dissociatie. In deze toestand wordt pijn minder intensief gevoeld (Rothschild, 2002, pp. 103-104).

Normaliter is het succesvolle vechten of vluchten voldoende om de arousal van het SZS te beëindigen. Onderzoek heeft aangetoond dat de meeste mensen, die een traumatische gebeurtenis mee hebben gemaakt en door vechten en/of vluchten hebben overleefd, minder vaak PTSS ontwikkelen dan mensen, die bevroren zijn geraakt. Mensen, die tijdens de traumatische gebeurtenis bevroren zijn geraakt, blijken meer moeite ermee te hebben om het trauma te verwerken. Lichamelijke symptomen omtrent PTSS treden op wanneer de hyperarousal in zowel het SZS als ook het PZS

chronisch blijft voortduren, of makkelijk door factoren uit de omgeving uitgelokt wordt (Rothschild, 2002, p. 104).

3.2 Lichaamsgeheugen en trauma

3.2.1 Wat is lichaamsgeheugen?

Er bestaan in principe twee categorieën van geheugen: expliciet en impliciet. Expliciet geheugen is bewust en benodigd taal. Het omvat concepten, feiten, gebeurtenissen, beschrijvingen en gedachtes. Impliciet geheugen daarentegen is onbewust. Het zet zich samen uit emoties, sensaties, bewegingen en automatische procedures (Rothschild, 2000, pp. 28-30). Het verschil tussen impliciet en expliciet geheugen heb ik in de volgende tabel aangetoond:

	Expliciet	Impliciet
<i>Proces</i>	– Bewust	– Onbewust
<i>Informatietypes</i>	– Cognitief – Feiten – Verstand – Verbaal/semantisch – Beschrijvingen van handelingsverrichtingen – Beschrijvingen van procedures	– Emotioneel – Conditionering – Lichaam – Sensorisch – Automatische vaardigheden – Automatische procedures
<i>Bemiddelende limbische structuur</i>	– Hippocampus	– Amygdala
<i>Leeftijd</i>	– Vanaf ca. 3 jaar	– Vanaf de geboorte
<i>Activiteit tijdens een traumatische gebeurtenis en/of flashback</i>	– Onderdrukt	– Actief
<i>Taal</i>	– Construeert verhalen	– Zonder taal

De begrippen 'lichaamsgeheugen' en 'somatisch geheugen' verwijzen naar het impliciet geheugen. Het is in feite niet het lichaam dat de herinnering opslaat, maar de hersenen. Lichaamsgeheugen is strikt genomen een wisselwerking tussen de hersenen en het lichamelijke zenuwstelsel. Wanneer een persoon een nieuwe beweging of uitvoeringen van bewegingen aanleert, zoals fietsen of zwemmen, geven de sensorische en somatische zenuwen in de spieren en de bindweefsels nieuwe bewegingspatronen door aan de hersenen. Daar worden deze patronen ook genoteerd en opgeslaan. Wanneer een persoon op een later moment weer dezelfde uitvoeringen van bewegingen moet of wil doen, worden de bewegingspatronen in de hersenen opgeroepen. Vervolgens sturen de hersenen signalen naar de weefsels en spieren om dezelfde beweging te reproduceren. Lichaamsgeheugen is onbewust, impliciet geheugen, d.w.z. dat men hierover niet na hoeft te denken. Dergelijke herinneringen zijn voor altijd in de hersenen opgeslaan, zoals ook traumatische gebeurtenissen (Rothschild, 2002, pp. 105-106).

3.2.2 Traumatische herinneringen

Binnen het limbische systeem van de hersenen spelen twee delen een rol bij de registratie en opslag van herinneringen: de hippocampus en de amygdala. Laatste is verantwoordelijk voor de registratie van zwaar geladen emoties, zoals verschrikking en afgrijzen, en de bijhorende lichaamssensaties. Tijdens traumatische bedreigingen wordt de amygdala heel erg actief. Het is het deel van de hersenen dat het overlevingsalarm signaleert en leidt tot het voorbereiden van het lichaam op vechten en/of vluchten. De hippocampus daarentegen is nodig voor de uiteindelijke opslag van de informatie, die een persoon helpt om op cognitief niveau een zinnig geheel te maken van de herinneringen, zoals de context van tijd en ruimte. Anders gezegd zorgt de hippocampus ervoor dat herinneringen in hun adequaat perspectief gebracht worden (Rothschild, 2002, p. 106).

Wanneer tijdens een traumatische gebeurtenis de arousal in het AZS erg groot is, wordt de activiteit van de hippocampus onderdrukt door de veelheid aan stresshormonen die afgegeven wordt. Gebeurt dit kan de hippocampus zijn gewone functie, namelijk het geven van een context aan een herinnering, niet meer uitvoeren. Het resultaat hiervan is dat de traumatische gebeurtenis geen normale herinnering wordt, dus een stuk informatie dat heel duidelijk in het verleden ligt, maar in plaats daarvan zonder duidelijk tijdgebonden te zijn in de tegenwoordigheid indringt. Dit is de reden ervoor dat tijdens flashbacks de getraumatiseerde persoon de traumatische gebeurtenis doorleeft alsof het in het hier en nu gebeurt. Hierbij ervaart de persoon de lichamelijke symptomen ofwel lichaamssensaties, die gerelateerd zijn aan de traumatische gebeurtenis (= impliciete herinneringen), zonder de hierbij horende informatie omtrent de context (= expliciete herinneringen) (Rothschild, 2002, p. 106).

3.3 Conclusie

Waarom heeft dus de inzet van fysiek contact invloed op de dans- bewegingstherapeutische behandeling van getraumatiseerde asielzoekers? De eerste reden hiervoor is dat fysiek contact een directe verbinding tot de traumatische herinnering kan zijn (Rothschild, 2002, p. 104). Dit hoeft niet alleen het geval te zijn wanneer de cliënt daadwerkelijk fysiek geweld mee heeft gemaakt. Een plotse, onvoorspelbare aanraking en de hierdoor ontstane nabijheid kunnen bepaalde lichamelijke reacties opwekken, zoals een verhoogde hartslag of ademhaling, wat aan de traumatische gebeurtenis herinnert. Gezien het feit dat dit impliciet geheugen vaak zonder de nodige expliciete herinneringen is opgeslaan in de hersenen, kan de cliënt geen verschil maken tussen het verleden en het heden. Een ander reden voor de invloed van fysiek contact op een getraumatiseerde asielzoeker heeft te maken met het niveau aan posttraumatische stress, die de betreffende persoon al ervaart. Fysiek contact zou deze stress zodanig kunnen verhogen, dat het voor de cliënt ondraagbaar wordt (Rothschild, 2002, p. 104). Eventuele consequenties zijn flashbacks en dissociatie.

Een ander interessant punt is dat het bevriezen van het lichaam tijdens een traumatische gebeurtenis blijkbaar ergere gevolgen voor een getraumatiseerde persoon heeft dan vluchten of vechten. Het gaat hierbij puur en alleen om een door mij opgestelde veronderstelling, maar misschien is het bevriezen van het lichaam moeilijker te verwerken dan vechten of vluchten, omdat het de betreffende persoon van iedere mogelijke controle heeft beroofd: controle over de situatie en controle over het eigen lichaam. Deze informatie zou voor mij als dans- bewegingstherapeute van essentieel belang kunnen zijn. Het maakt duidelijk hoe destructief een door de therapeut opgeroepen dissociatie voor de cliënt en de therapeutische relatie kan zijn. Immers zou de therapeut de cliënt in een soortgelijke machteloosheid brengen als de daadwerkelijke traumatische gebeurtenis. Hiervan moet zich de dans- bewegingstherapeut goed bewust zijn, voordat hij/zij de keuze maakt om fysiek contact al dan niet in te zetten bij een getraumatiseerde asielzoeker.

Samengevat kan dus gezegd worden dat fysiek contact invloed heeft op de dans- bewegingstherapeutische behandeling van getraumatiseerde asielzoekers, omdat hierdoor letterlijk en figuurlijk het impliciete geheugen ofwel lichaamsgeheugen wordt geraakt. Doordat de zingevende expliciete herinneringen en de context van tijd en ruimte, die de traumatische herinnering een betekenis zou moeten geven, ontbreken, is een getraumatiseerde persoon bijzonder kwetsbaar. Het lichaam is als het ware 'beschadigd', omdat het expliciete geheugen het lichaam niet voor de onbewuste, emotionele, lichamelijke herinneringen kan beschermen. Dit schrijvende krijg ik een beeld in mijn hoofd. Ik stel me voor dat de impliciete herinnering normaliter omsloten wordt door de expliciete herinneringen, zoals het menselijke lichaam omsloten wordt door huid. Zou de huid er niet meer zijn of gedeeltelijk er niet meer zijn, zou het daaronder liggende vlees blootgelegd zijn. Iedere aanraking zou ontzettend veel pijn doen. Zo stel ik me een getraumatiseerde cliënt voor. Maar gelukkig ontbreekt niet de hele huid. Hier en daar zijn lichaamsdelen nog bedekt met huid. Mooie, strakke, stabiele, elastische huid. Ik denk dat het mijn taak als dans- bewegingstherapeute is om deze plekken te vinden en vervolgens, met veel geduld, vakkennis, voorzicht en in samenwerking met de cliënt, erachter te komen wat prettig voelt en hoe wij de blootliggende plekken misschien ook weer met een nieuwe huidlaag kunnen bedekken. Hoe ik tracht dit te bereiken, staat in het volgende uitgebreid beschreven.

4. Resultaten

In dit hoofdstuk staan de resultaten van de data-analyse weergegeven. De eerste paragraaf houdt zich bezig met een beschrijving van de kerncategorieën, waarbij tegelijkertijd een koppeling met de literatuur wordt gemaakt. In de volgende paragraaf zijn de kerncategorieën in een schema geplaatst, waardoor de verbanden tussen de kerncategorieën duidelijk wordt. Dit schema wordt vervolgens toegelicht.

4.1 Kerncategorieën

4.1.1 Intuïtie dans- bewegingstherapeut

Alle drie respondenten gaven aan dat de intuïtie van de therapeut een belangrijk aspect is bij de inzet van fysiek contact bij getraumatiseerde asielzoekers. Zij beschreven het als een 'gevoel' wat de therapeut heeft, en wat heel subjectief is.

De Canadese psychiater en grondlegger van de transactionele analyse, Eric Berne (2005, p. 36), definieerde intuïtie als volgt: 'Intuïtie is het weten, dat op ervaring gebaseerd is en door direct contact met hetgeen waargenomen wordt naar boven komt zonder dat de intuïtief waarnemende zichzelf of anderen kan verklaren hoe hij/zij tot de uiteindelijke conclusie is gekomen.' De neurobioloog Antonio Damasio (2006) heeft d.m.v. onderzoek achterhaald dat emoties een belangrijk onderdeel vormen van denkprocessen en processen voor het maken van beslissingen. Hij concludeerde dat rationeel denken zonder de invloed van bepaalde emoties niet mogelijk is, voornamelijk als het om het oplossen van persoonlijke of sociale probleem- of conflictsituaties gaat. Aangezien dans- bewegingstherapeuten voornamelijk met psychiatrische cliënten werken, dus mensen die veel persoonlijke en sociale problemen hebben, speelt dit een belangrijke rol. Het 'gevoel' waar de respondenten het over hadden, zijn dus bepaalde op ervaring gebaseerde emoties, die in het werken met psychiatrische cliënten sterk naar voren komen en bij het maken van beslissingen omtrent het creatief therapeutische proces onontbeerlijk zijn. De vraag of in een bepaalde situatie al dan niet fysiek contact ingezet kan of moet worden, hoort hier onvermijdelijk bij.

Hänsel, Zeuch & Schweitzer (2002, p. 42) onderscheiden drie vormen van intuïtie: handelingskennis, intelligent lichaamsgevoel en lumineuze idee (ingeving). Wanneer intuïtie als handelingskennis, in de psychologie 'tacit knowledge' of 'impliciet weten' genoemd, optreedt, handelen mensen vanuit een onzichtbare leidraad. Ze weten als het ware wat ze moeten doen zonder dat ze hun handeling bewust sturen of controleren. Bij intuïtie als intelligent lichaamsgevoel gaat het om een op ervaring gebaseerd lichamelijk signaalsysteem, ook 'somatische stempel' genoemd. Hierbij gaat het om lichamelijke reacties, zoals het verstrakken van de spieren, het krijgen van kippenvel of vochtige handen, die de betreffende persoon een bepaalde richting en tendens geven met betrekking tot de beslissing die genomen moet worden. Intuïtie als lumineuze idee of ingeving maakt onderdeel uit van ieder creatief proces. Het gaat hierbij om het bewust loslaten van de controle tijdens het bezig zijn met een bepaald probleem, thema of situatie. Doordat niet meer bewust over het probleem wordt nagedacht, staat men open voor het ontvangen van oplossingsgerichte ideeën. Mijn centrale vraag, namelijk hoe de dans- bewegingstherapeut na kan gaan of fysiek contact ingezet kan worden bij de behandeling van getraumatiseerde asielzoekers, richt zich op het nemen van een bewuste keuze, waarbij ook de daaropvolgende handeling, dus het al dan niet inzetten van fysiek contact, bewust gebeurt. Binnen dit onderzoek gaat het dus om intuïtie als intelligent lichaamsgevoel.

Dat intuïtie van groot belang is als het gaat om de vraag of fysiek contact al dan niet ingezet kan worden bij de dans- bewegingstherapeutische behandeling van getraumatiseerde asielzoekers, wordt zichtbaar wanneer de verschillende functies van intuïtieve processen duidelijk worden. In het volgende heb ik deze functies kort samengevat:

- Oplossen van problemen en nemen van beslissingen: Intuïtie biedt de mogelijkheid om onvoldoende, overlopende of tegenstrijdige informatie te managen ook op momenten dat een puur rationele aanpak dit niet zou kunnen.
- Omgang met complexiteit: Wanneer de probleemgerelateerde factoren erg met elkaar verstrikt zijn en een snel wisselende dynamiek hebben, kan intuïtie een persoon helpen om toch te kunnen handelen.

- Vormgeving van interactie en relaties: Informaties binnen een interactie/relatie worden meestal onbewust en intuïtief waargenomen, zoals non-verbale signalen, diffuse stemmingen en eigen lichamelijke waarnemingen.
- Gevoel voor het wezenlijke: Intuïtie wijst op aspecten en informatie die voor de waarnemende persoon relevant en betekenisvol zijn. Op die manier leveren intuïtieve processen informatie op over wat er belangrijk is in een bepaalde situatie (Hänsel, Zeuch & Schweitzer, 2002, p. 43).

4.1.2 Behoeftes asielzoekers

Zoals ik dit al uitgebreid in de probleemstelling heb beschreven en met casussen uit mijn praktijkervaring heb onderbouwd, kwam ik tijdens mijn derdejaarsstage met de behoefte aan fysiek contact vanuit de asielzoekers in aanraking. Een van de respondenten kon dit vanuit haar eigen praktijkervaring bevestigen. Zij gaf aan dat zij tijdens het werken met getraumatiseerde asielzoekers heeft gemerkt dat deze cliënten in vergelijking met andere therapiegroepen sneller fysiek contact maken. Vooral de vrouwelijke asielzoekers gaven de therapeut tijdens het afscheid nemen een knuffel of een zoen op de wang. De andere twee respondenten hadden dat in hun praktijkervaringen weliswaar nog niet op die manier meegemaakt, maar konden zich dat wel voorstellen. Ook gaven zij aan dat de behoefte aan fysiek contact bij de asielzoekers er waarschijnlijk is, maar dat er een bepaalde veiligheid nodig is, voordat deze behoefte ook daadwerkelijk tegenover de therapeut geuit kan worden. Daarnaast zeiden alle drie respondenten dat de mate, waarin de behoefte aan fysiek contact door de cliënten tot uiting gebracht wordt afhankelijk is van de manier waarop de therapeut zelf omgaat met fysiek contact. Hoe minder fysiek contact de therapeut zal maken, hoe minder de cliënten dit zullen doen en andersom.

Waarom asielzoekers meer of sneller de behoefte aan fysiek contact hebben, heb ik gedeeltelijk ook al in de probleemstelling beschreven. Zo stelt Callaghan (1998, p. 27) dat de gevoelens van isolatie en eenzaamheid, die door het asiel ontstaan, ervoor zorgen dat de behoefte aan warmte, liefde en nabijheid bij de asielzoekers erg groot is. Dit werd door alle drie respondenten bevestigd. Zij gaven aan dat asielzoekers met gevoelens van eenzaamheid kampen, waardoor de behoefte aan contact erg groot is. Daarnaast gaf één van de respondenten aan dat dit ook door de cultuur bepaald is. Zo vertelde zij dat bijvoorbeeld in Arabische culturen het heel gebruikelijk is voor mannen om elkaar vier zoenen te geven, al zijn ze gewoon burens of kennissen, en dat het voor vrouwen uit Afrikaanse landen heel gewoon is om veel fysiek contact te maken en elkaar te knuffelen. Hoewel er weinig literatuur bestaat over culturele verschillen omtrent lichaamstaal en in het bijzondere fysieke aanraking, heb ik bronnen kunnen vinden die dit onderbouwen. Zo zijn sommige culturen, zoals in Oosterse landen, veel minder spraakzaam en maken meer gebruik van non-verbale communicatie en lichamelijk contact. Weinig praten wordt daar zelfs als een vorm van respect gezien (Haasnoot, 2005, p. 32). De sociotherapeut Frank van Marwijk (n.d.) schrijft dat op de Balkan mannen elkaar veel meer aanraken dan dit in Nederland gedaan wordt. In landen, zoals Iran of Irak, is het zelfs gebruikelijk dat mannen elkaar kussen bij een ontmoeting en dat over het algemeen mensen uit landen in het Midden-Oosten een veel kleinere lichamelijke afstand houden tot elkaar dan Nederlandse mensen.

Zur & Nordmarken (2010) schrijven: 'Aanraking is één van de meest essentiële elementen van de menselijke ontwikkeling, een fundamentele communicatiemethode, een cruciaal component met betrekking tot gezondheid en ontwikkeling van baby's en een machtige geneeskracht.' Zowel het asiel als ook de culturele achtergrond kunnen ervoor zorgen dat asielzoekers een grote behoefte aan fysiek contact hebben en dat zij dit op het moment dat er voldoende veiligheid is binnen de therapie ook laten zien. De behoefte van de asielzoekers aan fysiek contact is daarom één van de kerncategorieën van dit onderzoek. Alle drie respondenten gaven echter ook aan dat er vaak een ambivalentie heerst tussen de gevoelsmatige behoefte aan fysiek contact oftewel nabijheid en de lichamelijke draagkracht van de getraumatiseerde asielzoekers. Een van de respondenten omschreef dit heel passend: 'En dan merk je, dat iemand het gevoelsmatig wel wil, maar op het moment dat je aan iemands lijf komt, je ook aan... aan andere dingen komt. Dan zal je als het ware een ander lichaam moeten hebben.' Hoe de therapeut erachter kan komen, of de cliënt behoefte heeft aan fysiek contact en dit ook lichamelijk kan verdragen, zal in de volgende paragrafen nog duidelijk worden.

4.1.3 Overdracht/tegenoverdracht

Overdracht en tegenoverdracht zijn fenomenen die vanuit het analytische denkkader zijn ontstaan en die in het vroege trauma-affectmodel, dat Freud aan het einde van de negentiende eeuw ontwikkelde, een centrale rol speelden. Hij betrok zich hierbij op het overdragen of overbrengen van oude gevoelens. Breed gedefinieerd gaat het bij overdracht om 'de (onbewuste) herhaling van gevoelens, fantasieën en gedragingen ten opzichte van de therapeut' (Nicolai, 2007, p. 345). Alle gevoelens, die door de cliënt in de therapeut worden opgeroepen, worden als tegenoverdracht beschouwd. Overdracht en tegenoverdracht kunnen zowel positief zijn, zoals gevoelens van genegenheid en bewondering, als ook negatief, bijvoorbeeld gevoelens van haat, boosheid en jaloezie (Nicolai, 2007, pp. 345-346).

Alle respondenten gaven aan dat overdracht en tegenoverdracht een belangrijke rol spelen bij de vraag hoe een dans- bewegingstherapeut met fysiek contact bij de behandeling van getraumatiseerde asielzoekers om moet gaan. Binnen alle relaties is er sprake van (tegen)overdracht (Janssen, 2009, p. 14), dus ook tussen cliënt en therapeut. Overdracht en tegenoverdracht vormen waardevolle informatiebronnen voor de therapeut, wanneer de therapeut zich hiervan bewust is. Immers kunnen overdracht en tegenoverdracht 'de therapeut bewust maken van wat de cliënt mogelijk ervaart, maar nog niet onder woorden kan brengen' (Nicolai, 2007, p. 346). Dit bevestigden de respondenten. Zij gaven daarnaast aan dat hoe meer de therapeut gebruik maakt van fysiek contact en dus de afstand tussen cliënt en therapeut letterlijk kleiner wordt, hoe meer overdrachts- en tegenoverdrachtsgevoelens er zullen ontstaan. Hoewel dit dus een meerwaarde kan zijn voor het creatief therapeutische proces, kan een teveel aan nabijheid ook een hele negatieve effect hebben op de therapeutische relatie. Zo zegt Boswijk-Hummel (1997, p. 58): 'In alle relaties waarin sprake is van affectie en/of liefde, maar ook in alle relaties waarin sprake is van hiërarchie, is sprake van afhankelijkheid.' Ook dit werd wederom door de respondenten bevestigd. Zij gaven aan dat de therapeut door een teveel aan nabijheid snel de troost en toeverlaat wordt van de cliënt. Wanneer de cliënt zich echter teveel aan de therapeut bindt, vergroot dit de afhankelijkheid van de cliënt, waardoor uiteindelijk het afscheid nemen, een onvermijdelijk onderdeel van de therapie, moeilijker en eventueel zelfs ondraagbaar wordt voor de cliënt.

Fysiek contact en (tegen)overdracht zijn dus nauw aan elkaar verbonden en beïnvloeden elkaar wederzijds. Daarom vormen overdracht en tegenoverdracht een verdere kerncategorie van dit onderzoek. Hoe overdracht en tegenoverdracht door de therapeut herkend kunnen en in het lijf zichtbaar worden, zal in de volgende paragraaf verder uitgelegd worden.

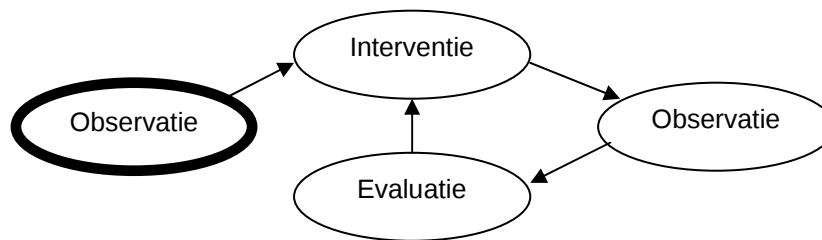
4.1.4 Verificatie

Uit de interviews kwam verder naar voren dat het belangrijk is om te checken of de cliënt op het moment daadwerkelijk de behoefte aan en de nodige lichamelijke draagkracht voor fysiek heeft en in hoeverre overdracht en tegenoverdracht de situatie beïnvloeden. Dit noem ik verificatie. Deze verificatie vormt een essentiële kerncategorie binnen de resultaten van mijn onderzoek, omdat ik hiermee mijn centrale vraagstelling heel concreet kan beantwoorden, namelijk hoe de dans- bewegingstherapeut na kan gaan of fysiek contact bij de behandeling van volwassen getraumatiseerde asielzoekers ingezet kan worden. De respondenten gaven drie verschillende mogelijkheden aan hoe de therapeut kan checken of fysiek contact bij een getraumatiseerde asielzoeker geïndiceerd is of niet: verbale controle, observatie en zelfcontrole. Deze therapeutische tools zal ik in het volgende kort nader uitleggen.

Verbale controle: Bij de verbale controle vraagt de therapeut aan de cliënt of hij/zij behoefte heeft aan fysiek contact. Deze verbale controle heeft meerdere functies. Ten eerste laat de therapeut de cliënt hierdoor weten dat er eventueel fysiek contact plaats zal vinden, waardoor de situatie voor de cliënt voorspelbaar wordt en de cliënt bovendien de mogelijkheid krijgt om zijn grenzen aan te geven en zelf controle uit te oefenen op de situatie. Daarnaast wordt hierdoor de transparantie en openheid van de therapeut vergroot, wat wederom een positieve invloed kan hebben op de therapeutische relatie. Het nadeel van verbale controle is, dat het niet bij iedere cliënt mogelijk is i.v.m. taalverschillen en wanneer er ook geen tolk aanwezig is.

Observatie: Voor een dans- bewegingstherapeut is observatie altijd een belangrijk middel om te kijken wat er lichamelijk bij de cliënt gebeurt en aan de hand hiervan het therapeutische handelen, zoals

werkvormen, attitude en interventies, op de cliënt af te stemmen. Dit is ook bij de inzet van fysiek contact het geval. Hierbij moet naar twee aspecten gekeken worden: Laat de cliënt de behoefte zien aan fysiek contact aan de ene kant en in hoeverre spelen overdracht en tegenoverdracht een rol aan de andere kant. Met betrekking tot het eerste aspect gaven de respondenten aan dat wanneer een cliënt afstand creëert of uitstraalt, bijvoorbeeld door ruimtelijke afstand, het vermijden van oogcontact of korte verbale antwoorden, het beter is om de behoefte aan afstand van de cliënt te respecteren en dus niet gebruik te maken van fysiek contact. Laat de cliënt de therapeut echter dichterbij of zelfs in de persoonlijke ruimte komen, zou dit mogelijk een teken kunnen zijn dat fysiek contact gepast is. Dit zou de therapeut vervolgens kunnen testen door verschillende op fysiek contact gerichte interventies toe te passen en hierdoor te checken, waar de behoefte van de cliënt ligt. Vervolgens kijkt de therapeut of de interventie een positief of negatief effect had en past een aangepaste interventie toe. Dit is vooral belangrijk wanneer de therapeut niet de mogelijkheid heeft om de verbale controle te gebruiken en zou schematisch als volgt eruitzien:



Of overdracht en tegenoverdracht een rol spelen, kan met behulp van de van de Laban Movement Analysis (LMA) onderzocht worden. De LMA biedt de dans- bewegingstherapeut een theoretisch kader voor de bewegingsanalyse van cliënten. Om alle elementen van de LMA in het kader van dit onderzoek nader uit te leggen, zou te ver gaan. Rachelle Janssen (2009) heeft echter in haar afstudeeronderzoek enkele belangrijke aspecten omtrent de LMA achterhaald, die aangeven hoe overdracht en tegen-overdracht zichtbaar worden in het lijf. Zo heeft zij ontdekt dat overdracht en tegenoverdracht in het moment waarop ze zich manifesteren herkend kunnen worden, wanneer de dans- bewegingstherapeut veranderingen in shape flow en effort flow bij de cliënt observeert:

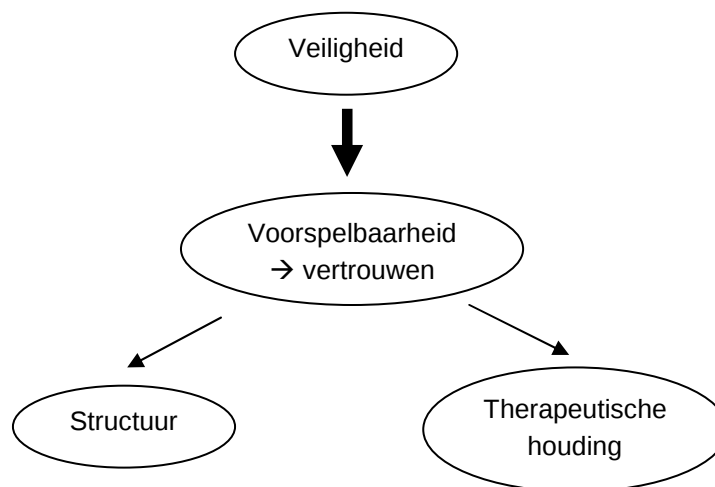
- Shape flow: 'Dit proces van groeien en krimpen in body shape stelt ons in staat om te reageren op en tot uiting te brengen van sensaties van gemak en ongemak, veiligheid en gevaar, aantrekking en afstoting. De ontwikkeling van de vormgeving in richting geeft ons de mogelijkheid om grenzen te stellen, onszelf te verdedigen tegen aanvallen, contact te maken met anderen en het structureren en ondersteunen van cognitief denken' (Kaechele, 2007, p. 203). Shape flow is dus het groeien en krimpen van het lichaam. Dit kan door het lichaam te openen/sluiten, te rijzen/dalen en te naderen/terug te trekken (Janssen, 2009, p. 39). Mooi is dat deze definitie van shape flow duidelijk maakt dat deze vormverandering van het lichaam een uiting kan zijn van gemak/ongemak en veiligheid/onveiligheid. Door de shape flow van de cliënt kan de dans- bewegingstherapeut dus observeren of zich de cliënt wel of niet veilig en op zijn gemak voelt en of fysiek contact wel of niet gepast is.
- Effort flow: De effort flow heeft betrekking op de intentie van de beweging. Veranderingen kunnen optreden omtrent de bewegingsstroom, focus en kracht- en tijdgebruik van de cliënt. Wanneer de bewegingen van een cliënt plots veranderen van ingehouden naar ongecontroleerd, ongericht naar gericht, licht naar sterk en traag naar versnellend is er mogelijk sprake van overdracht (Janssen, 2009, p. 40).

Zelfcontrole: Tenslotte gaven alle respondenten aan dat het belangrijk is om als dans- bewegingstherapeute alert te blijven en continu bij zichzelf en de eigen lichaamssignalen stil te blijven staan. Het is belangrijk om zich van de eigen gevoelens ten opzichte van de ander bewust te zijn en te analyseren welke eigen behoeftes en gevoelens er op het moment van contact spelen en wat daadwerkelijk van de cliënt is. Zo moet de dans- bewegingstherapeut niet alleen de cliënt observeren om na te gaan of er sprake is van overdracht, maar moet de therapeut ook naar zichzelf kijken om erachter te komen of er mogelijk sprake is van tegenoverdracht. De hierboven beschreven veranderingen in shape flow en effort flow zijn ook bij de therapeut van toepassing wanneer tegenoverdrachtsgevoelens een rol spelen. Zich bewust te zijn van het eigen lichaam is van essentieel belang om erachter te komen wat in het contact met de cliënt gebeurt en of fysiek contact daadwerkelijk een behoefte is van de cliënt.

4.1.5 Veiligheid

Alle drie respondenten noemden veiligheid als de meest belangrijke randvoorwaarde om fysiek contact op een gepaste manier bij getraumatiseerde asielzoekers in te kunnen zetten. Hierbij gaat het voornamelijk om de therapeutische relatie en het vertrouwen tussen cliënt en therapeut. Dat veiligheid essentieel is voor de behandeling van asielzoekers, wordt door de literatuur bevestigd: 'Het opnieuw ervaren van veiligheid is het belangrijkste ingrediënt van de psychotherapie met vluchtelingen' (Van der Veer, 2004, p. 323). Vloeberghs & Bloemen (2005, p. 41) geven daarnaast aan dat een gevoel van veiligheid de basis vormt voor de bereidheid tot verandering van gedrag. Smeijsters (2006, pp. 219, 222) stelt dat veiligheid noodzakelijk is om een therapeutische relatie op te kunnen bouwen en dat veiligheid ontstaat als er enig vertrouwen valt op te bouwen in de wederzijdse relatie van cliënt en therapeut. Krikilion (2006, p. 47) geeft bovendien aan dat wanneer de veiligheid in de therapeutische relatie toeneemt, de cliënt zich meer kan richten op zijn binnenkant en hierdoor meer ervaringen op onvervormde wijze kan toelaten. Relationele veiligheid bevordert dus het zelfexploratiedproces van de cliënt.

Uit de analyse van de interviews kwam naar voren dat veiligheid voor de respondenten vooral betekent dat de therapie voorspelbaar is, d.w.z. dat de cliënten weten wat er gaat gebeuren en hierdoor de mogelijkheid hebben om aan te geven wat ze wel of niet willen. Het gaat erom dat de cliënten de kans krijgen om hun grenzen aan te geven en hierdoor het gevoel van regie/controle over hun eigen leven terug in handen krijgen. Deze voorspelbaarheid kan bereikt worden door twee aspecten: structuur en de therapeutische houding. Structuur bieden betekent: een vaste groep of tenminste een vaste groeps kern, vaste tijdstip, vaste frequentie van de behandeling, vaste sessieopbouw. De therapeutische houding moet idealiter rustig, ontspannen en voorspelbaar zijn. Wanneer er voorspelbaarheid is voor de cliënt, kan ook het vertrouwen tussen cliënt en therapeut groeien, wat wederom belangrijk is om fysiek contact in te kunnen zetten zonder de negatieve effecten hiervan, zoals paniekaanvallen of dissociatie, bij de cliënt op te roepen. De samenhang tussen de verschillende aspecten van veiligheid, zoals ik deze uit de analyse heb kunnen verkrijgen, heb ik in het volgende in een klein schema uitgebeeld:



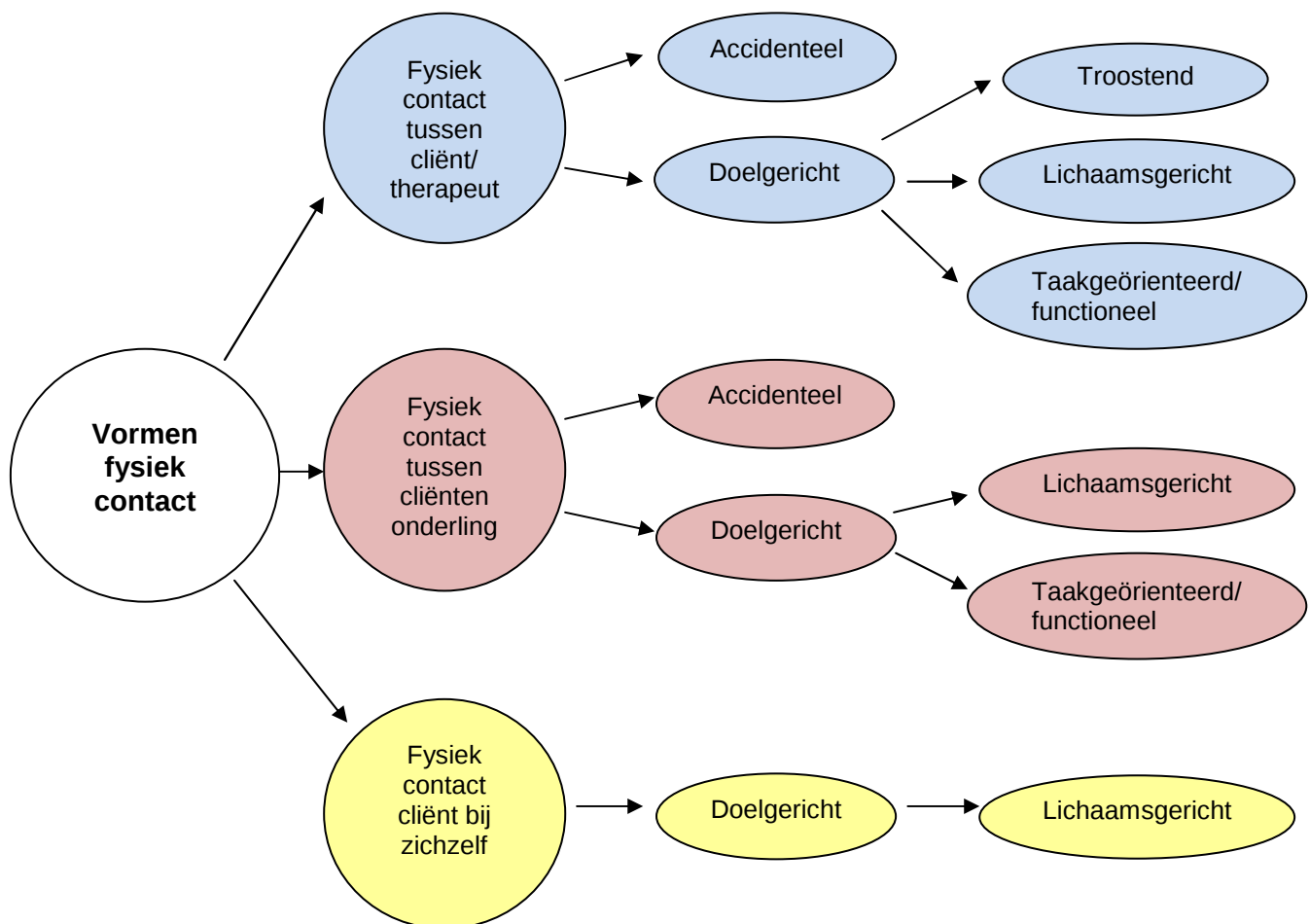
Daarnaast gaven de respondenten aan dat er bepaalde signalen zijn, waaraan de therapeut kan zien of er voldoende veiligheid is. Zo is minder afstand vanuit de cliënt, zowel ruimtelijk door dichterbij de therapeut of de andere cliënten te gaan stand als ook interpersoonlijk door bijvoorbeeld meer van zichzelf te vertellen, een teken van veiligheid. Ook dat de cliënten meer met elkaar in interactie gaan, voor elkaar gaan zorgen of elkaar helpen zijn tekenen van zich ontwikkelend vertrouwen en veiligheid.

4.1.6 Fysiek contact

De laatste kerncategorie is natuurlijk het fysiek contact, de dans- bewegingstherapeutische interventie die centraal staat binnen dit onderzoek. Er bestaan niet alleen heel veel verschillende soorten fysiek contact, maar ook manieren waarop fysiek contact wordt onderverdeeld. Zo schrijven Hunter & Struve (1997, p. 115): 'De betekenis van fysiek contact is variabel en multidimensionaal. Hoewel fysiek contact niet altijd in eenduidige, descriptieve groeperingen ingedeeld hoeft te worden, is het voor het

begrijpen hiervan hulpvol om fysiek contact in verschillende duidelijke, maar zich soms ook overlappende functionele categorieën in te delen.' Zij onderscheiden de volgende vormen van fysiek contact: accidenteel, taakgeïntereerd, aandachtig, affectief, emotioneel/expressief, agressief, sensueel en seksueel. Deze categorieën reflecteren tegelijkertijd een continuüm aan niveaus van fysiek contact, beginnend bij onbedoeld fysiek contact en overgaand naar zakelijk en soms ritueel fysiek contact, meer persoonlijk fysiek contact en tenslotte zeer intiem fysiek contact. Totton (2003, pp. 118-123) maakt gebruik van een andere indeling: fysiek contact als troost, fysiek contact om contact te exploreren, fysiek contact als amplificatie, fysiek contact als provocatie en fysiek contact als vaardige interventie.

Uit de analyse van de interviews is naar voren gekomen dat er vier belangrijke vormen van fysiek contact zijn, die dans- bewegingstherapeuten als interventies bij de behandeling van getraumatiseerde asielzoekers inzetten. Deze vier vormen zijn accidenteel, troostend, lichaamsgericht en taakgeïntereerd fysiek contact. Daarnaast hebben de respondenten een onderscheid gemaakt tussen welke personen het fysiek contact plaatsvindt. Zo bestaat er fysiek contact tussen cliënt en therapeut, tussen de cliënten onderling en tenslotte ook bij de individuele cliënt zelf. De verschillende vormen heb ik in het volgende schema inzichtelijk gemaakt:



De vier boven genoemde vormen van fysiek contact heb ik in het volgende nader omschreven:

- Accidenteel fysiek contact: Deze vorm van fysiek contact is onbedoeld, onwillekeurig, toevallig of onvoorbereid, bijvoorbeeld wanneer de therapeut de cliënt per ongeluk even aanraakt tijdens het passeren.
- Troostend fysiek contact: Het vasthouden van de handen of de schouders van de cliënt of een geruststellende omarming constitueert over het algemeen een dergelijk ondersteunend of kalmerend fysiek contact. Vaak wordt het ingezet bij gevoelens van rouw, verdriet, wanhoop, angst, grote emotionele pijn, droefheid of verbijstering. Het is één van de meest belangrijke vormen van fysiek contact, omdat het de therapeutische relatie zeer waarschijnlijk bevordert.

- Lichaamsgericht fysiek contact: Deze vorm van fysiek contact is bedoeld om de cliënt te helpen spanningen, angst of dissociatie te reduceren. Dit houdt over het algemeen in dat de therapeut de cliënt erbij helpt om zich van zijn lichaam bewust te worden door middel van fysieke aanraking van verschillende lichaamsdelen, zoals de handen of armen.
- Taakgeïntereerd/functioneel fysiek contact: Deze vorm van fysiek contact betreft zich op aanraking die enkel bedoeld is om iemand bij een bepaalde taak te helpen, zoals het bieden van een arm om de cliënt bij het opstaan te helpen (Zur & Nordmarken, 2010).

Binnen dit onderzoek beperk ik me op het doelgerichte fysieke contact tussen therapeut en cliënt, omdat deze vorm bij de casus 'de kneep' aansluit. Fysiek contact vormt hierbij een interventie binnen het methodisch handelen van de therapeut.

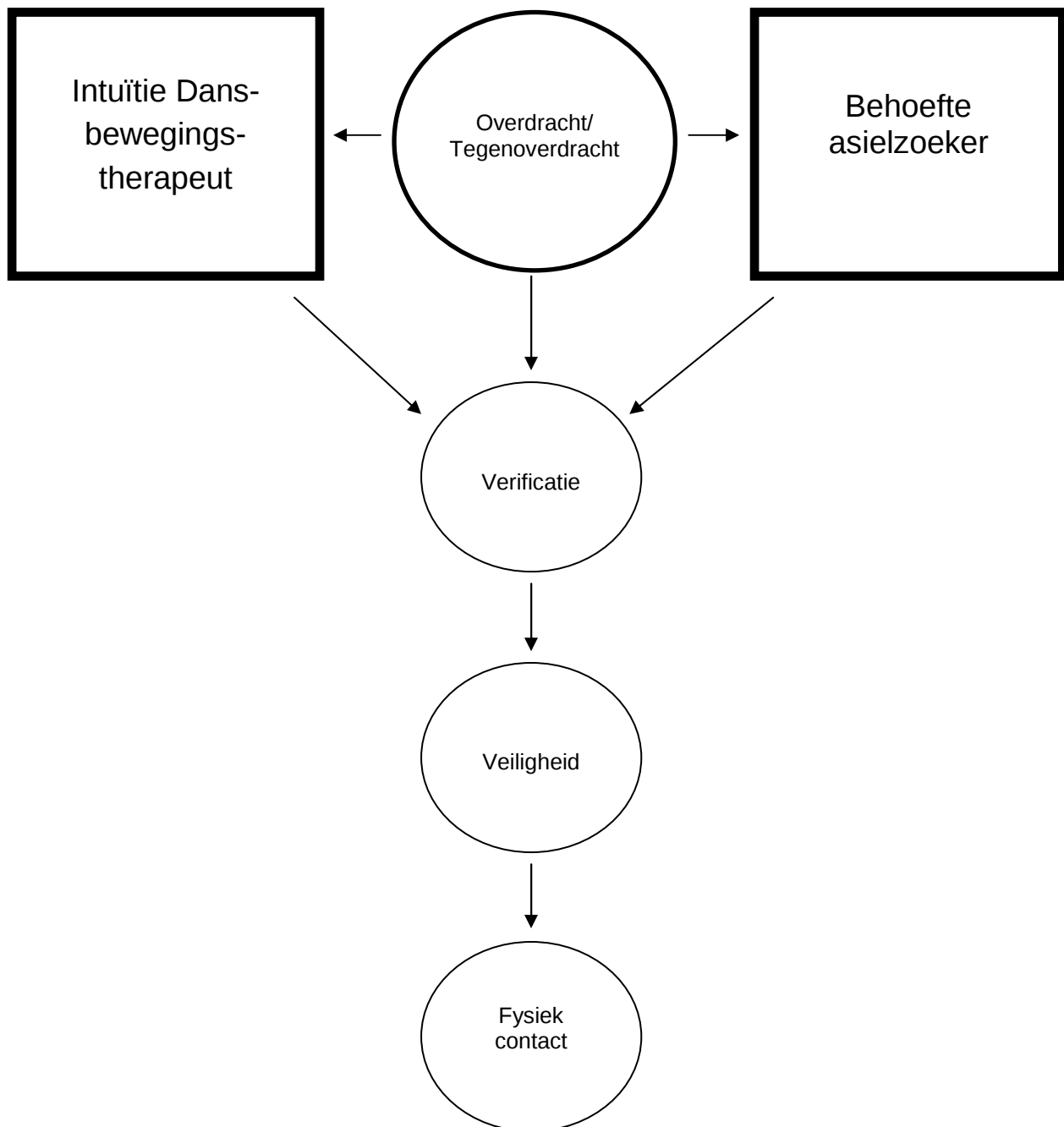
Als laatste wil ik nog kort benoemen met welke doelstellingen de respondenten fysiek contact bij de behandeling van getraumatiseerde asielzoekers inzetten. De volgende doelstellingen werden door alle drie respondenten genoemd:

- Vergroten van de lichaamsbewustwording door in contact te komen met het eigen lijf
- Ontspanning en het bieden van handvatten ter vermindering van spanning
- Opdoen van correctieve ervaringen, waardoor de negatieve effecten van fysiek contact verminderd kunnen worden. De cliënt dissocieert bijvoorbeeld niet meteen, of gaat in gedachten niet gelijk terug naar het verleden ofwel de traumatische gebeurtenis.

Een van de respondenten gaf verder aan fysiek contact te gebruiken om de cliënt te bestendigen en als het ware door middel van fysiek contact op een non-verbale manier tot uiting te brengen: 'Ik ben er voor je en ik zie jou.' Een andere respondent gaf daarnaast aan fysiek contact toe te passen om de cliënt in het hier en nu te krijgen op momenten dat de cliënt mijn zijn gedachten afwezig is.

4.2 Kerncategorieën in schema

4.2.1 Schema



4.2.2 Uitleg van het schema

Bovenaan het schema staan de intuïtie van de dans- bewegingstherapeut en de behoefte van de asielzoeker. Allebei heb ik m.b.v. een dik vierkant geaccentueerd, omdat deze twee kerncategorieën de aanleiding vormen voor zowel het hele onderzoek als ook uiteindelijk de inzet van fysiek contact. Ze staan weliswaar los van elkaar, maar ze hebben wel invloed op elkaar. De intuïtie van de dans- bewegingstherapeut, dus het op ervaring gebaseerd lichamelijk signaalsysteem, kan de aanleiding zijn voor de therapeut om in het moment van contact na te gaan of het aanraken van de cliënt een gepaste interventie zou zijn zonder dat de cliënt per se de behoefte hiernaar heeft. Andersom kan de behoefte aan fysiek contact er bij de cliënt zijn onafhankelijk van de intuïtie van de therapeut. Toch beïnvloeden beide kerncategorieën elkaar, namelijk door overdrachts- en tegenoverdrachtsgevoelens.

Overdracht en tegenoverdracht heb ik door middel van een grotere dikke cirkel accentueert, omdat het weliswaar niet direct de aanleiding voor fysiek contact vormt, maar een grote invloed heeft op de intuïtie van de dans- bewegingstherapeut en de behoefte van de asielzoekers en deze twee kerncategorieën met elkaar verbindt. Zo kan de intuïtie van de therapeut beïnvloed worden door overdrachtsgevoelens van de cliënt. Dit wederom kan tegenoverdrachtsgevoelens bij de therapeut oproepen, waardoor de behoefte van de asielzoeker beïnvloedt kan worden. Hoe meer de cliënt de behoefte aan fysiek contact zal uiten, hoe meer de therapeut geneigd is om hierop in te gaan. Andersom kan de cliënt bij de therapeut bepaalde gevoelens oproepen, waardoor die eerder geneigd is om gebruik te maken van fysiek contact en daardoor ook de behoefte aan fysiek contact bij de cliënt vergroot/versterkt. Zoals dit in het schema ook zichtbaar wordt, staan overdracht en tegenoverdracht letterlijk en figuurlijk tussen therapeut en cliënt.

De volgende cirkel omvat de kerncategorie 'verificatie'. Er gaan pijlen van 'intuïtie dans- bewegingstherapeut', 'behoefte cliënt' en 'overdracht/tegenoverdracht' naar verificatie. De reden hiervoor is dat alle drie bovenaan het schema staande kerncategorieën geverifieerd moeten worden. Onder paragraaf 4.1.1 schreef ik dat intuïtie als intelligent lichaamsgevoel de therapeut een bepaalde richting geven met betrekking tot de beslissing die genomen moet worden. Deze lichamelijke reacties zijn gebaseerd op de ervaring van de therapeut. Hoewel dit een belangrijke vorm van weten is, verschillen cliënten en situaties van elkaar en zal de therapeut zijn intuïtie moeten checken. Wat voor de ene asielzoeker in de ene situatie goed was, hoeft niet voor de volgende ook zo te zijn. Ook de behoefte van de asielzoeker moet onderzocht worden. Belangrijk is hierbij vooral de vraag of de cliënt daadwerkelijk de behoefte aan fysiek contact heeft of dit alleen maar zo lijkt te zijn en in hoeverre de daadwerkelijke inzet van fysiek contact gezien de traumatisering lichamelijk draagbaar is voor de cliënt. Dit is een heel erg belangrijk aspect dat een hele nauwkeurige controle van de therapeut vraagt, omdat de kans op hertraumatisering, paniekaanvallen en dissociatie op grond van te weinig lichamelijke draagkracht erg groot is bij getraumatiseerde cliënten. Daarnaast moet geverifieerd worden in hoeverre (tegen)overdrachtsgevoelens de situatie beïnvloeden. De therapeut moet nagaan of de cliënt daadwerkelijk de behoefte aan fysiek contact heeft of of het om een door de cliënt opgeroepen tegenoverdracht van de therapeut gaat.

Een grondige verificatie van alle boven aan het schema staande kerncategorieën leidt vervolgens tot veiligheid. Wat de uitkomst van de verificatie ook mag zijn – de therapeut heeft hierdoor voor transparantie en voorspelbaarheid gezorgd en de cliënt de mogelijkheid gegeven zijn grenzen aan te geven en hierdoor controle op de situatie uit te oefenen. Dit vergroot het vertrouwen tussen cliënt en therapeut, wat de veiligheid binnen de therapeutische relatie bevordert. Deze veiligheid is tenslotte de absoluut essentiële voorwaarde voor de inzet van fysiek contact. Dit maakt de laatste pijl duidelijk. Zonder deze veiligheid is fysiek contact niet alleen niet gepast, maar zou fysiek contact heel waarschijnlijk een negatief effect hebben op de therapeutische relatie en uiteindelijk ook op het creatief therapeutische proces en de persoonlijke ontwikkeling van de cliënt.

Samengevat vormen de intuïtie van de dans- bewegingstherapeut en de behoefte van de cliënt de aanleidingen voor de inzet van fysiek contact. Wederzijds beïnvloedt worden deze twee aspecten door overdracht en tegenoverdracht. De stap, die genomen moet worden om erachter te komen of de inzet van fysiek contact bij een getraumatiseerde asielzoeker in een bepaald moment gepast is of niet, is de verificatie. Die zou moeten leiden tot veiligheid. Wanneer deze veiligheid baseert op de conclusie dat fysiek contact daadwerkelijk geïndiceerd is, kan fysiek contact als interventie ingezet worden.

5. Discussie

Allereerst beschrijft dit hoofdstuk of en hoe de centrale vraagstelling en daarbij horende deelvragen beantwoord zijn. Daarna wordt het onderzoek kritisch bekeken en worden er vervolgens aanbevelingen gedaan voor mogelijke vervolgonderzoeken. Tenslotte worden de nieuwe en oude werkmodellen met elkaar vergeleken.

5.1 Conclusies

5.1.1 Beantwoording van de vraagstelling

De centrale vraagstelling van dit onderzoek was:

Hoe kan de dans- bewegingstherapeut nagaan of fysiek contact ingezet kan worden bij de behandeling van volwassen getraumatiseerde asielzoekers?

Voordat ik aangeef of het mij met behulp van dit onderzoek gelukt is om de centrale vraagstelling te beantwoorden, zal ik eerst op de volgende deelvragen ingaan:

- Waarom heeft de inzet van fysiek contact invloed op de dans- bewegingstherapeutische behandeling van volwassen getraumatiseerde asielzoekers?
- Waarom hebben asielzoekers behoefte aan fysiek contact?
- Wanneer is de inzet van fysiek contact bij getraumatiseerde asielzoekers gepast en wanneer niet?
- Welke dans- bewegingstherapeutische tools zijn er om na te gaan of de inzet fysiek contact gepast is of niet?
- Welke rol spelen overdracht en tegenoverdracht bij de inzet van fysiek contact bij getraumatiseerde asielzoekers?

De invloed van fysiek contact op de dans- bewegingstherapie van getraumatiseerde asielzoekers

Deze vraag kon ik met behulp van de literatuurstudie die ik heb gedaan om een overzicht over de thematiek te verkrijgen beantwoorden. Zo kwam ik erachter dat de psychofysiologie van trauma en het lichaamsgeheugen de redenen zijn dat fysiek contact invloed heeft op het beschadigd lichaam van een getraumatiseerde persoon en diens gevolge ook op de dans- bewegingstherapeutische behandeling.

De behoefte van getraumatiseerde asielzoekers aan fysiek contact

Ook deze vraag kon ik in het kader van dit afstudeeronderzoek beantwoorden. De bestudeerde literatuur, de observaties uit mijn derdejaarsstage en ook de informatie uit de interviews droegen bij aan het beantwoorden van deze vraag. Zo achterhaalde ik dat aan de ene kant de eenzaamheid van het asiel en aan de andere kant cultuurbepaalde waarden en normen ervoor zorgen dat asielzoekers in vergelijking met autochtone cliënten meer behoefte aan fysiek contact en nabijheid tonen.

(Contra)indicaties voor de inzet van fysiek contact bij getraumatiseerde asielzoekers

Deze vraag kon ik met behulp van de informatie uit de interviews en de literatuur beantwoorden. In ieder geval moet aan de volgende drie eisen voldaan zijn, voordat de dans- bewegingstherapeut überhaupt in overweging kan nemen of de inzet van fysiek contact gepast is of niet:

- De cliënt moet de behoefte aan fysiek contact hebben.
- De cliënt moet voldoende lichamelijke draagkracht hebben voor fysiek contact, d.w.z. fysieke aanraking leidt niet tot flashbacks, dissociatie en/of hertraumatisering.
- De inzet van fysiek contact als therapeutische interventie heeft een meerwaarde voor het creatief therapeutische proces van de cliënt.

Is aan één of meerdere van deze aspecten niet voldaan, is de inzet van fysiek contact bij een getraumatiseerde asielzoeker niet gepast of functioneel.

Dans- bewegingstherapeutische tools

De informatie uit de interviews was van essentieel belang voor de beantwoording van deze vraag. Zo kwam ik erachter dat er in totaal drie therapeutische tools/instrumenten zijn, die de dans- bewegingstherapeut ter beschikking heeft om na te kunnen gaan of de inzet van fysiek contact bij getraumatiseerde asielzoekers gepast is of niet. Het gaat hierbij om de volgende drie instrumenten:

- Verbale controle: De therapeut vraagt aan de cliënt of die behoefte heeft aan fysiek contact.
- Observatie: De therapeut kijkt wat er lichamelijk en op bewegingsniveau bij de cliënt gebeurt.
- Zelfcontrole: De therapeut gaat na of er sprake is van (tegen)overdracht.

De rol van (tegen)overdracht

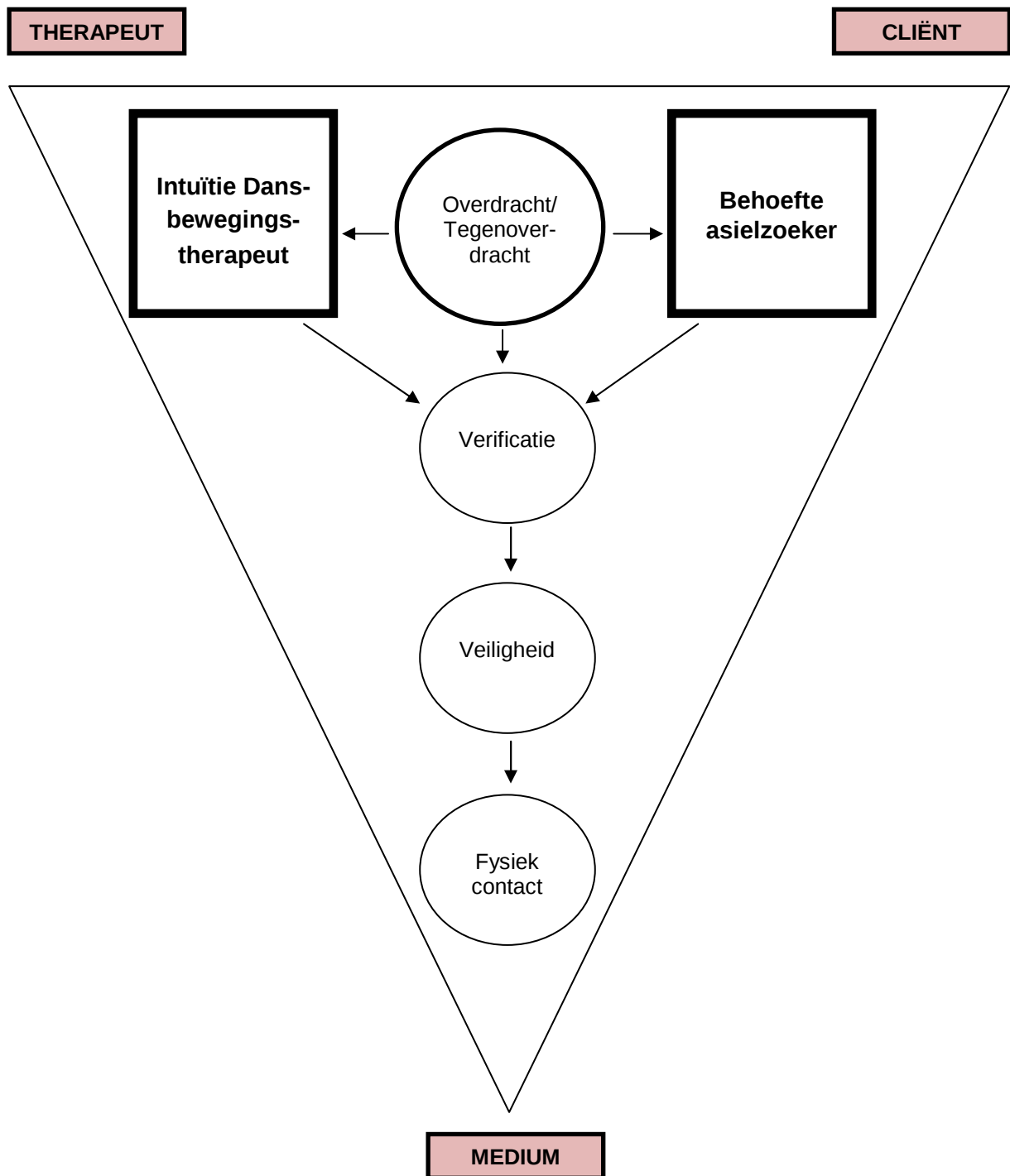
Ook deze deelvraag kon ik met behulp van vakliteratuur en de informatie uit de interviews beantwoorden. Zo gaven de respondenten aan dat hoe meer de therapeut gebruik maakt van fysiek contact en dus de afstand tussen cliënt en therapeut letterlijk kleiner wordt, hoe meer overdrachts- en tegenoverdrachtsgevoelens er zullen ontstaan. Aan de andere kant kan de therapeut door een teveel aan nabijheid snel de troost en toeverlaat worden van de cliënt. Wanneer zich de cliënt echter teveel aan de therapeut bindt, vergroot dit de afhankelijkheid van de cliënt. Fysiek contact en (tegen)overdracht zijn dus nauw aan elkaar verbonden en beïnvloeden elkaar wederzijds.

Doordat ik alle deelvragen van het onderzoek heb kunnen beantwoorden, lukte het mij om ook een antwoord op de centrale vraagstelling te vinden. Met behulp van de triangulatie van dit onderzoek ben ik erachter gekomen hoe ik als dans- bewegingstherapeut na kan gaan of fysiek contact bij de behandeling van getraumatiseerde asielzoekers ingezet kan worden. De resultaten uit de observaties en interviews zijn gekoppeld aan literatuurbronnen en verwerkt tot een schema, dat de aanleiding, het proces en het mogelijke resultaat van het proces weergeeft.

5.1.2 Verklaring en interpretatie van de resultaten

In hoofdstuk 4 van dit onderzoek heb ik de resultaten van de dataverzameling en –analyse al beschreven, verklaard en een koppeling met de literatuur gemaakt. In het volgende zal ik me dan ook voornamelijk op de interpretatie van de resultaten danwel de aspecten richten, die in mijn ogen in hoofdstuk 4 nog niet voldoende aan bod zijn gekomen of waarover nog bepaalde onduidelijkheden bestaan.

Toen ik mijn schema bekeek, viel mij in eerste instantie op dat er duidelijke begin- en eindpunten zijn. Het schema stelt een proces voor, waarbij de aanleiding voor het proces, het proces zelf en het mogelijke resultaat van het proces in trechtervorm zijn weergegeven. Toen ontdekte ik dat het schema ook de driehoek 'cliënt – therapeut – medium' weerspiegelt. Hoewel ik met behulp van dit afstudeeronderzoek geen geheel creatief therapeutisch proces geprobeerd heb te doorgronden, gaat het toch om een gedeelte hiervan, sterk afgebakend in tijd, omdat het plaatsvindt in het hier en nu en op het moment van contact met de cliënt. Cilissen-Ysermans (2009) geeft aan dat binnen dit proces cliënt, therapeut en medium onlosmakelijk met elkaar verbonden zijn. Zo heeft de cliënt de therapeut en het medium nodig om tot het bereiken van de gestelde behandeldoelen te komen, in dit geval het opdoen van correctieve ervaringen omtrent fysiek contact, het vergroten van de lichaamsbewustwording en het ervaren van bestendinging en ontspanning. De therapeut wederom gebruikt het medium methodisch om een creatief therapeutisch behandelingsproces bij de cliënt te bewerkstelligen. In dit geval heeft de dans- bewegingstherapeutische behandeling betrekking op volwassen getraumatiseerde asielzoekers en hun behoefte aan fysiek contact. Het medium tenslotte, in dit geval dans- beweging, krijgt pas in samenhang met de cliënt en de therapeut zijn specifieke betekenis. Zo gaat het binnen dit onderzoek om de inzet van fysiek contact tussen cliënt en therapeut. Het medium, namelijk de interventie fysiek contact, vormt letterlijk en figuurlijk de verbinding tussen cliënt en therapeut en heeft een directe invloed op de therapeutische relatie. Het volgende schema maakt duidelijk hoe de driehoek 'cliënt – therapeut – medium' past bij het schema van de kerncategorieën:



Daarnaast merkte ik op dat ik in hoofdstuk 4 van dit onderzoek weliswaar al verklaard en met literatuur onderbouwd heb, wat intuïtie is en welke functie intuïtie heeft. Gezien het feit dat intuïtie bij het hele proces omtrent de keuze van de dans- bewegingstherapeut om fysiek contact al dan niet als interventie bij getraumatiseerde asielzoekers in te zetten een zo grote en essentiële rol speelt, omdat het immers naast de behoefte van de asielzoekers de aanleiding hiervoor vormt, vroeg ik me bovendien af, of en hoe dit dan ontwikkeld zou kunnen worden. Als intuïtie zo belangrijk is, is het ook van groot belang dat de dans- bewegingstherapeut deze vaardigheid probeert te ontwikkelen en te verbeteren. Laatst kon ik daadwerkelijk in de literatuur terugvinden. Zo geven Hänsel, Zeuch & Schweitzer (2002, p. 49) aan dat intuïtie niet alleen een vaardigheid is die ieder mens tot beschikking heeft, maar dat intuïtie ook verder ontwikkeld kan worden. De volgende aspecten kunnen voor een dans- bewegingstherapeut hierbij waardevol zijn:

- *Zelfwaarneming*: Intuïtieve signalen, zoals lichaamswaarnemingen, emoties of innerlijke beelden, moeten waargenomen en in hun betekenis herkend worden om effectief ingezet te kunnen worden.
- *Zelfmodellering*: Het proces en de effecten van intuïtieve acties moeten nader bekeken en er moet hierop gereflecteerd worden om toegang tot de eigen intuïtieve vaardigheden te verkrijgen.
- *Houding en instelling tegenover intuïtie*: Open, onvooroordeelend en met vertrouwen de eigen intuïtieve processen te hanteren en ermee te oefenen zorgt ervoor dat voor de eigen waarnemingen en ontdekkingen ruimte wordt gemaakt.
- *Integratie van verstand en intuïtie*: Niet de krampachtige poging om rationele en intuïtieve processen te scheiden, maar juist een integratie van beiden is de basis voor een succesvolle hantering van intuïtie (Hänsel, Zeuch & Schweitzer, 2002, p. 49).

Wat betekent dit nou voor de resultaten van mijn onderzoek? Intuïtie, dus het op ervaring gebaseerde weten van de therapeut, vormt één van de aanleidingen, die uiteindelijk tot de inzet van fysiek contact bij getraumatiseerde asielzoekers kan leiden. Deze intuïtie wordt door middel van de drie vormen van verificatie, verbale controle, observatie en zelfcontrole, op haar juistheid en relevantie voor de dans-bewegingstherapeutische behandeling van de cliënt gecontroleerd. Soms zal het echter in de praktijk niet altijd mogelijk zijn om alle drie verificatievormen in te zetten. Dit kan verschillende redenen hebben. Zo kan het zijn dat op grond van taalverschillen de verbale controle niet of nauwelijks mogelijk is. Ook observaties leveren niet altijd informatie, die voor honderd procent eenduidig is, waardoor de therapeut alsnog niet helemaal zeker weet waar de behoeftes van de asielzoeker liggen en of de lichamelijke draagkracht voldoende is voor fysiek contact. Uiteindelijk biedt natuurlijk ook de zelfcontrole geen zekerheid, omdat de dans- bewegingstherapeut zichzelf maar moeilijk helemaal objectief kan bekijken. Bovendien kan de zelfwaarneming van de therapeut gekleurd worden door persoonlijke problemen, waardoor de therapeut emotioneel minder stabiel is. Alle drie therapeutische instrumenten ter verificatie zijn in de samenwerking met grote waarschijnlijkheid zeer betrouwbaar. Toch worden ze beïnvloedt door bepaalde omstandigheden. Voor de dans- bewegingstherapeut kan het daarom van nut zijn om de eigen intuïtie op een manier te ontwikkelen dat deze tot een zo betrouwbaar mogelijk instrument wordt. Wanneer de dans- bewegingstherapeut geleerd heeft om intuïtieve signalen en hun betekenis te herkennen, over het proces en de effecten hiervan te reflecteren, rationele en intuïtieve processen met elkaar te combineren en hierdoor uiteindelijk vertrouwen in de eigen intuïtie te verkrijgen, is de waarschijnlijkheid op juistheid en relevantie van de intuïtie vergroot. Dit wederom kan ervoor zorgen dat ook op het moment dat één of meerdere verificatie-instrumenten niet ter beschikking staan of door bepaalde omstandigheden belemmerd worden, de dans- bewegingstherapeut toch voldoende informatie heeft om de keuze te kunnen maken wel of niet fysiek contact in te zetten bij de behandeling van getraumatiseerde asielzoekers.

Op de drie verificatie-instrumenten wil ik graag nog wat dieper ingaan. Het hele proces, beginnend bij de kerncategorieën, die de aanleiding hiervoor vormen, en eindigend bij de inzet van fysiek contact als mogelijk resultaat, zal in de praktijk waarschijnlijk niet langer dan enkele minuten duren. Het is een momentopname, iets wat in het contact tussen therapeut en cliënt in het hier en nu plaatsvindt. De verificatie zal dan ook binnen korte tijd gedaan moeten zijn. Hoe is dit mogelijk als de dans-bewegingstherapeut immers drie verschillende instrumenten moet toepassen, voordat hij/zij de keuze kan maken? In principe zijn observatie en zelfcontrole instrumenten, die niet alleen specifiek bij de beslissing omtrent de inzet van fysiek contact een rol spelen en van toepassing zijn, maar eigenlijk altijd in het contact tussen dans- bewegingstherapeut en cliënt absoluut noodzakelijk zijn en de basis voor een stabiele therapeutische relatie vormen. Het zouden dus vaardigheden zijn, die de therapeut volledig in zijn methodisch handelen geïntegreerd en hierdoor tot inherente vaardigheden en kennis gemaakt heeft. Dan zou vervolgens alleen de verbale controle iets zijn, wat als het ware extra gedaan moet worden. Hoe geïntegreerd observatie en zelfcontrole ook in het therapeutische handelen zijn, de omstandigheden van een bepaalde situatie zullen altijd invloed hierop hebben. Dan speelt ook ervaring een belangrijke rol. Intuïtie is dan ook niet voor niets een op *ervaring* gebaseerd weten. Hoe meer ervaring de dans- bewegingstherapeut in het werken met getraumatiseerde asielzoekers heeft, hoe sneller en nauwkeuriger hij/zij de keuze omtrent de inzet van fysiek contact kan maken. Uiteindelijk gaat het altijd om inzicht in en bewustwording en –zijn van de eigen intuïtie, eventuele (tegen)overdrachtsgevoelens, de emotionele behoefte en lichamelijke draagkracht van de cliënt, het eigen lichaam en dat van de ander. De verificatie-instrumenten zijn alleen maar handvaten voor dans-bewegingstherapeuten, die dit inzicht en bewustzijn nog niet voldoende hebben ontwikkeld, zoals ikzelf.

5.2 Reflectie op het onderzoek

5.2.1 Totstandkoming van de resultaten

Binnen deze subparagraaf zal ik ingaan op de vraag hoe ik tot de uiteindelijke resultaten van dit onderzoek ben gekomen en of dit op de voorgenomen wijze gebeurd is. Omdat in de onderzoeksopzet al gedetailleerd beschreven staat welke dataverzamelingstechnieken en data-analyse voor het beantwoorden van de centrale vraagstelling gebruikt werden, zal ik hierop niet nog een keer diepgaander ingaan. In plaats daarvan zal ik toelichten wat ik tijdens het onderzoeksproces ben tegengekomen, wat ik moest aanpassen en/of veranderen, welke keuzes ik gemaakt heb en waarom. Daarmee maak ik het onderzoeksproces inzichtelijk, waardoor het voor buitenstanders te volgen is. Hierdoor wordt de confirmability van het onderzoek vergroot.

Het eerste aspect, dat mij tijdens het onderzoeksproces moeite heeft bereid, was de centrale vraagstelling. Het was lastig voor mij om hetgeen ik daadwerkelijk wilde onderzoeken in een geschikte vraagstelling te verpakken. Immers moet de centrale vraagstelling aan bepaalde eisen voldoen, zoals een concrete, nauwkeurige en duidelijke formulering en het bevatten van de belangrijkste begrippen uit de probleemstelling. Daarnaast moet de centrale vraagstelling afgebakend en in de gegeven tijd onderzoekbaar zijn. Als ik nu zo terugdenk, wist ik volgens mij al vanaf het begin van dit onderzoeksproces heel precies, wat ik wilde achterhalen. Wat mij lange tijd niet lukte, was deze kennis in de juiste vraagstelling te brengen. Wat ik vooral lastig vond, was dat ik een casus uit mijn eigen praktijksituatie wilde onderzoeken, maar niet alleen met als doel om een verklaring te geven voor het waargenomen fenomeen, maar om vervolgens ook erachter te komen hoe ik in een volgende soortgelijke praktijksituatie op een meer gepaste en functionele manier kan handelen. Het onderzoekstype, dat dus passend zou zijn voor dit onderzoek, is zowel een verklarend als ook een ontwikkelend onderzoek. Ik moest dus kiezen tussen een kwalitatieve casestudy en het actiegericht project als onderzoeksmethode. Omdat het onderzoeken van de casus uit mijn praktijksituatie toch belangrijker voor mij was, koos ik uiteindelijk voor de kwalitatieve casestudy. Samen met mijn docente kwam ik vervolgens bij de volgende centrale vraagstelling uit:

Waarom heeft de inzet van fysiek contact invloed op de dans- bewegingstherapeutische behandeling van volwassen getraumatiseerde asielzoekers?

Deze vraag had ik eigenlijk echter al met behulp van de literatuurstudie kunnen onderzoeken. Zo kwam ik uit bij de psychofysiologie van trauma, dus welke invloed een traumatische gebeurtenis op het lichaam van een persoon heeft en welke rol het lichaamsgeheugen hierbij speelt. Toen ik dus voor mijn gevoel een verklaring voor het waargenomen fenomeen, dus 'de kneep' en de invloed van fysiek contact op een getraumatiseerde persoon, heb kunnen achterhalen, voelde ik de aandring om erachter te komen, hoe ik als dans- bewegingstherapeute op het moment van contact met de cliënt erachter kan komen of de inzet van fysiek contact gepast is of niet. Misschien is het voor een beter inzicht van belang om te benoemen dat ik sowieso een persoon ben, die graag alles zo precies en concreet mogelijk wil weten en altijd op zoek is naar een theorie, die mij een houvast geeft voor de keuzes die ik maak. Vanuit de opleiding werd steeds benadrukt dat wij studenten van de opleiding creatieve therapie niet afstuderen als onderzoekers, maar als therapeuten. Het onderzoek heeft dan ook als doel om onderzoekscompetenties te verwerven bij de vierdejaarsstudent en het eigen werkmodel te vernieuwen danwel aan te passen, en is niet een onderzoek uitgevoerd door een onderzoeker in opleiding. Het gaat dus in eerste instantie om mij als professional. De behoefte om een stukje ontwikkelingsgericht onderzoek te doen en hierdoor concrete handvaten voor de praktijk te achterhalen was dus een grote motivatie voor mij. Dit onderzoek gaf mij de nodige ruimte en tijd hiervoor en was dus een mogelijkheid, die ik waarschijnlijk niet zo snel weer zou krijgen. Daarom besloot ik om het verklarend onderzoek als basis te nemen en in de domeinverkenning te verwerken en het ontwikkelingsgerichte stuk als centrale vraagstelling te formuleren, zoals dit ook in het eerste hoofdstuk van deze scriptie beschreven staat.

Als ik nu terugkijk op het onderzoeksproces en de resultaten, die ik kon verkrijgen, ben ik met mijn keuze tevreden. Ik had het niet anders willen doen. Misschien had ik dieper kunnen gaan als ik slechts één onderzoekstype had gebruikt. Gezien het feit dat het verklarend onderzoek nodig was voor het ontwikkelingsgerichte onderzoek, had dat dientengevolge betekent, dat ik de centrale vraagstelling, dus hoe de dans- bewegingstherapeut na kan gaan of fysiek contact bij de behandeling van volwassen getraumatiseerde asielzoekers ingezet kan worden, niet had kunnen beantwoorden of tenminste niet zo nauwkeurig en concreet. Het houvast, namelijk de therapeutische instrumenten ter

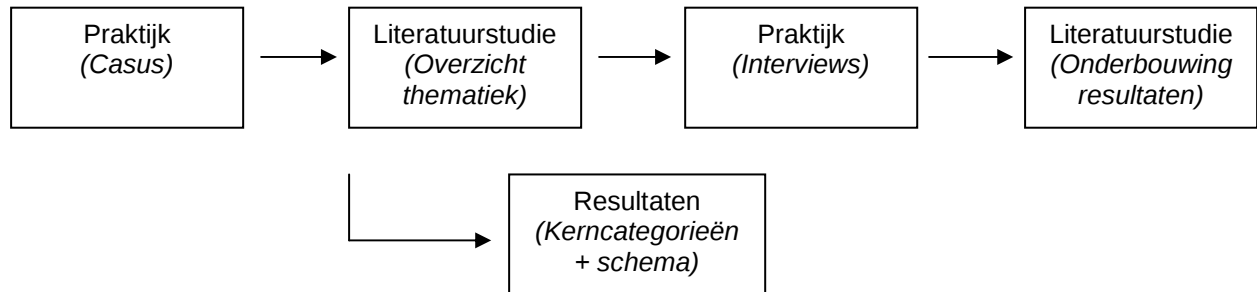
verificatie, die ik hierdoor kon verkrijgen, zijn voor mij echter zo waardevol en belangrijk dat ik steeds weer opnieuw deze keuze zou maken. Ik heb het gevoel dat ik hierdoor mijn professionaliteit kon vergroten en bovendien ook een relevante bijdrage voor het werkveld kon leveren, wat immers de twee hoofddoelstellingen van dit onderzoek waren.

Een ander aspect dat ik tijdens het onderzoeksproces ben tegengekomen, heeft betrekking op de dataverzamelingstechniek observatie. Zo was ik oorspronkelijk van plan om naast de ongestructureerde observaties, die ik gedurende mijn derdejaarsstage heb gedaan, ook nog gestructureerde observaties te doen. Hiervoor wilde ik drie tot vijf dans- bewegingstherapeutische sessies met getraumatiseerde asielzoekers observeren. Ik was van plan om dit bij de groep asielzoekers te doen, die ik tijdens mijn derdejaarsstage behandelde. Door deze groep gestructureerd te observeren wilde ik mijn observaties vastleggen in een observatieformulier, waardoor ik de verkregen data gemakkelijker had kunnen verwerken tijdens de data-analyse. Ook had ik intussen een duidelijker beeld gekregen over wat ik precies wilde observeren en wist ik welke aspecten belangrijk waren voor het beantwoorden van mijn onderzoeksvraag. Gestructureerde observatie als dataverzamelingstechniek had daarom goed aangesloten bij de kennis, die ik tijdens de literatuurstudie over de invloed van fysiek contact bij de dans- bewegingstherapeutische behandeling met getraumatiseerde volwassen asielzoekers had kunnen opdoen. Gezien het feit dat ik ervoor had gekozen mijn centrale vraagstelling aan te passen en gezien de kleinschaligheid van dit onderzoek, koos ik echter ervoor om dit niet te gaan doen. Ten eerste was een gestructureerde observatie van de getraumatiseerde asielzoekers niet nodig om de vraag, hoe de dans- bewegingstherapeut na kan gaan of fysiek contact bij de behandeling van volwassen getraumatiseerde asielzoekers ingezet kan worden, te kunnen beantwoorden. Ten tweede hadden dergelijke observaties teveel tijd gekost, tijd die ik beter kon gebruiken om de data uit de interviews grondig en nauwkeurig te coderen en te analyseren. Aan de andere kant had ik door de gestructureerde observaties de kans gehad om de al opgedane kennis met nieuwe aspecten aan te vullen, te onderbouwen en/of te weerleggen. Dit was uiteindelijk de kwaliteit (dependability) van mijn onderzoek ten goede gekomen. Bovengenoemde aspecten waren echter doorslaggevend genoeg voor mij om ervoor te kiezen deze verzameling van data niet meer te doen.

Verder is het mij gelukt om de resultaten op de voorgenomen wijze te behalen. Heel bewust plande ik de drie interviews tijdig zo dat het voor mij mogelijk was om tussentijds de reeds verzamelde data axiaal en open te coderen om deze vervolgens aan de nieuwe respondenten voor te leggen. Zo kon ik bepaalde uitspraken van één respondent, die in mijn ogen mogelijk vernieuwend, essentieel of hoe dan ook waardevol voor mijn onderzoek waren, aan de andere respondenten voorleggen om hun meningen hierover te verkrijgen. Dit zorgde niet alleen ervoor dat ik de verkregen informatie kon toetsen, maar ook dat ik deze steeds verder toe kon spitsen, totdat ik uiteindelijk tot de essentie van de informatie was doorgedrongen. De kerncategorie intentie van de dans- bewegingstherapeut is een goed voorbeeld hiervoor. Iedere respondent vroeg ik om uitleg erover wat intentie nou eigenlijk is, hoe zich intentie uit en welk belang de intentie van de therapeut speelt bij de keuze om al dan niet fysiek contact bij getraumatiseerde asielzoekers in te zetten. De eerste respondent sprak nog helemaal niet van intuïtie, maar eerder van risico's, die de therapeut moet nemen. Toen ik dit aan de tweede respondent voorlegde, gaf zij aan dat het niet zo zeer het nemen van risico's is, maar het luisteren naar het eigen gevoel, naar de intuïtie. Toen ik deze informatie wederom aan de derde respondent voorlegde, zei zij dat de intuïtie de aanleiding voor de inzet van fysiek contact vormt, die vervolgens door middel van verbale controle, observatie en zelfcontrole geverifieerd moet worden. Op die manier kwam ik tot de essentie van de informatie en heb ik uiteindelijk de kerncategorieën kunnen achterhalen en vervolgens in een schema kunnen plaatsen.

Wat verder goed lukte, was het behouden van de focus en het concentreren op het wezenlijke. Hierbij heeft geholpen dat de interviews halfgestructureerd en niet helemaal open waren. Hierdoor lagen de belangrijkste vragen vast, waarbij de volgorde variabel was. Dit gaf mij weliswaar de mogelijkheid om door te vragen en ook nieuwe informatie te verkrijgen, maar ik verloor me niet in de massa aan informatie, die een ervaren dans- bewegingstherapeut ofwel psychomotorisch therapeut kan bieden. Bovendien had ik in de vragen al de sensitizing concepts verwerkt, dus de richtinggevende begrippen van mijn onderzoek. Van iedere respondent kreeg ik dus zowel informatie omtrent de van tevoren vastgelegde aspecten als ook nieuwe informatie. Hierdoor kon ik tijdens de data-analyse het overzicht behouden, wat de analyse makkelijker voor mij maakte.

Samenvattend kan ik zeggen dat ik het onderzoeksproces in de geplande volgorde heb kunnen doorlopen. Zo begon het onderzoek in principe met een praktijkervaring, namelijk de casus 'de kneep'. Met behulp van een literatuurstudie lukte het mij om een overzicht te verkrijgen over de thematiek, vervolgens ging ik de praktijk in door het houden van interviews, waarna ik de verzamelde informatie met literatuur onderbouwde. Het volgende schema maakt het gehele onderzoeksproces nog een keer duidelijk:



Tijdens het onderzoeksproces heb ik hier en daar dingen aangepast, maar de wezenlijke structuur van de onderzoeksopzet heb ik bijgehouden. Op sommige momenten was het erg lastig voor mij om zowel de kwaliteit van het onderzoek te bewaken en tegelijkertijd mijn behoeftes te volgen. Natuurlijk had het beter gekund, zoals in de volgende subparagraaf nog duidelijk zal worden. Maar ik ben met het resultaat tevreden, omdat ik keuzes durfde maken op momenten dat ik ze moest nemen. Misschien heb ik risico's genomen, maar je zou ook kunnen zeggen dat ik gewoon naar mijn intuïtie heb geluisterd, altijd rekening houdend met mijn kennis omtrent onderzoeksvaardigheden.

5.2.2 Een kritische blik

Ieder onderzoek heeft sterke en zwakke punten. Een goede onderzoeker kenmerkt zich niet door helemaal geen zwakke punten in zijn onderzoek te hebben, maar juist door met een objectieve en kritische blik op het onderzoeksproces terug te kunnen kijken en hierop te reflecteren. Dat maakt een onderzoeker uiteindelijk geloofwaardig. Ook dit onderzoek vormt geen uitzondering en heeft sterke en zwakke punten waarop ik in het volgende nader in wil gaan.

Sterke punten

- Het eerste sterke punt van dit onderzoek is niet zo vanzelfsprekend als het in eerste instantie misschien mag klinken, namelijk dat ik een concreet, vatbaar antwoord kon verkrijgen op mijn centrale vraagstelling. Immers heb ik aan de hand van de literatuurstudie geen bruikbare informatie met betrekking tot de vraag, hoe een dans- bewegingstherapeut na kan gaan of fysiek contact ingezet kan worden bij getraumatiseerde asielzoekers, kunnen vinden. Ik was op zoek naar handvaten, naar concrete instrumenten die ik in de praktijk op het moment van contact met de cliënt kan gebruiken. En deze therapeutische tools heb ik kunnen vinden. Natuurlijk is het de bedoeling om met behulp van een onderzoek ook daadwerkelijk een antwoord op de onderzoeksvraag te verkrijgen, maar dit is niet altijd het geval. Dat dit onderzoek tot het beantwoorden van de centrale vraagstelling heeft geleid, is dus in mijn ogen zeker een sterke punt.
- Een andere sterkte van dit onderzoek zijn de respondenten. Alle drie respondenten hebben ervaring in en kennis over het lichaamsgerichte werken met volwassen getraumatiseerde asielzoekers en de inzet van fysiek contact bij deze specifieke doelgroep. De informatie, die ik van de respondenten kon verkrijgen, is dus aan de praktijk gerelateerd en specifiek op mijn centrale vraagstelling gericht, waardoor de verkregen data relevant, betrouwbaar en eerlijk is.
- Verder is ook de afwisseling tussen dataverzameling en data-analyse een sterkte van dit onderzoek. Zoals dit in de onderzoeksmethode werd beschreven, staat bij de grounded theory een gefaseerde onderzoeksopzet centraal, waarbij dataverzameling en –analyse elkaar voortdurend afwisselen. Dit heb ik ook daadwerkelijk gedaan, waardoor ik reeds verzamelde en gecodeerde data aan nieuwe respondenten voor kon leggen om hun visie hierover te verkrijgen. Hierdoor hebben de respondenten de mogelijkheid gekregen om hun visie in te brengen, wat voor authenticity van dit onderzoek heeft gezorgd.
- Tenslotte vormt ook de onderzoekstechniek triangulatie een sterke punt. Binnen de dataverzameling heb ik gebruik gemaakt van literatuur, mondelinge interviews en observatie. Hierdoor is het onderwerp van dit onderzoek vanuit verschillende invalshoeken bekeken. De

resultaten vanuit de verschillende dataverzamelingstechnieken heb ik vervolgens met elkaar kunnen vergelijken om een zo omvattend inzicht als mogelijk in het onderwerp te kunnen verkrijgen.

Zwakke punten

- Een zwakke punt van dit onderzoek is dat ik de observaties, die ik gedaan heb tijdens mijn derdejaarsstage en waaruit de casussen zijn opgebouwd, niet met zicht op dit onderzoek heb gedaan. Mijn observaties waren ongestructureerd, omdat ik van tevoren niet wist welke informatie ik wilde hebben en op welke aspecten van het gedrag ik me wilde richten. Hierdoor is het mogelijk dat er belangrijke data ontbreken, waardoor de resultaten niet zo compleet mogelijk zijn. Dit vermindert de dependability van dit onderzoek.
- Een verdere zwakte van dit onderzoek is het kleine aantal respondenten. Zo was ik oorspronkelijk van plan om naast de twee dans- bewegingstherapeuten en de psychomotorische therapeute, die uiteindelijk mijn drie respondenten zijn geweest, nog één verdere dans- bewegingstherapeute die met getraumatiseerde cliënten werkt te interviewen. Door haar drukke agenda en de kleinschaligheid van dit onderzoek was het voor mij niet mogelijk om alle vier professionals te betrekken bij dit afstudeeronderzoek. Hoe meer respondenten meedoen aan een onderzoek, hoe betrouwbaarder de resultaten zijn. Het minimale aantal respondenten vermindert dientengevolge de betrouwbaarheid van de resultaten.
- Hoewel duidelijk aangegeven wordt dat de resultaten van dit onderzoek alleen betrekking hebben op het doelgerichte fysieke contact tussen therapeut en cliënt, heb ik geen onderscheid gemaakt tussen troostend, lichaamsgericht en taakgeïntendeerd fysiek contact. Of deze verschillende vormen van fysiek contact bij de keuze omtrent de inzet van fysiek contact bij getraumatiseerde asielzoekers een rol spelen, heb ik op grond van de kleinschaligheid van dit onderzoek niet kunnen achterhalen.
- Gedurende het onderzoeksproces heb ik terugkoppelingen gemaakt naar de respondenten. Aan het einde van de data-analyse heb ik de resultaten echter niet aan de respondenten voorgelegd. Hierdoor had het onderzoek verder uitgewerkt en verdiept kunnen worden. Wegens tijdgebrek is het mij echter niet mogelijk geweest om dit tot uitvoering te brengen.

5.2.3 Aanbevelingen voor vervolgonderzoek

Gezien het feit dat dit een heel kleinschalig onderzoek is, was het mij niet mogelijk om op alle aspecten dieper in te gaan die ik tijdens het onderzoeksproces ben tegengekomen. Zo ben ik weliswaar kort ingegaan op de cultuurverschillen omtrent fysiek contact, maar dit deed ik globaal. Het onderscheid maakte ik alleen tussen Nederland en andere culturen. De asielzoekers komen echter ook uit heel erg verschillende culturen met verschillende waarden, normen en gebruiken. Hoewel culturen in het Midden-Oosten en in Afrikaanse landen over het algemeen gezien meer fysiek contact wordt gemaakt in het alledaagse leven en daarom de behoefte hiernaar ook groter is bij mensen uit deze culturen, zullen er toch wezenlijke verschillen bestaan in de manier waarop dit fysiek contact wordt gemaakt en bij wie. Dit zijn ook voor een dans- bewegingstherapeut belangrijke aspecten, waarmee rekening gehouden moet worden als het gaat om de vraag of en hoe fysiek contact als interventie ingezet kan worden. Een van de respondenten benoemde dit ook tijdens het interview: 'Ik heb me heel veel geïnteresseerd in de cultuur van mensen, zodat ik gewoon hun normen en hun gebruiken leer kennen [...] Het dwingt je ook om op de een of ander manier een theoretisch kader te zoeken [...] Want dan kun je ook begrijpen waarom iemand jou opzoekt of knuffelt als die binnenkomt.' Hiermee zegt de respondent eigenlijk dat het belangrijk is om bij de behandeling van allochtone cliënten een bepaalde kennis over hun cultuur te hebben, omdat een cliënt altijd met inachtneming van diens sociale context behandeld moet worden. Het zou dus heel interessant zijn om in een vervolgonderzoek te achterhalen, welke specifieke cultuurverschillen omtrent fysiek contact er zijn en hoe dit invloed heeft op de dans- bewegingstherapeutische behandeling van volwassen getraumatiseerde asielzoekers. Deze cultuurverschillen hoeven niet alleen betrekking te hebben op de cliënten – ook de therapeut kan een andere cultuur en dientengevolge andere waarden en normen omtrent fysiek contact hebben. Zo kom ik bijvoorbeeld uit Duitsland en was ik niet gewend om iemand ter begroeting drie kusjes op de wangen te geven. Het lijkt me dus heel erg interessant om in een vervolgonderzoek de invloed van deze cultuurverschillen te achterhalen.

Een andere aanbeveling voor vervolgonderzoek heeft betrekking op de verschillen tussen mannen en vrouwen. Ik heb dit op grond van de kleinschaligheid van dit onderzoek dus niet nader onderzocht, maar tijdens de interviews kwam hier en daar naar voren dat sommige respondenten de ervaring op

hebben gedaan dat over het algemeen vrouwelijke asielzoekers makkelijker en vaker fysiek contact maken onderling dan mannelijke asielzoekers. Ook is het bijvoorbeeld in culturen uit het Midden-Oosten niet gebruikelijk dat mannen en vrouwen elkaar aanraken. Welke invloed dit heeft op de dans-bewegingstherapeutische behandeling van gemengde asielzoekergroepen zou ook een heel interessant onderwerp kunnen zijn voor vervolgonderzoek.

In het kader van dit onderzoek heb ik me alleen gericht op de inzet van fysiek contact tussen therapeut en cliënt, en niet tussen de cliënten onderling of de individuele cliënt bij zichzelf. Ook heb ik bij het plaatsen van de kerncategorieën in het schema geen rekening gehouden met de verschillende vormen van fysiek contact. Met behulp van de therapeutische instrumenten verbale controle, observatie en zelfcontrole kan alleen worden geverifieerd of de inzet van fysiek contact gepast en geïndiceerd is bij de dans- bewegingstherapeutische behandeling van getraumatiseerde asielzoekers, maar niet welke specifieke vorm van fysiek contact. Het lijkt me niet alleen erg interessant, maar ook waardevol en nuttig om dit aspect in een vervolgonderzoek te achterhalen. Ook de vraag, hoe de dans- bewegingstherapeut fysiek contact tussen de cliënten onderling en de individuele cliënten bij zichzelf in kan zetten en wanneer dit gepast/geïndiceerd is, heb ik met dit onderzoek niet kunnen beantwoorden en is een aanbeveling voor vervolgonderzoek.

Met dit onderzoek heb ik slechts een begin kunnen maken omtrent het thema fysiek contact bij getraumatiseerde asielzoekers. Misschien is het ook interessant om uit te zoeken hoe over het algemeen met fysiek contact bij de dans- bewegingstherapeutische behandeling van psychiatrische cliënten omgegaan kan worden en of het schema van de kerncategorieën toepasbaar is op andere doelgroepen. Waarschijnlijk zou ik, als ik hier verder over nadenk, nog honderd andere aanbevelingen voor vervolgonderzoek kunnen maken. Fysiek contact binnen dans- bewegingstherapie blijft een boeiend thema voor mij. Omdat dit thema volgens mij nog een grijs gebied is, hoop ik dat er daadwerkelijk in de toekomst vervolgonderzoek plaatsvindt, zodat de kwaliteit van zorg, die de dans-bewegingstherapeut levert, verbeterd kan worden.

5.3 Werkmodellen

5.3.1 Inleiding

'Werkmodellen zijn denkmodellen en doemodellen, aan de hand waarvan de professional in de praktijk denkt en handelt. Werkmodellen hebben met elkaar gemeen dat het systematische hulpmiddelen zijn waarvan de professional bij het denken en doen in de praktijk gebruik maakt. Werkmodellen bepalen het vakmanschap van de professional' (Naslagwerk, 2007, p. 4). Ieder professional heeft verschillende werkmodellen. Omdat een professional zich voortdurend verder ontwikkelt en nieuwe ervaringen en kennis opdoet, kunnen bestaande werkmodellen verouderd raken en is het van belang om flexibel met deze werkmodellen om te gaan en deze aan te passen, wanneer dit nodig is. Dankzij de ervaringen, die ik tijdens mijn derdejaarsstage op kon doen en de kennis, die ik met behulp van dit onderzoek heb verkregen, kon ook ik mijn werkmodellen vernieuwen en aanpassen. Dit wil ik in het volgende nader toelichten.

5.3.2 Nieuwe werkmodellen

Therapeutische relatie: Het eerste werkmodel, dat ik kon vernieuwen, heeft betrekking op de therapeutische relatie en in het bijzondere op de invloed van (tegen)overdracht hierop. Zo heb ik door mijn praktijkervaring en de kennis, die ik van de respondenten en vanuit de vakliteratuur heb verkregen, geleerd dat het belangrijk is om alert te blijven met betrekking tot eventuele (tegen)overdrachtsgevoelens en zich van deze gevoelens voortdurend bewust te zijn. Daarnaast moet de therapeut nagaan, in hoeverre deze (tegen)overdrachtsgevoelens de actuele situatie en het contact met de cliënt beïnvloeden en welke aspecten hiervan om aandacht vragen en welke aspecten beter aan de kant gezet kunnen worden. Zo zal ik mijn eigen behoefte aan fysiek contact in de toekomst opzij schuiven en onderzoeken, welke behoefte de cliënt heeft en of ik op dat moment de aangewezen persoon ben om deze behoefte te vervullen en/of hoe ik de cliënt erbij kan helpen, deze behoefte vorm te geven. Ook heeft mij dit onderzoek bewust gemaakt, hoe essentieel de therapeutische relatie voor het verloop van de dans- bewegingstherapeutische behandeling van een cliënt en in het bijzondere een getraumatiseerde asielzoeker is. Vooral een evenwichtige verhouding tussen afstand en nabijheid is bij deze doelgroep van groot belang. Zo zal ik intussen veel

voorzichtiger omgaan met fysiek contact, niet alleen vanwege de eventuele negatieve effecten, zoals hertraumatisering en dissociatie, maar ook omdat ik me bewuster ben geworden van de macht, die ik heb als dans- bewegingstherapeut, en de verantwoordelijkheid, die hiermee gepaard gaat. Zo kan een teveel aan nabijheid ervoor zorgen, dat de cliënt afhankelijk wordt van de therapeut. Juist, omdat het voor deze mensen echter van groot belang is om de controle over hun eigen leven terug in handen te krijgen, zou een te grote afhankelijkheid belemmerend zijn voor de persoonlijke ontwikkeling van de cliënt en het creatief therapeutische proces. Wat ik heb geleerd en als nieuwe kennis in mijn werkmodel heb geïntegreerd, is dat het niet alleen erom gaat de ogenschijnlijke behoefte van de cliënt te vervullen, maar om verder te kijken en alle aspecten te overwegen, voordat ik als dans- bewegingstherapeut een keuze maak. Hoewel de verantwoordelijkheid tussen cliënt en therapeut gedeeld wordt, heb ik als hulpverlener en professional een objectievere kijk op en meer kennis over bepaalde aspecten. Wat in het hier en nu misschien goed aanvoelt, kan op lange termijn een negatief effect hebben op de therapeutische relatie. Dit betekent niet dat het altijd beter is fysiek contact na te laten, maar het betekent dat ik me van de eventuele consequenties bewust moet zijn en ook de verantwoordelijkheid heb, dit open en transparant tegenover de cliënt te benoemen of duidelijk te maken, zodat de verantwoordelijkheid daadwerkelijk wordt gedeeld en de cliënt de kans heeft om zijn grenzen aan te geven.

Randvoorwaarden: Een verder werkmodel betreft de randvoorwaarden die nodig zijn, voordat fysiek contact op een gepaste en functionele manier ingezet kan worden. Zo is mij het belang van veiligheid heel sterk bewust geworden. En niet alleen veiligheid op zich, maar ook wat nodig is om deze veiligheid te kunnen creëren en aan de hand van welke signalen zichtbaar wordt of er voldoende veiligheid is of niet. Vooral voorspelbaarheid als basis voor het creëren van vertrouwen tussen cliënt en therapeut en de hiervoor benodigde structuur en therapeutische houding zijn aspecten, die misschien niet per se nieuw zijn voor mij, maar diens betekenis en concrete toepassing ik pas door dit onderzoek heb begrepen. Zo zal ik in de toekomst altijd van tevoren aan de cliënt laten weten dat ik van plan ben om doelgericht fysiek contact in te zetten. Daarnaast zal ik altijd proberen om verbaal en/of non-verbaal duidelijk te maken, met welk doel ik dit doe. Dit zijn concrete interventies die ik kan inzetten om voor structuur en voorspelbaarheid te zorgen. Concluderend kan ik zeggen dat veiligheid als randvoorwaarde voor de inzet van fysiek contact geen vernieuwd werkmodel is, maar de manier waarop ik dit kan bereiken, is zeker veel duidelijker en meer grijpbaar voor mij geworden.

Therapeutische attitude: Daarnaast is ook de therapeutische attitude een werkmodel dat ik vernieuwen danwel aanpassen en verdiepen kon. Uit het onderzoek is gebleken dat voor het creëren van veiligheid, wat immers de basale voorwaarde voor de inzet van fysiek contact bij getraumatiseerde asielzoekers vormt, een rustige, ontspannen, voorspelbare en transparante houding van de therapeut heel belangrijk is. Rustig betekent dat de therapeut gegrond, d.w.z. zich van zijn lichaam bewust, is. Ontspannen houdt in dat de therapeut zich zelf ook veilig genoeg voelt in het contact met de cliënt om fysiek contact in te kunnen zetten. Voorspelbaar is de therapeut, wanneer de cliënt op ieder moment van de therapie kan aanvoelen en/of voorzien hoe de therapeut zal reageren. Voorspelbaarheid en transparantie hangen nauw met elkaar samen: een transparante therapeut, dus een therapeut die inzicht geeft in de beweegredenen en doelen van het therapeutisch handelen, is tegelijkertijd voorspelbaar, omdat de cliënt hierdoor weet wat er gaat gebeuren. Dit zijn vier hele concrete aspecten die ik in de toekomst kan toepassen om door mijn therapeutische attitude voor een veilige sfeer te zorgen, waarin fysiek contact wanneer nodig ingezet kan worden. Zo zal ik van tevoren onderzoeken of ik daadwerkelijk gegrond ben, mezelf veilig genoeg voel, heb aangegeven wat er gaat gebeuren en voldoende inzicht in de redenen voor mijn handelen heb gegeven. Als therapeut een dergelijke attitude te hebben is belangrijk om te voorkomen over de grenzen van de cliënten of de eigen grenzen te gaan. Het is natuurlijk geen garantie dat dit niet gaat gebeuren, maar het is in ieder geval hetgeen waarvoor ik als dans- bewegingstherapeute kan zorgen om de cliënt de nodige ruimte en sfeer te bieden, die hij/zij nodig heeft om zich te kunnen ontwikkelen en te leren op een functionele manier met fysieke nabijheid en de eigen lichamelijke grenzen om te gaan.

Therapeutische tools: Tenslotte vormen ook de therapeutische tools, die ik gebruiken kan om na te gaan of en wanneer fysiek contact geïndiceerd is bij een getraumatiseerd asielzoeker, een werkmodel, dat ik dankzij dit onderzoek kon vernieuwen. Zo weet ik intussen dat ik drie instrumenten ter beschikking heb, waarmee ik kan verifiëren of ten eerste de cliënt daadwerkelijk de behoefte heeft aan fysiek contact en ten tweede in hoeverre (tegen)overdracht een rol speelt in het contact tussen cliënt en therapeut. Dit kan ik doen met behulp van verbale controle door bij de cliënt na te vragen, observatie door te kijken wat er lichamelijk bij de cliënt gebeurt, en zelfcontrole door na te gaan of er

sprake is van (tegen)overdrachts-gevoelens. Ook heb ik kunnen achterhalen waarop ik tijdens het observeren precies moet letten. Ik zal in de toekomst vooral op veranderingen in shape flow en effort flow letten. Vooral wanneer deze veranderingen plotseling gebeuren en de cliënt opeens in het contact met mij als therapeut of medecliënten lichamelijk groeit of krimpt en de intentie van de beweging verandert, neem ik dat als teken dat er waarschijnlijk sprake is van (tegen)overdracht danwel de situatie te onveilig is voor de cliënt om fysiek contact in te kunnen zetten. Natuurlijk kan een cliënt ook naderen juist omdat het veilig voor hem is of hij/zij behoefte heeft aan nabijheid/fysiek contact. Daarom is het belangrijk shape flow en effort flow in combinatie met elkaar te observeren en niet los van elkaar of de betreffende situatie te analyseren. Ook het proces van observatie – interventie – observatie – evaluatie is een aspect voor mij waarvan ik in de toekomst meer gebruik zal maken, vooral wanneer verbale controle op grond van taalverschillen niet mogelijk is. Zo zal ik bijvoorbeeld heel rustig de hand van een cliënt aanraken, wanneer ik zie dat ik in de persoonlijke ruimte van de cliënt mag. Volgt een lichamelijke reactie op shape- en effortniveau, zoals dat de cliënt plotseling ineenkrimpt, zich terugtrekt of verstijfd, is dit een signaal voor mij dat de lichamelijke draagkracht van de cliënt nog niet groot genoeg was om fysiek contact te verdragen. Wanneer de cliënt echter zijn bewegingen niet plotseling verandert noch in vorm noch in intentie, is dit voor mij de informatie dat het fysiek contact blijkbaar gepast is en de cliënt de nodige draagkracht hiervoor heeft. Door de observatie dus te evalueren, kom ik erachter of de manier, waarop ik fysiek contact in heb gezet, functioneel was of niet. Vervolgens kan ik aan de hand van de intensiteit van de reactie concluderen of iedere vorm aan fysiek contact te ver gaat of dat er misschien zelfs meer fysiek contact nodig is. Wanneer de cliënt bijvoorbeeld alleen terugschrikt, maar verder met mij in contact blijft, bijvoorbeeld door middel van oogcontact, weet ik dat het fysiek op dat moment te dichtbij kwam, maar dat het net nog draagbaar was. De cliënt kon het nog dragen, hij/zij heeft zich niet voor mij af moeten sluiten. Verlies ik op het moment van de aanraking echter volledig het contact met de cliënt, omdat hij/zij bijvoorbeeld begint te dissociëren of in paniek te raken, is dit een teken dat hoogstwaarschijnlijk iedere vorm aan fysiek contact ondraagbaar is voor de cliënt. Hiervoor hoef ik gelukkig echter niet bang te zijn, want als ik de eerder genoemde drie therapeutische tools ter verificatie heb gebruikt, zal ik altijd voldoende informatie moeten hebben om dergelijke negatieve effecten bij de cliënt te voorkomen. Dit besef geeft me ontzettend veel rust en het nodige houvast om in de toekomst op een professionele, verantwoorde manier met fysiek contact bij getraumatiseerde asielzoekers om te kunnen gaan.

5.3.3 Vergelijking oude en nieuwe werkmodellen

Als ik nu terugkijk op de casus 'de knoop', wordt me bewust dat ik heel veel kennis omtrent een veilige en functionele inzet van fysiek contact bij getraumatiseerde asielzoekers niet had. Dit begint al bij de therapeutische relatie en het feit dat ik me helemaal niet bewust was van de (tegen)overdrachts-gevoelens, die er op dat moment speelden. Zo weet ik nu, na afloop van dit onderzoek en nadat ik bijna een jaar de tijd had om over alle ervaringen en indrukken uit de stage en het werken met de asielzoekers te reflecteren en het meegemaakte een plek te geven, dat ik op dat moment werd geleid door mijn eigen behoefte. Had ik dat toen geweten, en welke effecten dit op een getraumatiseerde cliënt in een zo kwetsbare positie kan hebben, had ik het fysiek contact nooit op die manier ingezet: zonder specifieke achtergrondinformatie over de cliënten, zonder vakkennis omtrent fysiek contact en trauma en zonder überhaupt bij de mogelijke consequenties stil te blijven staan. Ook aan de nodige randvoorwaarden was niet voldaan op het moment van de aanraking. Zo heb ik de cliënt niet laten weten dat ik van plan ben om hem aan te raken, noch heb ik hem gevraagd of hij dat wil of niet. En een uitleg over het doel van het fysiek contact heb ik hem ook niet gegeven. En waarschijnlijk, omdat het vanuit mijn behoefte kwam, had ik ook geen therapeutisch verantwoordde uitleg kunnen geven. Verder heb ik ook niet ervoor gezorgd dat ik in mijn houding rustig, voorspelbaar en transparant was. Ik herinner me dat ik redelijk ontspannen was, omdat ik me ondanks zijn boosheid en opwindning veilig in het contact met de cliënt voelde. Maar ik was niet gegrond, anders had ik gevoeld dat er sprake was van tegenoverdracht. En ik was ook niet voorspelbaar, want ik had hem nog nooit eerder over zijn rug gestreken en hij had dit nooit kunnen voorzien. Zoals ik al schreef, was ik ook definitief niet transparant, want ik gaf hem geen inzicht in de beweegredenen voor mijn handelen. Tenslotte had ik toen ook geen van de therapeutische tools gebruikt. Noch heb ik gebruik gemaakt van de verbale controle, noch van de zelfcontrole. Natuurlijk had ik hem geobserveerd. Wat ik zag, was dat hij zich steeds meer verloor in zijn boosheid en opwindning. Zijn ademhaling werd sneller en oppervlakkiger, met betrekking tot de shape flow was te zien hoe hij groeide door zich te openen en te rijzen en zijn bewegingen werden steeds meer ongecontroleerd, sneller en krachtiger. Alle tekenen, dat er sprake was van (tegen)overdracht waren zichtbaar, maar omdat ik dit niet wist, interpreteerde ik ze anders.

Wat ik waarnam, was iemand die de grond onder zijn voeten verloor en door hem aan te raken, probeerde ik hem terug te gronden. Maar ik probeerde ook er voor hem te zijn, hem te laten voelen dat ik er was en dat ik hem mocht. Waarom ik dit wilde, heeft te maken met bepaalde tegenoverdrachtsgevoelens, waarop ik in het kader van deze discussie niet nader in wil gaan. Ik maakte dus gebruik van observatie als therapeutisch instrument, maar ik miste de nodige kennis om de observaties te kunnen gebruiken als verificatie van de vraag of fysiek contact al dan niet kan worden ingezet.

Als ik dit zo lees, neig ik te zeggen toen alles fout te hebben gedaan. Maar ik geloof erin dat er geen goed of fout bestaat, vooral niet in het werken met mensen. Ik kan met zekerheid zeggen dat ik intuïtief, gedeeltelijk onbewust, onprofessioneel en onverantwoord heb gehandeld. Maar ik heb geluk gehad: ik mocht deze leerervaring opdoen, begeleid door twee vaardige hulpverleners en onder de veiligheid van de stage. Ik heb geluk gehad, omdat er behalve een kneep verder geen schade is ontstaan, noch lichamelijk noch emotioneel. Ik heb geluk gehad, omdat ik het contact tot de cliënt niet heb verloren. Ik heb geluk gehad, omdat deze ervaring de aanleiding vormde voor dit mooie onderwerp van mijn afstudeerscriptie en omdat ik hierdoor nieuwe kennis op kon doen en mijn professionaliteit kon vergroten. Daarom ben ik dankbaar voor de fouten, die ik heb gemaakt, omdat hierdoor kon groeien en me ontwikkelen.

Samenvatting

Toen ik tijdens mijn derdejaarsstage werkte met volwassen getraumatiseerde asielzoekers kwam ik in aanraking met de ambivalentie tussen de behoefte van de asielzoekers aan fysiek contact en nabijheid enerzijds en het risico op angst- en paniekaanvallen, flashbacks, dissociatie en retraumatisering door de inzet van fysiek contact anderzijds. Dit vormde de aanleiding voor mij om door middel van dit afstudeeronderzoek aan de ene kant meer kennis en inzicht te verkrijgen over welke invloed de inzet van fysiek contact op lichamelijk, psychisch en emotioneel gebied heeft op getraumatiseerde asielzoekers, en aan de andere kant te achterhalen welke concrete therapeutische instrumenten er zijn om te verifiëren of fysiek contact bij de dans- bewegingstherapeutische behandeling van getraumatiseerde asielzoekers wel of niet geïndiceerd is. Daarnaast doelde ik met behulp van dit onderzoek mijn werkmodellen te onderzoeken en waar nodig aan te passen of bij te stellen conform de eisen van de opleiding creatieve therapie dans en beweging aan een vierdejaars student.

De centrale vraagstelling van dit afstudeeronderzoek luidde:

Hoe kan de dans- bewegingstherapeut nagaan of fysiek contact ingezet kan worden bij de behandeling van volwassen getraumatiseerde asielzoekers?

Om een antwoord te geven op bovenstaande vraag is voor dit onderzoek gekozen voor een kwalitatieve casestudy, waarbij de constante afwisseling tussen dataverzameling en –analyse belangrijke kenmerken zijn. Door gebruik te maken van zowel literatuurstudies als ook interviews met vaktherapeuten en observatie als dataverzamelingstechnieken, heeft er triangulatie plaatsgevonden. Hierdoor konden de verschillende informatiebronnen geanalyseerd en de daaruit volgende resultaten met elkaar vergeleken worden.

De resultaten hebben aangetoond dat de intuïtie van de dans- bewegingstherapeut en de behoefte van de cliënt de aanleidingen vormen voor de inzet van fysiek contact. Wederzijds beïnvloedt worden deze twee aspecten door overdracht en tegenoverdracht. De stap, die genomen moet worden om erachter te komen of de inzet van fysiek contact bij een getraumatiseerde asielzoeker in een bepaald moment gepast is of niet, is de verificatie. Zo kwam door de interviews met de vaktherapeuten naar voren dat er in totaal drie therapeutische tools/instrumenten zijn, die de dans- bewegingstherapeut ter beschikking heeft om na te kunnen gaan of de inzet van fysiek contact bij getraumatiseerde asielzoekers gepast is of niet. Het gaat hierbij om de volgende drie instrumenten:

- Verbale controle: De therapeut vraagt aan de cliënt of die behoefte heeft aan fysiek contact.
- Observatie: De therapeut kijkt wat er lichamelijk en op bewegingsniveau bij de cliënt gebeurt.
- Zelfcontrole: De therapeut gaat na of er sprake is van (tegen)overdracht.

De verificatie zou moeten leiden tot veiligheid. Wanneer deze veiligheid is gebaseerd op de conclusie dat fysiek contact daadwerkelijk geïndiceerd is, kan fysiek contact als interventie ingezet worden.

Uit de resultaten concludeer ik dat fysiek contact bij volwassen getraumatiseerde asielzoekers ingezet kan worden, wanneer er aan de volgende vier voorwaarden voldaan is:

- De cliënt heeft behoefte aan fysiek contact.
- De cliënt heeft voldoende lichamelijke draagkracht voor fysiek contact, d.w.z. fysieke aanraking leidt niet tot flashbacks, dissociatie en/of hertraumatisering.
- De inzet van fysiek contact als therapeutische interventie heeft een meerwaarde voor het creatief therapeutische proces van de cliënt.
- De dans- bewegingstherapeut heeft alle drie verificatie-instrumenten toegepast en hieruit af kunnen leiden dat de inzet van fysiek contact bij de cliënt geïndiceerd is.

Zowel voor mij persoonlijk als ook voor andere dans- bewegingstherapeuten vormen met name de drie verificatie-instrumenten concrete handvaten, waarmee nagegaan kan worden of fysiek contact bij een getraumatiseerde asielzoeker in een bepaalde situatie wel of niet ingezet kan worden. Hierdoor kan op een adequate manier met fysiek contact omgegaan worden en kan de dans- bewegingstherapeut de lichamelijke en emotionele grenzen van de getraumatiseerde asielzoekers als ook de eigen grenzen beter bewaken. Dit vergroot de bekwaamheid van de dans- bewegingstherapeut en zorgt voor meer veiligheid wat de therapeutische relatie en als gevolg hiervan ook de kwaliteit van de behandeling van de cliënten ten goede komt.

Literatuurlijst

Boeken

- American Psychiatric Association (2001). *Beknopte handleiding bij de Diagnostische Criteria van de DSM-IV-TR*. Amsterdam: Harcourt Assessment BV.
- Baarda, D., Goede, M. de, & Teunissen, J. (2005). *Basisboek kwalitatief onderzoek: handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek*. Groningen/Houten: Wolters-Noordhoff bv.
- Berne, E. (2005). *Transaktionsanalyse der Intuition. Ein Beitrag zur Ich-Psychologie*. Paderborn: Junfermann Verlag.
- Boeije, H. (2005). *Analyseren in kwalitatief onderzoek. Denken en doen*. Amsterdam: Boom.
- Boswijk-Hummel, R. (1997). *Liefde in wonderland. Overdracht en tegenoverdracht in de hulprelatie*. Haarlem: De Toorts.
- Callaghan, K. (1998). In Limbo: Movement Psychotherapy with Refugees and Asylum Seekers. In D. Dokter (Ed.), *Arts Therapists, Refugees and Migrants: Reaching Across Borders* (pp. 25-40). London/Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.
- Damasio, A.R. (2006). *Ich fühle also bin ich. Die Entschlüsselung des Bewusstseins*. Berlin: List.
- Goodill, S. (2005). *An introduction to medical dance/movement therapy: health care in motion*. London/Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.
- Heerink, M., Pinkster, S., & Bratti-van der Werf, M. (2009). *Onderzoek in zorg en welzijn. Een praktische inleiding*. Amsterdam: Pearson Education Benelux.
- Hunter, M., & Struve, J. (1997). *The ethical use of touch in psychotherapy*. London: Sage.
- Johnson, D.R. (2009). Developmental transformations: towards the body as presence. In D.R. Johnson & R. Emunah (Eds.), *Current approaches in drama therapy* (pp. 89-116). Illinois: Charles C Thomas.
- Kaechele, E.M. (2007). The regulation of interpersonal relationships by means of shape flow: a psychoeducational intervention for traumatized individuals. In S. Bender & C. Koch (Eds.), *Movement Analysis – Bewegungsanalyse. The Legacy of Laban, Bartenieff, Lamb and Kestenberg* (p. 203). Berlin: Logos.
- Kertay, L., & Reviere, S.L. (1998). Touch in context. In E.W.L. Smith, P.R. Clance & S. Imes (Eds.), *Touch in Psychotherapy: Theory, research, and practice* (pp. 16-35). New York: The Guilford Press.
- Krikilion, W. (2006). *De therapeutische relatie*. Antwerpen/Apeldoorn: Garant.
- Layne, C.M., Warren, J.S., Saltzman, W.R., Fulton, J.B., Steinberg, A.M., & Pynoos, R.S. (2006). Contextual influences on posttraumatic adjustment: Retraumatization and the roles of revictimization, posttraumatic adversities and distressing reminders. In L.A. Schein, H.I. Spitz, G.M. Burlingame, P.R. Muskin & S. Vargo (Eds.), *Psychological effects of catastrophic disasters: Group approaches to treatment* (pp. 235-286). New York: Haworth Press.
- Lucassen, P.L.B.J., & Olde-Hartman, T.C. (2007). *Kwalitatief onderzoek: praktische methoden voor de medische praktijk*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Meekums, B. (2008). Symbolism in clinical supervision. Moving beyond logic. In H. Payne (Ed.), *Supervision of dance movement psychotherapy. A practitioner's handbook* (pp. 18-32). East Sussex: Routledge.
- Migchelbrink, F. (2007). *Praktijkgericht onderzoek in zorg en welzijn*. Amsterdam: SWP.
- Molen, H.T. van der, Perreijn, S., & Hout, M.A. van den (2007). *Klinische psychologie. Theorieën en psychopathologie*. Groningen/Houten: Wolters-Noordhoff.
- Nicolai, N. (2007). Overdracht en tegenoverdracht bij traumabehandelingen. In P.G.H. Aarts & W.D. Visser (Eds.), *Trauma. Diagnostiek en behandeling* (pp. 345-370). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Pallaro, P. (2007). Somatic countertransference: The therapist in relationship. In P. Pallaro (Ed.), *Authentic Movement: Moving the Body, Moving the Self, Being Moved. A Collection of Essays, Volume Two* (pp. 176-193). London/Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.
- Rothschild, B. (2000). *The body remembers: The psychophysiology of trauma and trauma treatment*. New York/London: W.W. Norton & Co., Inc.
- Rothschild, B. (2002). Body psychotherapy without touch: applications for trauma therapy. In T. Staunton (Ed.), *Body psychotherapy* (pp. 101-115). East Sussex: Routledge.
- Smeijsters, H. (2005). *Praktijkonderzoek in Vaktherapie*. Bussum: Uitgeverij Coutinho.
- Smeijsters, H. (2006). *Handboek muziektherapie*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

- Smeijsters, H. (2008). *Handboek creatieve therapie*. Bussum: Uitgeverij Coutinho.
- Swanborn P.G. (2002). *Basisboek sociaal onderzoek*. Amsterdam: Boom.
- Totton, N. (2003). *Body Psychotherapy: An introduction*. Maidenhead: Open University Press.
- Vandereycken, W., & Deth, R. van (2004). *Psychiatrie: Van diagnose tot behandeling*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Verhoeven, N. (2005). *Wat is onderzoek? Praktijkboek methoden en technieken voor het hoger beroepsonderwijs*. Amsterdam: Boom.
- Vloeberghs, E., & Bloemen, E. (2005). *Uit lijfsbehoud. Lichaamsgericht werken met vluchtelingen in de ggz*. Utrecht: Stichting Pharos.
- Yin, R. K. (2009). *Case Study Research. Design and Methods, Fourth Edition*. California: SAGE Publications Inc.

Artikelen

- Hänsel, M., Zeuch, A., & Schweitzer, J. (2002). Erfolgsfaktor Intuition - Geistesblitze in Organisationen. *Zeitschrift für Organisationsentwicklung*, (1), 40-51.
- Laban C.J., Gernaat H.B.P.E., Komproe, I.H., et al. (2004). Impact of a long asylumprocedure on the prevalence of psychiatric disorders in Iraqi asylumseekers in the Netherlands. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 192, 843-852.
- Rothschild, B. & Oakes, L. (2002). The Body Remembers: an Interview with Babette Rothschild. *Psychotherapy in Australia*, 8 (2), 26-28.
- Veer, G. van der (2004). Praktische uitgangspunten van psychotherapie met vluchtelingen. *Tijdschrift voor psychotherapie*, 30 (5), 320-330.
- Young, C. (2008). The power of touch in psychotherapy. *Journal for body, movement & dance in psychotherapy*, 3(2), 125-132.

Scripties

- Haasnoot, B. (2005). *Tijdelijk geborgen. Hechting in een kindertehuis*. Niet-gepubliceerde scriptie, Amsterdam, Hogeschool van Amsterdam, opleiding sociaal pedagogische hulpverlening.
- Janssen, R. (2009). *Verliefd of (tegen-)overdracht? Het herkennen van (tegen-)overdracht binnen dans- bewegingstherapie*. Niet-gepubliceerde scriptie, Heerlen, Hogeschool Zuyd, faculteit gezondheidszorg.

Internet

- COA (2011). *Feiten en cijfers*. Geraadpleegd op 12 februari 2011 op het World Wide Web: <http://www.coa.nl/NED/website/page.asp?menuid=101>
- Marwijk, F. van (n.d.). *Inzicht in interculturele lichaamstaal*. Geraadpleegd op 9 mei 2011 op het World Wide Web: <http://www.lichaamstaal.nl/manager/intercultureel.html>.
- Vluchtelingenwerk Nederland (2011). *Wie is asielzoekers?* Geraadpleegd op 12 februari 2011 op het World Wide Web: <http://www.vluchtelingenwerk.nl/vluchtelingen/wie-is-asielzoeker.php>.
- Zur, O., & Nordmarken, N. (2010). *To Touch Or Not To Touch: Exploring the Myth of Prohibition On Touch In Psychotherapy And Counseling*. Geraadpleegd op 30 maart 2011 op het World Wide Web: <http://www.zurinstitute.com/touchintherapy.html>.

Overigen

- Cilissen-Ysermans, A. (2009). *Cliënt – Therapeut – Medium: Een wisselwerking*. Niet-gepubliceerde module. Heerlen, Hogeschool Zuyd, faculteit gezondheidszorg.
- Gerritsen, A.A.M., Ploeg, H.M. van der, Devillé, W., & Lamkaddem, M. (2005). *'Gevlucht – Gezond?' Een onderzoek naar de gezondheid van, en het zorggebruik door asielzoekers en vluchtelingen in Nederland*. Utrecht: Nivel, VU medisch centrum.
- Keulen, I. van (2007). *Dans in beweging: Een conceptueel model voor dans-bewegingstherapie*. Niet gepubliceerd werkstuk. Heerlen, Hogeschool Zuyd, faculteit gezondheidszorg.
- Naslagwerk (2007). *Vernieuwen van werkmodellen en uitvoeren van praktijkonderzoek*. Niet-gepubliceerd werkstuk, Heerlen, Hogeschool Zuyd, faculteit gezondheidszorg.
- Reesink, G. (2004). *Geestelijke gezondheid bij asielzoekers in Noord Nederland. Een epidemiologisch onderzoek in de provincies Groningen, Drenthe en Friesland*. Groningen: MOA Noord Nederland.
- Willigen, L. van (2009). *Zorg voor Asielzoekers met Psychische Problemen – Literatuurstudie*. Amsterdam: ASKV/Steunpunt Vluchtelingen.

