

Dansend naar positiviteit



Een actiegericht onderzoek naar de positieve bijdrage van
het lichamelijk, sociaal en expressief aspect binnen dans-
en bewegingstherapie bij volwassenen met
psychosomatische klachten

Naam: N. Cooijmans
Opleiding: Creatieve therapie dans en beweging
Studentennummer: 1143387
Begeleider: Ina van Keulen

Hogeschool Zuyd Heerlen, Faculteit Gezondheid en Zorg 3 juni 2015

Inhoudsopgave

Inhoudsopgave	2
Voorwoord	4
Inleiding	5
1. Probleemstelling	6
1.1 Aanleiding	6
1.2 Rol van het medium.....	7
1.3 Doelgroep	7
1.4 Zoekstrategie	8
1.5 Resultaten uit de literatuur.....	8
1.6 Belangrijke begrippen	10
1.7 Relevantie van dit onderzoek	10
1.8 De vraagstelling.....	11
1.9 De doelstelling	11
2. Onderzoeksmethode	12
2.1 Onderzoekstype	12
2.2 Onderzoeksmethode	12
2.3 Voorfase	12
2.4 Oriëntatiefase	13
2.5 Diagnostische fase	13
2.6 Ontwikkelfase	14
2.6.1 Dataverzamelingstechnieken	14
2.6.2 Aspecten en werkvormen van de behandeling	16
2.7 Actiefase	18
2.8 Eindevaluatie	21
2.9 Kwaliteitscriteria.....	22
3. Resultaten.....	23
3.1 Procesevaluatie	23
3.2 Productevaluatie	25
3.2.1 Analyse kwantitatieve gegevens	25
3.2.2 Analyse kwalitatieve gegevens.....	29
3.2.3 Vergelijking kwantitatieve en kwalitatieve gegevens.....	34
4. Discussie	36
4.1 Verklaring en interpretatie van de resultaten.....	36
4.2 Sterkte/ zwakte analyse van het onderzoek.....	39
4.3 Beantwoording van de vraagstelling	40
4.4 Aanbevelingen voor de praktijk en vervolgonderzoek.....	41
4.5 Methodisch handelen	41

5. Samenvatting.....	43
De bronvermelding	44
Bijlagen	45
Bijlage 1: De PICO-vraag	45
Bijlage 2: Zoekgeschiedenis.....	46
Bijlage 3: Vragenlijst vooraf en achteraf	47
Bijlage 4: Openvragen achteraf	49
Bijlage 5: LMA coding sheet	50

Voorwoord

Zou willen schelden, slaan en schoppen.
Even alles kwijt.
Even niet te hoeven denken aan die nare pijn.
Zou willen lachen, huilen van geluk.
Even weer wat leukers.
Gewoon een keer blij zijn.
Even een keer geen pijn (“[Teksten En Citaten Mystiek En Spiritualiteit],” n.d.).

Lichamelijke klachten zijn een veel voorkomend iets, elke persoon kan er zich in inleven. Maar wat nu als dit je leven beheerst, het je belemmert in je dagelijkse bezigheden? Hoe fijn zou het dan zijn om even niet aan de pijn te hoeven denken en weer wat positiever in het leven te kunnen staan?

Voor mensen met psychosomatische klachten is dit vaak een grote wens, maar lijkt onbereikbaar. De dokter kan de medische oorzaak van de lichamelijke pijn niet vinden, geeft medicatie, een verwijzing voor de psycholoog of stuurt de patiënt zonder verklaring naar huis. De psycholoog pakt de psychische pijn aan, maar kan niet helpen de lichamelijke klachten te verminderen.

Het is lastig om een juiste behandeling te vinden voor je psychosomatische klachten, dat heb ik ook zelf ondervonden. Op de middelbare school had ik veel last van mijn enkel, het duurde een tijd voordat er uit kwam wat ik precies had. Er viel niets te zien vanaf de buitenkant, waardoor mensen in mijn omgeving het niet begrepen en me veroordeelde. Ik kreeg hierdoor veel last van spanning, werd angstig en de pijn in mijn enkel werd alleen maar erger. Uiteindelijk kwam eruit dat ik het hypermobiliteitssyndroom had. Hierbij zijn je banden en pezen te soepel, waardoor je gewrichten niet genoeg steun krijgen en te beweeglijk worden. De diagnose gaf wat meer rust, maar de acceptatie en ermee weten om te gaan, was er nog niet. Door de opleiding dans- en bewegingstherapie kreeg ik dit wel. Ik leerde mijn lichaam en syndroom te accepteren en respecteren, mogelijkheden ontdekken i.p.v. naar de beperkingen te kijken. Hierdoor nam de spanning af en kon ik meer genieten van mijn leven. Dit is een voorbeeld waarbij een lichamelijke klacht kan zorgen voor psychosomatische klachten zoals spanning en stress, maar het kan ook andersom werken. Er vindt bijvoorbeeld een traumatische ervaring plaats, waardoor je klachten ervaart in je lichaam. De lichamelijke klacht wordt dan veroorzaakt door iets in je psyche. Ook hiermee heb ik zelf ervaring. Dit kan je lezen in hoofdstuk 1 onder paragraaf 1.2 resultaten.

Mijn eigen ervaring en de ervaring tijdens mijn derdejaars stage op de afdeling psychotrauma hebben ertoe geleid dat ik bij dit onderzoek betrokken ben geraakt. Het is ook mijn motivatie geweest om te onderzoeken wat de bijdrage kan zijn van dans- en bewegingstherapie bij het verbeteren van de kwaliteit van leven bij psychosomatische klachten.

Dit onderzoek en het schrijven van de scriptie had niet plaats kunnen vinden zonder een aantal betrokkenen die ik graag wil bedanken. Allereerst wil ik Ina van Keulen bedanken voor de uitnodiging om een bijdrage te leveren aan het onderzoek vanuit KenVak. Ik vond het een hele eer om gevraagd te worden en het heeft me erg gesteund. Ook wil ik Ina bedanken voor de begeleiding, ondersteuning en kennis tijdens de scriptie.

Ik wil graag Leonie Jüergens bedanken voor de samenwerking tijdens de uitvoering van het onderzoek en het uitwerken van de resultaten. Ik ben erg blij dat ze open stond voor een samenwerking met mij, dat we elkaar goed hebben kunnen aanvullen en samen een kritische blik hebben gehad.

Ook wil ik graag de deelnemers aan het onderzoek bedanken voor hun openheid en vertrouwen in Leonie en mij. Het was mooi om te ervaren dat leerlingen van de hogeschool openstaan voor een onderzoek vanuit dans- en bewegingstherapie en hun eigen lichaam. Daarnaast wil ik mijn papa bedanken voor het doorlezen van mijn scriptie op spelling en grammatica, wat voor mij veel spanning heeft weggenomen door mijn dyslexie.

Ik wil mijn klas, familie en mijn vriend Maarten bedanken voor hun vertrouwen en de steun die ik heb mogen ontvangen. Zonder dit was het me niet gelukt om überhaupt te beginnen aan mijn scriptie!

Inleiding

Deze scriptie is het eindresultaat van een actiegericht onderzoek naar dans- en bewegingstherapie bij volwassenen met psychosomatische klachten.

In hoofdstuk 1 zijn de probleemstelling, vraagstelling en doelstelling uitgewerkt. Hierbij gaat het om de aanleiding van dit onderzoek en het uitgangspunt hiervan. In dit hoofdstuk worden ook de resultaten uit de literatuur beschreven en de belangrijkste begrippen gedefinieerd.

De relevantie van dit onderzoek voor mij als therapeut, het werkveld en voor de patiënten wordt uitgelegd.

De hoofdvraag, subvragen en de doelstelling worden beschreven.

In hoofdstuk 2 is het onderzoekstype en de onderzoeksmethode uitgewerkt. Hierin staat waarom ik heb gekozen voor ontwikkelingsgericht en actiegericht onderzoek en waarom dit passend is bij de vraagstelling.

In hoofdstuk 3 is de evaluatie van het onderzoek uitgewerkt. Er wordt beschreven hoe de data zijn geanalyseerd en welke technieken er zijn gebruikt. De procesevaluatie en productevaluatie worden in dit hoofdstuk ook beschreven.

Hoofdstuk 4 zijn de discussie en conclusie van het onderzoek uitgewerkt. Methodisch handelen en aanbevelingen voor vervolgonderzoek komen hier aan bod.

Tot slot is er een beknopte samenvatting van deze scriptie. Hierin staan de inhoud, de resultaten en de conclusie samengevat.

1. Probleemstelling

In het eerste hoofdstuk wordt beschreven waarom er is gekozen voor dit onderzoek. De motivatie, ervaringen en literatuurstudie komen aanbod. De belangrijkste begrippen worden gedefinieerd en weergegeven in een begrippenlijst. De relevantie van het onderzoek voor het werkveld, de patiënten en de student wordt beschreven. Als laatste in dit hoofdstuk komen de vraagstelling en de doelstelling aan bod.

1.1 Aanleiding

In april 2014, tijdens de terugkomweek van fase 3, werd ik door mijn docente Ina van Keulen gevraagd of ik mee wilde werken aan een onderzoek gestuurd vanuit KenVak. KenVak is een kenniskring gericht op het vergroten van de kennis omtrent vaktherapieën. Het lectoraat bestaat uit een kernteam, een primaire kenniskring en een secundaire kenniskring en staat onder leiding van lector Dr. Susan van Hooren. KenVak is een nationaal samenwerkingsverband tussen Hogeschool Zuyd, Hogeschool Utrecht, ArtEZ Hogeschool voor de kunsten, Codarts Rotterdam en Stenden Hogeschool, die allen opleidingen in vaktherapie aanbieden.

Het onderzoek vanuit KenVak zou gaan over psychosomatiek bij volwassenen, maar meer was er voor mij nog niet duidelijk over. Wel werd me duidelijk dat het een hele mooie kans was en dat het voor ons vakgebied belangrijk is om grotere onderzoeken te doen.

In de laatste paar maanden van mijn stage ben ik gaan kijken hoe psychosomatiek terug kwam bij mijn doelgroep. Omdat ik er nog nooit echt bij stil had gestaan, viel het me nu pas echt op dat veel patiënten last hadden van psychosomatische klachten. De klachten waren voor mij al wel bekend, maar niet de naam daarbij.

Vanuit KenVak is er een brief opgesteld om samenwerkingspartners te werven om zo, vanuit het werkveld, concrete vragen te krijgen en op deze manier subsidie te kunnen krijgen.

Het onderzoek heeft het doel om evidence based practice te ontwikkelen in combinatie met de opleidingen en het werkveld.

De voorlopige vraagstelling vanuit KenVak is: *Wat kan de specifieke bijdrage zijn van dansbewegingstherapie in de hulpverlening aan patiënten/cliënten met somatische klachten ter verbetering van kwaliteit van leven.*

Deze vraagstelling is opgesteld vanuit eerdere verkenning, waarbij naar voren kwam dat de kwaliteit van leven een belangrijk thema is. Problemen die hierin worden genoemd zijn: stemming, negatief zelfbeeld/lichaamsbeeld, coping/omgaan met problemen, sociaal aspect/isolement.

Het onderzoek is verdeeld in drie categorieën, waarbij ik vanuit mijn stage zal aansluiten bij de categorie van patiënten met somatische klachten waarvoor geen duidelijke somatische oorzaak gevonden wordt. Hieronder vallen trauma, chronische pijn en onverklaarbare lichamelijke klachten OLK.

Voor deze patiënten is er beperkt behandelaanbod, terwijl deze populatie groeiende is. De patiënten ervaren vaak veel hinder in hun dagelijks leven, waardoor ze niet kunnen deelnemen aan werk of studie. In de relevantie van het onderzoek kom ik hier nog op terug.

Tijdens mijn stage bij PsyQ Haaglanden, op de afdeling psychotrauma, werden er veel patiënten naar PMT doorgestuurd om letterlijk contact te maken met het lichaam. Veel patiënten hebben door hun trauma het contact met hun lichaam verbroken, om zo te kunnen overleven. Door op een veilige manier weer contact te maken met het lichaam, door bijvoorbeeld een bodycheck te doen of te gronden, ervoeren de meeste patiënten hun lichaam weer als deel van zichzelf. Dit kon ik opmaken door een mondelinge reflectie met de patiënten en het kunnen benoemen van spanningen en ontspanning in het lichaam.

Een mooi voorbeeld hiervan was de patiënt die ik gebruikt heb voor mijn eindopdracht van stage. Meneer A. had veel last van spanningen in zijn lichaam en wilde hier vanaf. Ook had hij een laag zelfbeeld. Zijn eigen idee hierover was dat hij graag wat ontspanningsoefeningen wilde leren en dan zouden zijn spanningen wel afnemen en was alles opgelost. Na een aantal sessies kwam meneer A. erachter dat alleen ontspanningsoefeningen niet voldoende waren, maar hij eerst contact moest maken met zijn lichaam om precies zijn behoefte te voelen. Na meerdere sessies te zijn begonnen met een bodycheck, merkte A. steeds meer op in zijn lichaam. Hij merkte verschillende sensaties op in plaats van alles te benoemen als spanning en niet goed. Door dit inzicht werd er daarna ruimte gecreëerd om te ontspannen en plezier te ervaren.

Een ander voorbeeld van psychosomatische klachten was mevrouw K. Deze mevrouw kwam van de afdeling somatiek en psyche af en had fibromyalgie, een chronisch pijnsyndroom. Mevrouw K. had

veel last van spanningen en slapeloosheid. Ze veroordeelde dit en dat zorgde ervoor dat ze erg neerslachtig was. Ook had ze het contact met haar vrienden verbroken vanuit onbegrip voor haar syndroom. Ze voelde zich niet meer gewaardeerd, terwijl ze een goede relatie had met haar vriend en een goede band had met haar ouders. Door met mevrouw K. te onderzoeken wat ze allemaal nog kon met haar lichaam en welke personen in haar leven van haar hielden, kwam er ruimte voor acceptatie van haar syndroom. Niet alles was negatief. Er waren zelfs meer positieve dingen in het leven van mevrouw K.

Hierdoor werd het mij duidelijk dat het belangrijk is om de positieve kanten te benadrukken om zo de kwaliteit van leven te vergroten.

Mijn eigen ervaring met psychosomatische klachten heeft er tijdens mijn stage voor gezorgd dat ik me goed kon inleven in de patiënten en aanvoelde wat er nodig was. Ik kon hierdoor realistisch zijn en patiënten de tijd geven om aan zichzelf te werken.

Mijn therapeutische attitude was over het algemeen structurerend en sturend. Ook zat ik vooral in de samen positie. De patiënten voelde zich hierdoor gezien door mij en niet aan hun lot over gelaten.

1.2 Rol van het medium

Dans kan ervoor zorgen dat een patiënt nieuwe ervaringen opdoet. In een dans- en bewegingssessie gebruikt de therapeut interventies op lichamelijk, sociaal en expressief gebied.

De patiënt komt in contact met zijn lichaam. Hij wordt zich bewust zijn eigen lichaam en de mogelijkheden van het lichaam. Door het lichaam in beweging te zetten heeft hij de regie over zijn eigen lichaam.

Volgens Chace is dans communicatie en dit vervult de basisbehoefte van de mens. Hierbij kun je denken aan de volgende doelen: interactie, delen met en steunen van elkaar, fysiek oefenen, expressie van emoties, groter worden van de zelfwaarde en het beleven van plezier (Levy, 1988).

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

Mensen die belemmerd worden in hun functioneren door emotionele problematiek, die samenhangt met hun persoonlijke ontwikkeling en persoonlijkheidstrekken, kunnen geholpen worden om een veranderingsproces in gang zetten. Door het verkrijgen van dit inzicht spelen ervaren en verbaliseren van lichaamssignalen en het ook lichamelijk kunnen uiten van gevoelens een belangrijke rol.

Lichamelijke sensaties, impulsen en spanningen, en ook de lichaamshouding en de motoriek geven inzicht in het lichamelijk beleven en handelen en de samenhang met het emotionele en cognitieve niveau van de klachten (van Hattum & Hutschemaekers, 2000, p. 34).

Door te leren ontspannen neemt de lichamelijke opwindings en spanning af en worden lichamelijke klachten en pijn minder als last ervaren (van Hattum & Hutschemaekers, 2000, p. 109).

Lichaams- en bewegingsgerichte oefeningen geven de gelegenheid tot het beleven van eigen (fysieke) kracht en het doorbreken van de gevoelens van onmacht. Aangrijpen bij de lichaamsbeleving geeft de mogelijkheid thema's als macht en onmacht te concretiseren en het patroon van verinnerlijkte onderdrukking inzichtelijk te maken (van Hattum & Hutschemaekers, 2000, p. 78).

1.3 Doelgroep

Psychosomatische klachten/onverklaarbare lichamelijke klachten (OLK):

"De gekwetste ziel praat via het lichaam".

Via het lichaam worden veel onverwerkte gevoelens en stress geuit. Psychosomatische klachten zijn lichamelijke klachten die een psychische oorzaak hebben. Dit betekent dat artsen geen lichamelijke verklaring voor de klachten kunnen vinden.

Lichaam en geest hebben invloed op elkaar. Geestelijke spanning kan ervoor zorgen dat er lichamelijke pijn ontstaat. Een voorbeeld hiervan is stress. Stress zorgt ervoor dat er lichamelijke klachten ontstaan, bijvoorbeeld pijn in het hoofd, in de nek of in de rug.

Het kan ook omgekeerd werken, dat lichamelijke klachten kunnen leiden tot stress. Iemand die lichamelijk ziek is, kan bijvoorbeeld last hebben van een neerslachtige/depressieve stemming ('fit in je hoofd,' z.j.).

Als de oorzaak van lichamelijke klachten onbekend blijft en de lichamelijke klachten niet behandeld kunnen worden, dan kunnen ze blijven bestaan. Klachten, die blijven bestaan, kunnen verergeren door automatische reacties van het lichaam op de klachten. Een voorbeeld hiervan is de reactie van het lichaam op pijn. Eén van de reacties op pijn is dat de spieren rondom de pijnplek automatisch aanspannen. Door dit automatisch aanspannen van de spieren ontstaat er een harde bescherm laag rondom de pijnplek. Deze harde bescherm laag is bedoeld om verdere beschadiging te voorkomen.

Deze automatische overlevingsstrategie van het lichaam zie je bijvoorbeeld als je ongelukkig valt en je knie blesseert. Om verdere blessure van de knie te voorkomen spannen de spieren rondom de knie zich aan. De knie wordt "gespalkt" door de spieren. Deze overlevingsstrategie is voor een korte periode positief. Als de pijn echter langer aanhoudt, dan kunnen patiënten last van deze overlevingsstrategie krijgen. Als spieren namelijk lang aangespannen blijven, dan verzuren de spieren. Dit verzuren leidt tot extra pijn, die bovenop de pijn komt die er al was. Er kan dan een neerwaartse spiraal ontstaan.

Lichamelijke klachten kunnen ook andere gevolgen hebben. Als gevolg van lichamelijke klachten kunnen activiteiten en contacten met anderen afnemen. Patiënten worden soms ook machteloos, angstig of somber van de klachten en hun lichamelijke conditie kan verloren gaan. Hierdoor neemt de kwaliteit van leven steeds verder af. De klachten gaan dan steeds meer het leven van deelnemers bepalen. Om deze neerwaartse spiraal te stoppen is een cursus 'Omgaan met de gevolgen van onverklaarde lichamelijke klachten' ontwikkeld, die patiënten weer de controle over hun eigen leven en lichaam teruggeeft ('Onverklaarde klachten,' z.j.).

1.4 Zoekstrategie

Voordat je aan het onderzoek begint, is het belangrijk om eerst in de bestaande literatuur te kijken wat er al onderzocht is. Om doelgericht en naar geschikte literatuur te zoeken wordt er een PICO vraag opgesteld. Hieronder vindt je de betekenis:

P: Population
I: Intervention
C: Comparison
O: Outcome

De PICO-vraag die voor dit onderzoek werd gebruikt staat in de bijlage.

De vraag zet je om in trefwoorden, waarmee je in databanken kunt zoeken. De trefwoorden heb ik gebruikt in Nederlands en Engels.

Er is ook gebruik gemaakt van de aangereikte literatuur van Ina van Keulen, zoals een artikel van Iris Bräuninger over welke dans therapeutische interventies er bruikbaar zijn voor mensen met psychosomatische klachten.

Ook is er gebruik gemaakt van de HBO- kennisbank, waar je scripties kunt vinden die passend zijn bij het thema. Op deze manier kun je kijken wat er al onderzocht is en waar je eventueel op in kunt spelen.

Ook heb ik gezocht in bibliotheek van Hogeschool Zuyd. Zo kwam ik bij verschillende boeken en artikelen uit vakbladen.

1.5 Resultaten uit de literatuur

In Smeijsters (2008) staat beschreven hoe Koch & Brauninger meerdere empirische studies hebben gedaan naar het effect van dans- en bewegingstherapie bij zowel psychosomatische klachten vanuit lichamelijke pijn als bij patiënten met lichamelijke klachten die gestuurd worden vanuit de psyche.

Verschillende soorten onderzoeken wijzen uit dat bijvoorbeeld dans- en bewegingstherapie bij kankerdeelnemers de kwaliteit van leven verbeterd. De patiënten zijn in staat om hun emoties uit te drukken, angst en depressieklachten verminderen en het zelfvertrouwen wordt vergroot.

Ook is er onderzoek gedaan naar patiënten die te maken hebben gehad met huiselijk geweld. De patiënten die dans- en bewegingstherapie hadden afgemaakt hebben minder stress en pijn, hebben minder depressieve klachten en hebben minder medicatie nodig. Zelfvertrouwen, lichaamsbeeld en zelfwaarneming nemen toe.

Om de kwaliteit van leven te verbeteren is het erg belangrijk om de psychosomatische klachten te verminderen. In de evaluatie van een pilot study (Payne, 2009) worden verschillende effecten benoemd na een danstherapeutische behandeling. Wat o.a. wordt benoemd is op een andere manier omgaan met problemen, minder stress en angst, geen of verminderd medicijngebruik, minder vermoeidheidsklachten en meer energie. Ook wordt er benoemd door de patiënten dat ze hun leefstijl veranderd hebben. Ze zijn weer gaan werken of studeren en het bezoek aan de dokter is verminderd. Brauninger (2014) heeft een onderzoek gedaan naar danstherapeutische interventies en de uitkomsten daarvan wat betreft de kwaliteit van leven, stressreductie en stressmanagement. Het verminderen van psychosomatische klachten werd vooral bereikt door het werken met thema's, dansimprovisatie en synchroniseert in de elementen ruimte en effort. Het ondersteunde de patiënten in hun dagelijks leven.

Lichaamsbeleving is vaak erg verstoord bij patiënten met psychosomatische klachten. Vaak veroordelen ze hun lichaam, omdat het lichaam hun tot last is. In een onderzoek dat is gedaan naar de vraag hoe getraumatiseerde patiënten hun lichaam beleven (Hoek & Scheffers, 2014) staat beschreven dat deze patiënten veel problemen ervaren op het gebied van lichaamsbeleving. Er wordt daaruit geconcludeerd dat het daarom belangrijk is om aandacht te hebben voor de verschillende manieren van lichaamsbeleving. Hieruit kan ik opmaken dat het belangrijk is als danstherapeut om ervoor te zorgen dat de patiënt veiligheid voelt in het lichaam, omdat dit anders teveel belemmert om verder te komen in het proces.

In een interview met psychomotorisch therapeut Andjanie Bahorie (tijdschrift voor vaktherapie, 2014, 2, jaargang 10) vertelt ze: “Het trauma dat is opgelopen, heeft negatieve invloed op het ervaren van gevoel. Dit kan zich onder andere uiten in gebrek aan contact met het lichaam, vermijden van gevoel en somatiseren”. Ze bevestigt hierin dat het belangrijk is om eerst vertrouwen te krijgen in je lichaam om zo het contact met je lichaam te verbeteren. Hierdoor wordt er plaats gemaakt voor het gevoel en zullen er minder lichamelijke klachten zijn.

In het eerste jaar kwam er een onverwerkt trauma van mezelf naar boven. Ik had het erg ver weg gestopt. Zo hoefde ik er niet meer aan te denken en was er niets aan de hand. Na een werkvorm in de lessen van TMV kwam het trauma naar boven. De lichamelijke klachten die daarbij omhoog kwamen, gingen niet meer weg en ik zakte steeds meer af. Ik had heel veel last van spanningen, negatieve gevoelens en vermoeidheid. Ik heb toen op het punt gestaan om te stoppen met de opleiding. Mijn zelfbeeld was heel laag, ik was neerslachtig en sloot me af voor contact met anderen. Ik ben hier uiteindelijk over gaan praten met een docent en zo terecht gekomen bij een psycholoog. Het praten met de psycholoog was verhelderend, maar ik had ook zeker baat bij de mediumlessen die ik op school kreeg. Ik maakte contact met mijn lichaam, leerde lichaamssignalen herkennen en ik leerde naar mezelf te kijken. Hiermee bedoel ik dat de gevoelens of sensaties die er in mijn lichaam voelbaar waren er mochten zijn en ik ze niet weg hoefde te stoppen. Het contact met de klas zorgde ervoor dat ik uit mijn isolement kwam, ik voelde me gezien en gewaardeerd. Uiteindelijk, om mijn trauma helemaal te verwerken en af te ronden, heb ik aan het einde van het jaar een uiting gegeven aan mijn verhaal. Ik heb letterlijk mijn verhaal verteld en het daarna omgezet in een dans die ik de klas en mijn docent heb laten zien. De veiligheid, die ik voelde in mijn eigen lichaam en in de groep, zorgde ervoor dat ik open kaart kon spelen en ik mijn proces kon afronden.

In mijn literatuuronderzoek kwam ik de scriptie tegen van een oud student van de opleiding Creatieve Therapie Dans en Beweging. Kerstens (2012) heeft onderzoek gedaan naar de vraag hoe je lichaamsgericht kunt werken met patiënten die OLK hebben binnen danstherapie en wat de uitwerking hiervan is. In haar onderzoek beschrijft ze hoe ze een actiegericht onderzoek heeft gedaan en wat eventueel een vervolgonderzoek hierop kan zijn. Kerstens is uitgegaan van het lichamenlijk aspect, maar heeft uiteindelijk het sociale en expressief aspect ook ingezet, terwijl ze deze niet uitgezocht had. Ze adviseert om te kijken welke werkvormen passen bij welk aspect en dit daarna te vergelijken met haar onderzoek.

Zelf heb ik tijdens de lessen op school een onderzoek gedaan naar de drie aspecten. In de les moesten we in groepjes een warming-up verzinnen die te maken had met één van de drie aspecten. Ik had op dat moment veel last van spanningen in mijn lichaam door het overlijden van een familielid van mij. Hierdoor kon ik me goed inleven in iemand met psychosomatische klachten.

Tijdens de werkvormen merkte ik op wat de verschillende aspecten me konden bieden.

Het lichamenlijk aspect was te confronterend voor mij op dat moment. Ik voelde alleen maar spanning, waardoor ik niet wilde stilstaan bij mijn lichaam en ik moeite had om in beweging te komen.

In de relevantie van het onderzoek zal ik hier verder op terugkomen.

Het sociaal aspect zorgde ervoor dat ik me gesteund en gezien voelde. We stonden samen in een kring en maakten gezamenlijk bewegingen.

Het expressief aspect zorgde ervoor dat ik niet stilstond bij mijn eigen spanningen in mijn lichaam, maar dat ik werd afgeleid doordat ik via een thema in beweging kwam.

Na de werkvormen had ik meer energie en de spanning in mijn lijf was afgenomen. Het voelde alsof ik de dag weer aankon, waardoor de zin in het leven weer was toegenomen. Hieruit kan ik concluderen dat danstherapie, in de combinatie met de drie aspecten, kan bijdragen aan het verbeteren van de kwaliteit van leven bij spanningsklachten gestuurd vanuit een psychische oorzaak.

1.6 Belangrijke begrippen

- Danstherapie:

Danstherapie is geschikt voor behandeling van lichamelijke, emotionele, sociale, psychologische en psychiatrische klachten. Klachten op deze gebieden zijn terug te zien in het lichaam en in de beweging. Daardoor zijn ook via het lichaam en de beweging veranderingen op gang te brengen. Binnen danstherapie staat het doen en ervaren centraal. Daarmee is het zowel een geschikte therapie voor mensen die verbaal en rationeel sterk zijn alsook voor mensen die makkelijker ervaring opdoen via non-verbale communicatie. Het kan ook een goede toevoeging zijn naast verbale therapieën zoals psychotherapie (NVDAT, 2014).

- Expressief aspect:

Het expressief aspect is vooral naar buiten gericht. Het gaat erom een uiting te geven aan eigen gevoelens en persoonlijke thema's. De motivatie komt daarom vaak van binnenuit, maar de uitwerking is naar buiten gericht, vaak neergezet in een vormgeving (Keulen, 2007, p. 10).

- Kwaliteit van leven:

De opvatting van professionals en individuen over hun positie in het leven, in de context van de cultuur en waardesystemen om hen heen en in relatie tot hun doelen, verwachtingen, standaarden en belangen (Nederlandse encyclopedie, 2014).

- Lichamelijk aspect:

Onder het lichamelijk aspect verstaan we binnen de danstherapie: alles wat met het lichaam te maken heeft, alles wat zich in het lichaam bevindt, zoals de spieren, de zenuwen en de gewrichten, maar ook alles wat via de zintuigen naar binnen komt in het lichaam. De buitenkant van het lichaam behoort ook tot het lichamelijk aspect. Hoe ervaart iemand zijn lichaam en hoe wordt het lichaam ingezet. Binnen dans- en bewegingstherapie wordt er gekeken naar de innerlijke impulsen en het lichaam voelen (Keulen, 2007, p. 10).

- LMA (Laban Movement Analysis):

Dit systeem richt zich op de uitdrukkingsbeweging en sluit aan bij de actuele opvatting uit de neurobiologie dat emoties tot expressie komen in het lichaam en de beweging. De cliënt, en diens (hulp)vraag, staat centraal. Er vindt voortdurend afstemming plaats met wat voor de cliënt relevant is. Het observatieproces is interactioneel en daardoor nauw verbonden met de therapeutische relatie (Keulen, 2007, p. 12).

- Psychosomatisch:

Elke lichamelijke stoornis die psychisch bepaald wordt: bv. onvoldoende energie en weerstandsvermogen, spanningen, overgevoeligheden, lichamelijke klachten zonder medische verklaring (Nederlandse encyclopedie, 2014).

- Sociaal aspect:

Binnen het sociaal aspect ligt de focus zowel in het lichaam als buiten het lichaam. Het voelen van de aanwezigheid van anderen, de behoefte om samen te zijn, onderdeel te zijn van een groep, verbondenheid te voelen met anderen en jezelf ervaring in het contact met anderen (Keulen, 2007, p. 10).

- Stress:

Een belastende invloed, zowel lichamelijk (operatie, ziekte) als psychisch (werk), op het organisme, die een lichamelijke of psychische reactie oproept, in de zin van aanpassing (Nederlandse encyclopedie, 2014).

- Trauma:

Trauma is een lichamelijke wond die is veroorzaakt door een externe kracht, oftewel gewelddadige inwerking, met een verwonding tot gevolg hebbend of een psychisch letsel met een extreme emotionele oorzaak (NCJ, n.d.).

1.7 Relevantie van dit onderzoek

Het doen van mijn onderzoek kan voor meerdere mensen van belang zijn. Omdat ik me aansluit bij KenVak zal mijn onderzoek in een groter onderzoek horen. Het onderzoek zal evidence based practice ontwikkelen voor de opleiding en het werkveld. Dit betekent dat het belangrijk is voor de

andere danstherapeuten in Nederland, de studenten van mijn opleiding, maar ook zeker voor mijzelf als danstherapeut. Op deze manier kan ik me profileren binnen het werkveld en een behandelmethode opzetten voor een doelgroep die steeds meer toeneemt, maar waarvoor heel weinig behandelaanbod is.

Steeds meer mensen krijgen te maken met stress vanuit werk en studie. De overheid is veel aan het bezuinigen waardoor mensen hun baan verliezen, de werkdruk hoger wordt omdat er minder werknemers zijn en de studenten een lening moeten afsluiten, omdat ze geen studiefinanciering meer krijgen. Door al deze factoren zal de populatie toenemen. Dit heb ik ook gemerkt tijdens mijn stageperiode. Veel psychiaters, psychologen en therapeuten werden wegbezuinigd waardoor de andere steeds meer werk kregen, terwijl ze er niet meer tijd voor kregen. Hierdoor waren steeds vaker werknemers ziek of zaten zelfs met een burn-out thuis.

Om de behandeling voor iedereen toegankelijk te maken, is het de bedoeling om een dans- en bewegingsprogramma te ontwikkelen, dat eventueel ook aangeboden kan worden in de eerstelijnszorg of nuldelijnszorg. Zo is de drempel minder hoog om hulp te zoeken en hoeven mensen zich niet aan te melden bij een instelling en kan er preventief gewerkt worden. Het doel van preventie is te zorgen dat mensen gezond blijven door hun gezondheid te bevorderen en te beschermen.

Ook is dit belangrijk omdat vaktherapeuten steeds minder worden aangenomen en zelfs worden wegbezuinigd waardoor er geen vaktherapie meer wordt aangeboden in sommige instellingen. Een wijkcentrum kan dan een uitkomst zijn. Door de behandeling in een groep aan te bieden is het ook kostenbesparend, wat goed past in deze tijd waarin er veel bezuinigingen zijn in de Zorg.

Ik kies hierbij voor een soort behandelmodulen, omdat het gestructureerd is en je zo binnen korte tijd iets kan bereiken. De drie aspecten lichaam, sociaal en expressief zullen hierin de leidraad zijn voor de therapeut. Het verbeteren van de kwaliteit van leven, zal het doel worden.

1.8 De vraagstelling

Hoofdvraag:

'Hoe kunnen het lichamelijke, sociale en expressieve aspect binnen dans- en bewegingstherapie een positieve bijdrage leveren bij volwassen met psychosomatische klachten?'

Sub vragen:

- Welke bijdrage levert het lichamenlijk aspect?
- Welke bijdrage levert het sociaal aspect?
- Welke bijdrage levert het expressief aspect?
- Welke danstherapeutische werkwijzen en technieken worden er ingezet?

1.9 De doelstelling

Het doel van mijn onderzoek is dat er een antwoord gegeven kan worden op de vraag hoe dans- en bewegingstherapie een positieve bijdrage kan leveren bij patiënten met psychosomatische klachten. Omdat het lichaam bij deze doelgroep een groot aandeel heeft in het probleem zou dans- en bewegingstherapie een juiste keuze kunnen zijn om lichaam en psyche met elkaar te verbinden. Dans- en bewegingstherapie kan hierin iets betekenen omdat er naar de persoon zelf wordt gekeken. De beleving van de patiënt en de relatie met de therapeut zijn een belangrijk onderdeel bij dans- en bewegingstherapie.

Ook heeft mijn onderzoek het doel om een therapeutische werkwijze als concept te ontwikkelen gebaseerd op de drie aspecten voor patiënten met psychosomatische klachten, zodat het ingezet kan worden op plekken waar het toegankelijker is voor mensen om eraan deel te nemen en er zicht komt op de vraag welke interventies een bijdrage leveren.

Daarnaast wil ik voor mezelf mijn therapeutische werkwijze verder ontwikkelen en onderzoeken. Dit wil ik doen door samen met de patiënten en een medestudent te onderzoeken welke werkwijze het beste past bij patiënten met psychosomatische klachten.

Het profileren van het beroep is ook een doel van mijn onderzoek. Door het onderzoek kunnen andere danstherapeuten geïnspireerd of ondersteund worden binnen het werken met patiënten met psychosomatische klachten en studenten van de opleiding Dans- en Bewegingstherapie aangezet worden tot verder onderzoek.

2. Onderzoeksmethode

In het tweede hoofdstuk worden onderzoekstype en onderzoeksmethode beschreven. De verschillende fases van het onderzoek komen aan bod. Ook de manier van dataverzameling wordt beschreven en welke fases er doorlopen zijn.

Vanaf dit hoofdstuk worden de respondenten geen patiënten meer genoemd, maar deelnemers.

2.1 Onderzoekstype

Voor het onderzoek is ervoor gekozen om een ontwikkelingsgericht onderzoekstype te gebruiken. Hier is voor gekozen omdat dit de het meest passend is bij mijn vraagstelling. Ontwikkeling staat voor kennisvermeerdering en verbetering van situaties, waardoor er groei kan ontstaan wat zorgt voor verbetering van zorg en aanbod (Michelbrink, 2007, p. 74).

Bij het ontwikkelen van de danstherapeutische werkwijze heb ik gebruik gemaakt van eigen ervaringen, ervaringen van voorgaande onderzoeken en het raadplegen van professionals. De deelnemers en andere betrokkenen van het onderzoek staan centraal en zullen geraadpleegd worden in de ontwikkeling van het concept.

In dit onderzoek ben ik verder gegaan op onderzoek dat al gedaan is naar danstherapie met volwassenen met psychosomatische klachten. In het onderzoek is één van de aspecten van danstherapie onderzocht namelijk: het lichamelijk aspect. In dit onderzoek heb ik me gericht op alle drie de aspecten: het lichamelijk, sociaal en expressief aspect, zodat de therapeutische werkwijze verder ontwikkeld kan worden.

2.2 Onderzoeksmethode

Voor het onderzoek is een actiegericht onderzoeksmethode uitgekozen. Bij actiegericht onderzoek speelt het verkrijgen van kennis om beter of daadwerkelijk anders te kunnen handelen een belangrijke rol (Michelbrink, 2007).

In mijn onderzoek heb ik gekeken welke danstherapeutische interventies kunnen bijdragen aan het verbeteren van de kwaliteit van leven bij patiënten met psychosomatische klachten. Het doel hiervan is om patiënten met psychosomatische klachten efficiënter te kunnen helpen. Voor deze doelgroep bestaat er nog maar weinig behandelaanbod, terwijl de doelgroep flink aan het groeien is door de toenemende werkdruk en de hieruit voortkomende gevolgen zoals een burn-out.

Volgens Michelbrink (2007, p. 24) werken onderzoekers en betrokkenen samen om inzicht te verwerven in de handelingsprocessen en de problemen van de betrokkenen. Samen met de betrokkenen wordt onderzocht welke interventies een positieve bijdrage hebben bij patiënten met psychosomatische klachten. Actiegericht onderzoek is namelijk ook bedoeld om met alle betrokkenen veranderingen en verbeteringen te verwezenlijken (Michelbrink, 2007).

2.3 Voorfase

In de voorfase is het belangrijk om te weten wie er allemaal betrokken zijn bij het onderzoek. In dit hoofdstuk zal ik benoemen welke personen dat zijn.

De opdrachtgever:	Hogeschool Zuyd, opleiding Creatieve Therapie dans en beweging te Heerlen.
Initiatiefnemer of probleemaanbrenger:	KenVak
Probleemhebbers of probleemdragers:	Vier studenten van Hogeschool Zuyd in Heerlen, de deelnemers van het onderzoek. Eén vrouwelijke tweedejaars student dans- en bewegingstherapie. Twee vrouwelijke tweedejaars studenten van Biometrie. Eén mannelijke tweedejaars student Biometrie.
Actieonderzoeker:	Neeltje Cooijmans
De direct betrokkenen:	Vier studenten van Hogeschool Zuyd in Heerlen. Leonie Jüergens, vierdejaars dans- en bewegingstherapie. Leonie is medeonderzoeker bij mijn onderzoek. We werken samen, maar hebben allebei een eigen onderzoeksvraag.

De indirect betrokkenen:

Ina van Keulen vanuit KenVak is de initiatiefnemer en opdrachtgever van dit onderzoek. Daarnaast is zij ook mijn contactpersoon, scriptiebegeleidster en is haar kennis van zowel Hogeschool Zuyd, als haar kennis op gebied van dans- en bewegingstherapie en onderzoek van belangrijke toegevoegde waarde voor mijn onderzoek.

Doelsysteem actoren:

Vier studenten van Hogeschool Zuyd in Heerlen. (Migchelbrink, 2007, p. 156-157).

Volgens Migchelbrink (2007) bestaat een AO netwerk uit een groep mensen die verschillende taken op zich nemen.

Doordat ik ben gevraagd om mee te werken aan een onderzoek vanuit KenVak, is KenVak de initiatiefnemer van het onderzoek. Ikzelf ben de actieonderzoeker.

Mijn onderzoekplek bij Orbis in Sittard is niet doorgegaan. Daarom ben ik een samenwerking aangegaan met Leonie Jüergens, een klasgenoot van mij. Zij heeft tijdens de bijeenkomsten de leiding gehad en ik observeerde tijdens de bijeenkomsten. Omdat Leonie haar eigen onderzoeksvraag heeft, ben ik zelf wel de actieonderzoeker van mijn onderzoek. Leonie is hierdoor een direct betrokkene bij mijn onderzoek.

De vier studenten van Hogeschool Zuyd in Heerlen zijn ook direct betrokken geweest, maar waren tevens ook probleemhebbers/probleemdragers en de doelsysteem actoren.

Ina van Keulen is betrokken geweest bij het onderzoek, omdat ze mij benaderd heeft om mee te doen aan het onderzoek van KenVak. Ook was zij vanuit school mijn scriptiebegeleider, waarbij ik mijn vragen kon stellen en om hulp kon vragen. Daarnaast is haar kennis van het vak en de doelgroep ook van belangrijke waarde geweest.

2.4 Oriëntatiefase

Volgens Migchelbrink (2007) is het van belang dat de onderzoeker en direct betrokkenen wederzijds vertrouwen opbouwen. Om die reden hebben we eerst een inloopbijeenkomst voor de deelnemers georganiseerd. Hierbij hebben de deelnemers kennisgemaakt met de therapeut en de observator. Door het kennismakingsgesprek konden Leonie en ik kijken of de deelnemers geschikt waren voor deelname aan het onderzoek. Tijdens deze kennismaking hebben de deelnemers een toestemmingsformulier ondertekend waarin ze toestemmingen gaven voor deelname aan het onderzoek. De deelnemers hebben vrijwillig deelgenomen aan het onderzoek. Leonie en ik hadden gekozen voor een inloopbijeenkomst, zodat elke deelnemer de mogelijkheid had om kennis te komen maken in verband met de verschillende roosters.

Om het onderzoek te kunnen doen is het van belang om een samenwerkingsrelatie met de betrokkenen op te bouwen. Volgens Migchelbrink (2007) is de samenwerkingsrelatie tussen onderzoeker en betrokkenen een belangrijk uitgangspunt van een actiegericht onderzoek. Leonie is dit schooljaar bij mij in de klas gekomen en daarom hadden Leonie en ik nog geen goede samenwerkingsrelatie opgebouwd om onderzoek te doen. Daarom zijn we eerst gestart met het uitspreken van verwachtingen en hebben afspraken gemaakt met elkaar. Samen hebben we daarna een mail geschreven, verschillende disciplines aangeschreven, deelnemers uitgenodigd en de inloopbijeenkomst georganiseerd. Leonie en ik hebben er toen voor gekozen dat Leonie de bijeenkomsten zou gaan leiden in de rol van de therapeut. Ikzelf zou de rol van observator op me nemen, een participerende observator. In het begin was deze rol alleen vanaf de zijlijn observeren en niet deelnemen aan de bijeenkomsten. Na de eerste bijeenkomst hebben we deze rol bijgesteld om de veiligheid bij de deelnemers meer te waarborgen. Ik als observator ben gaan meedoen met de werkvormen en nam af en toe afstand om wat dingen te kunnen noteren of beter te kunnen bekijken.

2.5 Diagnostische fase

De diagnostische fase is een vervolg op de oriëntatiefase (Migchelbrink, 2007). In de diagnostische fase maak je een zo complete mogelijke diagnose voor alle deelnemers. Hiervoor hebben wij gebruik gemaakt van vragenlijsten, lichaamstekeningen en hebben gekeken naar overeenkomsten waar we op kunnen anticiperen.

Tijdens de inloopbijeenkomst hebben we ruimte gemaakt voor onszelf om de deelnemers vragen te stellen over hun klachten en motivatie om mee te doen aan ons onderzoek. Volgens Migchelbrink (2007) is het belangrijk dat de deelnemers zoveel mogelijk een gezamenlijke diagnose hebben. Aan

de hand van het interview, de vragenlijst en de lichaamstekening zijn we tot een gezamenlijke diagnose gekomen. Elke deelnemer heeft zijn eigen problematiek/klachten, maar door te kijken naar overeenkomsten tussen de deelnemers kan de therapeut tot een diagnose komen.

In beweging hebben Leonie en ik ook geprobeerd aan te sluiten bij alle deelnemers. Dit hebben we gedaan door na elke bijeenkomst een LMA (Laban Movement Analysis) observatieformulier in te vullen. Hierbij hebben we gekeken of er overeenkomsten waren in beweging bij de deelnemers. Op deze manier hebben we na elke bijeenkomst gekeken waarop we de volgende keer konden inspelen, zodat de deelnemers baat zouden hebben bij de behandeling.

De deelnemers zijn zelf verantwoordelijk voor hun eigen proces. Daarom hebben we gebruik gemaakt van reflectie. Reflectie is een weloverwogen proces van denken over en interpreteren van ervaringen met als doel het eigen handelen beter te doorgronden en hiervan te leren (Migchelbrink, 2007, p. 171). Op deze manier zijn de deelnemers zelf onderzoeker van hun eigen proces.

2.6 Ontwikkelfase

In deze fase van het onderzoek wordt er een plan opgesteld aan de hand van de verworven kennis in de vorige fases. Volgens Migchelbrink (2007) moet het plan gebruikt worden ter verbetering van de huidige situatie of het bestaande handelen. In dit onderzoek was de ontwikkelfase erg belangrijk, omdat er samen met de deelnemers gezocht werd naar een therapeutische werkwijze die helpt bij deze doelgroep/problematiek.

Na de kennismaking met de therapeut en de observator hebben we de deelnemers laten kennismaken met dans- en bewegingstherapie en met de andere deelnemers. Alle zeven bijeenkomsten vonden plaats op Hogeschool Zuyd in Heerlen. In principe elke dinsdag van 17:00 uur tot 18:30 uur, maar dit is een aantal keer veranderd op verzoek van één van de deelnemers. Er werd niet steeds gebruik gemaakt van dezelfde ruimte. We hebben gebruik gemaakt van de gymzaal, de danszaal en het dramalokaal. Niet elke ruimte was even fijn en de ruimtes waren niet altijd beschikbaar.

Elke deelnemer had zijn eigen thema in de groep, maar samen met de andere deelnemers, de therapeut en de observator is er gezocht naar een manier om er iets aan te doen.

2.6.1 Dataverzamelingstechnieken

In deze paragraaf wordt beschreven hoe de data van dit onderzoek zijn verzameld. Volgens Migchelbrink (2007) kan de onderzoeker verschillende dataverzameltechnieken gebruiken. Er is gebruik gemaakt van zowel kwantitatieve als ook kwalitatieve gegevens. De technieken ondervragen, observeren en reflecteren werden gebruikt om de data te verzamelen.

- Vragenlijsten:

Voordat ik de samenwerking met Leonie ben aangegaan, hebben we samen een vragenlijst opgesteld. Op deze manier zouden we in beide onderzoeken dezelfde vragenlijst gebruiken. Deze vragenlijst hebben we gebruikt bij ons onderzoek. Omdat de vragenlijst zelf samengesteld zijn en geen bestaande vragenlijst is, kan de validiteit niet gewaarborgd worden.

De vragenlijsten vallen onder de techniek schriftelijke ondervraging. De vragenlijst bestaat uit 3 delen.

Deel 1 zijn 11 gesloten vragen die betrekking hebben op lichamelijke klachten, lichaamsbeleving en eventuele belemmeringen. In figuur 1 zie je een voorbeeldvraag hiervan.

Ik voel me belemmerd door mijn lichamelijke klachten

Helemaal niet	niet	soms	regelmatig	altijd
1	2	3	4	5

Figuur 1: Voorbeeld gesloten vragen

Deel 2 is een lichaamstekening, deze leg ik onder het kopje 'lichaamstekening' verder uit.

Deel 3 was alleen toegevoegd in de vragenlijst aan het einde van de behandeling, deze vragen zijn gericht op het effect van de behandeling. In figuur 2 zie je een voorbeeldvraag hiervan.

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

Figuur 2: Voorbeeld open vragen

De vragenlijsten zijn aan het begin en aan het einde van de behandeling afgenomen. Deze twee vragenlijsten zijn met elkaar vergeleken, zodat je eventuele veranderingen zichtbaar kunt maken. Deze uitkomsten zijn gebruikt om een indruk te krijgen en niet als kwantitatieve uitkomsten. De vragenlijsten kun je terugvinden in bijlage 3 en 4.

- Lichaamstekening:

De lichaamstekening is een onderdeel van de vragenlijsten. Deze zijn voor en na de behandeling afgenomen bij de deelnemers. De lichaamstekening hebben we gebruikt om spanning/ontspanning en pijn/fijn inzichtelijk te kunnen maken voor ons als onderzoekers, maar ook voor de deelnemers. Lange en Bosscher (2005) geven aan dat een lichaamstekening een goed hulpmiddel is om negatieve en schaamtevolle lichaamservaringen bespreekbaar te maken en ondergesneeuwde positieve aspecten van lichaamsbeleving weer zichtbaar en voelbaar te maken. Naar mijn mening is het belangrijk om dit toe te passen bij mensen met psychosomatische klachten, omdat ze vaak last hebben van negatieve lichaamsbeleving vanwege hun klachten en het daarom belangrijk is om ook positieve lichaamsgebieden zichtbaar te maken.

- Participerende observatie:

Als observator nam ik deel aan de activiteiten door mee te doen en mee te voelen vanaf de zijlijn. In het begin heb ik alleen geobserveerd, maar hierdoor kon ik de sfeer niet goed voelen en zorgde het voor een onveilig gevoel voor de deelnemers en de therapeut. Door de participerende observatie kon ik beter de sfeer voelen en ervaren wat er gebeurde met de deelnemers.

- LMA coding sheet:

Voor het onderzoek hebben we gebruik gemaakt van een LMA coding sheet gemaakt door Kristien Maus. Zij is vorige jaar afgestudeerd aan de Hogeschool Zuyd in Heerlen opleiding dans- en bewegingstherapie en heeft dit samengesteld voor haar eigen onderzoek.

Van Keulen (2007) zegt dat de LMA benoemd kan worden in de volgende categorieën:

- Body (fysieke lichaam);
- Shape (vorm van het lichaam in de ruimte);
- Space (verplaatsing door de ruimte);
- Effort (kwaliteit waarmee de beweging wordt uitgevoerd)

Laban is een manier om op een niet interpreterende manier te kunnen observeren. Dat is belangrijk omdat je als therapeut op een gekleurde manier naar een deelnemer kijkt.

De LMA coding sheet is gebruikt om snel en efficiënt te zien op welke manier de deelnemers bewegen en om vast te stellen waar mogelijke problemen liggen en om op te merken waar ontwikkeling zichtbaar wordt.

Laban kan ook goed aansluiten bij mijn onderzoeksvraag over de aspecten binnen danstherapie.

Volgens van Keulen (2007) worden de aspecten binnen Laban op deze manier zichtbaar:

- Het lichamelijk aspect → categorieën body en body in relatie tot shape;
- Het sociaal aspect → categorieën space en space in relatie tot shape;
- Het expressieve aspect → categorie effort

- Logboek:

Gedurende het onderzoek heb ik ervaringsgericht zelfonderzoek naar het handelen van de therapeut gedaan en mijn eigen handelen als participerende observator. Dit heb ik gedaan door tijdens het onderzoek een logboek bij te houden. Het logboek was vooral gericht op de ervaringen van de deelnemers tijdens de werkvormen en wat ik gezien heb als observator.

- Interviews:

De techniek ondervragen heb ik toegepast in de vorm van individuele en groepsgewijze ondervragingen, face tot face ondervragingen en informele ondervragingen (Migchelbrink, 2007). Tijdens de inloopbijeenkomst aan het begin hebben we de deelnemers individueel geïnterviewd. Hierbij hadden wij de kans om informatie te verzamelen over de gedachten, ideeën en motivatie van de deelnemers om mee te doen aan het onderzoek. In eerste instantie hebben we deze informatie gebruikt om te kijken of de deelnemers geschikt waren en een diagnose te schetsen. Verder in het onderzoek hebben we na elke bijeenkomst open vragen gesteld over de ervaringen van de deelnemers.

Aan het einde van het onderzoek is er met elke deelnemer een interview afgenomen. Hierin hadden wij de ruimte om vragen te stellen aan de deelnemers gericht op de onderzoeksvragen. Voor de deelnemers was er ook de ruimte om terug te kijken en te reflecteren op de bijeenkomsten. Volgens

Migchelbrink (2007) wordt de deelnemer hierdoor uitgenodigd om eigen opvattingen en ervaringen te delen.

2.6.2 Aspecten en werkvormen van de behandeling

Om met de aspecten binnen dans- en bewegingstherapie te werken, is het belangrijk om helder te hebben wat er allemaal onder elk aspect valt en wat daarin aangeboden kan worden.

In het hoofdstuk 'belangrijke begrippen' staat over elk aspect beschreven wat het inhoudt. Hieronder zal ik ze nog een keer benoemen met werkvormen die bij elk aspect passen:

- Lichamelijk aspect:

Onder het lichamelijk aspect verstaan we binnen de danstherapie: alles wat met het lichaam te maken heeft. Alles wat zich in het lichaam bevindt, zoals de spieren, de zenuwen en de gewrichten, maar ook alles wat via de zintuigen naar binnen komt in het lichaam. De buitenkant van het lichaam behoort ook tot het lichamelijk aspect. Hoe ervaart iemand zijn lichaam en hoe wordt het lichaam ingezet. Binnen dans- en bewegingstherapie wordt er gekeken naar de innerlijke impulsen en het lichaam voelen (Keulen, 2007, p. 10).

- Lichaamsbewustzijn;
- Lichaamssensatie / lichaamsbeleving;
- Connecties in het lichaam;
- Lichaamsdelen binnenkant;
- Lichaamsdelen buitenkant;
- De aanzet van een beweging;
- Beweging als totaal;
- Inzet gewicht;
- Houdingen;
- Lichaamsbewegingen

In therapie zie je deze betekenis bij b.v. authentic movement, hands on en andere lichaamsgerichte en zintuiglijke vormen, dansen op muziek (Keulen, 2007, p. 10).

- Sociaal aspect:

Binnen het sociaal aspect ligt de focus zowel in het lichaam, als buiten het lichaam. Het voelen van de aanwezigheid van anderen, de behoefte om samen te zijn, onderdeel te zijn van een groep, verbondenheid te voelen met anderen en jezelf ervaring in het contact met anderen (Keulen, 2007, p. 10).

- Contact maken;
- Grenzen herkennen van jezelf en de ander;
- Grenzen aangeven;
- Samenwerken;
- Vertrouwen op de ander;
- Ruimte nemen;
- Ruimte geven

In therapie; chace-kring, contact-improvisatie, samen maken van een dansvoorstelling, bewegingsspeel (Keulen, 2007, p.10)

- Expressief aspect:

Het expressief aspect is vooral naar buiten gericht. Het gaat erom een uiting te geven aan eigen gevoelens en persoonlijke thema's. De motivatie komt daarom vaak van binnenuit, maar de uitwerking is naar buiten gericht, vaak neergezet in een vormgeving (Keulen, 2007, p. 10).

- Bewust worden van gevoelens;
- Uiting geven aan gevoelens en sensaties;
- Experimenteren;
- Zichtbaar zijn

Therapie; frases maken, individuele improvisatievormen, persoonlijk thema in dans vormgeven (Keulen, 2007, p. 11).

Hieronder vindt je een aantal werkvormen, aangegeven met welke technieken, interventies, werkwijze de therapeut moet werken en welke attitude de therapeut moet aannemen. Ook is hierin aangegeven binnen welke aspect(en) het valt.

Bodycheck → Dit is een oefening ter bevordering van het lichaamsbewustzijn en het in contact komen met het lichaam. Vanuit deze oefening is het doel om stil te kunnen staan bij het lichaam en voelen wat er werkelijk speelt in het lichaam.

Techniek	Spiegelen, voornamelijk verbaal spiegelen.
Interventies	Meedoen met de patiënten, motiveren, non-verbaal en verbaal contact maken.
Werkwijze	Supportief
Attitude	Gelijkwaardig, open, accepterend, ondersteunend en motiverend.
Aspect(en)	Lichamelijk aspect

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

Techniek	Ontlokkend, verbaal, empathisch en aanvullend spiegelen.
Interventies	Meedoen met de deelnemer, motiveren, non-verbaal en verbaal contact maken.
Werkwijze	Supportief
Attitude	Gelijkwaardig, open, accepterend, ondersteunend en motiverend.
Aspect(en)	Lichamelijk en expressief aspect

Authentic Movement → Een werkvorm om het onbewuste naar boven te laten komen. De deelnemer beweegt met de ogen dicht om zo via improvisatie zo dicht mogelijk bij innerlijke ervaringen te komen. De therapeut of andere deelnemer observeert en geeft na afloop wat gezien of ervaren is terug. De werkvorm kan een positieve bijdrage leveren bij het versterken van het zelfbeeld, zelfvertrouwen en de zelfwaarde.

Techniek	Bestendigen, structureren en ontlokken
Interventies	Observeren, non-verbaal contact als beschermer tijdens het bewegen en verbaal contact in de nabespreking.
Werkwijze	Re-educatief
Attitude	Empatisch, open, accepterend en respecterend.
Aspect(en)	Lichamelijk en expressief aspect

Chace kring → Dit is een oefening ter bevordering van de communicatie tussen de deelnemers en de therapeut. Vanuit deze oefening is het doel om door middel van een kring de bewegingen van de deelnemers te spiegelen. Door de lichamelijke expressie kunnen er niet zichtbare emoties, zichtbaar worden.

Techniek	Afstemmen, focussen, begrenzen, symboliseren en exploreren
Interventies	Observeren, non-verbaal en verbaal contact
Werkwijze	Reconstructief
Attitude	Gelijkwaardig, open, motiverend
Aspect(en)	Sociaal en expressief aspect

Contact improvisatie → Dit is een open werkvorm waarbij de deelnemers uitgenodigd worden om in contact te gaan door middel van dans. Het contact met de ander leert de deelnemer zijn eigen grenzen kennen, af te stemmen op de ander en zichtbaar te zijn in de ruimte.

Techniek	Bestendigen, ontlocken, afstemmen
Interventies	Observeren, non-verbaal contact
Werkwijze	Re-educatief
Attitude	Gelijkwaardig, motiverend, open, respecterend.
Aspect(en)	Sociaal en lichamelijk aspect

In beweging met materiaal (distantietechniek) → Dit is een werkvorm om op een gezonde manier afstand te kunnen nemen van problemen of het probleem lichter te maken. Deze afstand kan belangrijk zijn wanneer het voor de deelnemer te confronterend is om direct aan een emotie uitdrukking te geven of moeite heeft 'in het lichaam' te blijven. Ook kan het ingezet worden wanneer er sprake zou zijn van overdracht en tegenoverdracht tussen deelnemer en therapeut of andere deelnemers. Voor de werkvorm kun je gebruik maken van materialen, zoals ballen, sjaltjes, houten stok etc. Ook kun je gebruik maken van muziek, gedichten of tekeningen.

Techniek	Bestendigen, structureren en steunend
Interventies	Observeren, non-verbaal en verbaal contact, motiveren, zelf meedoen.
Werkwijze	Supportief
Attitude	Open, motiverend en ondersteunend
Aspect(en)	Expressief en sociaal aspect

2.7 Actiefase

In de actiefase wordt beschreven worden hoe de bijeenkomsten zijn verlopen.

Het onderzoek heeft plaats gevonden op Hogeschool Zuyd in Heerlen. De eerste bijeenkomst was een inloopbijeenkomst. Deze vond plaats op woensdag 25 februari 2015 van 11:00 tot 13:00 uur. Hierin werden de intakegesprekken gevoerd en de vragenlijsten ingevuld. De bijeenkomsten zelf zijn gestart op dinsdag 3 maart 2015 en de laatste bijeenkomst was op dinsdag 14 april 2015. In totaal zijn er 7 bijeenkomsten geweest van ongeveer anderhalf uur. Op 14 en 16 april hebben de eindevaluaties plaatsgevonden. Hierbij zijn ook de vragenlijsten opnieuw ingevuld en is er een interview afgenomen. De eerste twee bijeenkomsten vonden plaats in de gymzaal van Hogeschool Zuyd. Deze ruimte was echter te groot voor de groep. We zijn daarna opzoek gegaan naar een andere ruimte en kwamen uit bij het dramalokaal van Hogeschool Zuyd. Eén bijeenkomst heeft plaatsgevonden in de danszaal van Hogeschool Zuyd, omdat het dramalokaal bezet was.

De bijeenkomsten waren wekelijks van 17:00 tot 18:30 uur. Dit is in overleg met de deelnemers gebeurd in verband met de verschillende roosters. Soms is om deze reden de tijd een beetje verschoven.

Tijdens de bijeenkomsten had Leonie de leiding. Mijn werkvormen die ik in paragraaf 2.6.2 heb vermeld, heb ik daarom zelf niet ingezet. Deze werkvormen waren wel bedoeld om ingezet te worden door mijzelf. Dit is door omstandigheden niet gelukt. Leonie heeft de werkvormen niet specifiek ingezet, omdat dit niet passend was bij haar onderzoeksvraag. Leonie bekeek per bijeenkomst wat de behoeftes waren van de deelnemers en als deze er niet waren, gaf Leonie zelf een invulling.

Tijdens het uitvoeren van het onderzoek heb ik gebruik gemaakt van procesmonitoring (Migchelbrink, 2007). Dit heb ik gedaan door het schrijven van rapportages en eigen aantekeningen, maar ook door het bevragen van deelnemers en het overleggen met Leonie over hun bevindingen wat betreft de interventies die de therapeut doet. Dit is wekelijks gebeurd, na elke bijeenkomst.

Hieronder vindt je een korte omschrijving van elke bijeenkomst, met daarin de gebruikte technieken, interventies, werkwijze, attitude en aspecten. Er staat beschreven welke deelnemers aanwezig waren en in welke fase we zaten.

Bijeenkomst 1: Veiligheidsfase (iedereen aanwezig)

Welkomstwoord, vragen naar behoeftes van de deelnemers.

Begin → In de kring, gewrichten losmaken, bewegingen die je fijn vindt met de groep delen. De groep herhaalt de bewegingen.

Midden → Leiding nemen in de kring, bewegingen voordoen en de groep hierin betrekken.

Eind → Favoriete beweging van de bijeenkomst laten zien.

Afsluiten, nabespreken en bevindingen van de deelnemers.

Techniek	Bestendigen en steunend
-----------------	-------------------------

Interventies	Observeren, non-verbaal en verbaal contact, motiveren, zelf meedoen
---------------------	---

Werkwijze	Directief en supportief
------------------	-------------------------

Attitude	Open, motiverend en ondersteunend
-----------------	-----------------------------------

Aspect(en)	Combinatie lichamelijk en sociaal aspect in begin, midden en eind
-------------------	---

Bijeenkomst 2: Veiligheidsfase (deelnemer 4 afwezig)

Welkomstwoord, bijzonderheden naar aanleiding van vorige week, vragen naar behoeftes van de deelnemers.

Begin → Tikkertje

Midden → **Voor jezelf rondlopen** in de ruimte, plek zoeken in de ruimte, je richten op je rug en in beweging gaan. De bewegingen laten stromen, meer lucht erin brengen. Lichaam zover mogelijk laten reiken, daarna lichaamsdelen laten ontspannen.

Eind → Titel verzinnen voor je bevindingen, hiermee in beweging gaan.

Afsluiten, nabespreken en bevindingen van de deelnemers.

Techniek	Bestendigen en steunend
-----------------	-------------------------

Interventies	Observeren, non-verbaal en verbaal contact,
---------------------	---

Werkwijze	Supportief
------------------	------------

Attitude	Open en ondersteunend
-----------------	-----------------------

Aspect(en)	Sociaal aspect in het begin, lichamelijk aspect in het midden en aan het eind expressief en lichamelijk
-------------------	---

Bijeenkomst 3: Veiligheidsfase (iedereen aanwezig)

Welkomstwoord, bijzonderheden naar aanleiding van vorige week, vragen naar behoeftes van de deelnemers.

Begin → Rondlopen in verschillende tempo's, tempo van de ander overnemen.

Midden → Ritme van de muziek overnemen, je laten inspireren door de muziek. Contact zoeken met elkaar.

Eind → Eigen plek zoeken in de ruimte en de bijeenkomst afsluiten op je eigen manier.

Afsluiten, nabespreken en bevindingen van de deelnemers.

Techniek	Bestendigen, structureren en steunend
-----------------	---------------------------------------

Interventies	Observeren, non-verbaal en verbaal contact, motiveren, zelf meedoen
---------------------	---

Werkwijze	Re-educatief
------------------	--------------

Attitude	Open, motiverend en ondersteunend
-----------------	-----------------------------------

Aspect(en)	Expressief aspect in het begin, expressief en sociaal aspect in het midden, lichamelijk aspect aan het einde
-------------------	--

Bijeenkomst 4: Doorwerkfase (iedereen aanwezig)

Welkomstwoord, bijzonderheden naar aanleiding van vorige week, tussenevaluatie en vragen naar behoeftes van de deelnemers.

Begin → Bodycheck

Midden → Voelen welke lichaamsdelen je veel gebruikt in beweging en welke niet. Kracht inzetten, rond bewegen, licht bewegen, groot bewegen. Nogmaals een bodycheck, merk je verschillen op? Lichaam laten leiden door je adem.

Eind → In de kring bewegingen uitwisselen en samen afsluiten.

Afsluiten, nabespreken en bevindingen van de deelnemers.

Techniek	Bestendigen, structureren en steunend
-----------------	---------------------------------------

Interventies	Observeren, non-verbaal en verbaal contact, motiveren, zelf meedoen
---------------------	---

Werkwijze	Supportief
------------------	------------

Attitude	Open, motiverend en ondersteunend
-----------------	-----------------------------------

Aspect(en)	Lichamelijk aspect in begin en midden, sociaal aspect aan het einde
-------------------	---

Bijeenkomst 5: Doorwerkfase (deelnemer 2 en 3 afwezig)

Welkomstwoord, bijzonderheden naar aanleiding van vorige week, vragen naar behoeftes van de deelnemers.

Begin → Materiaal uitzoeken en hiermee in beweging gaan. Wisselen van elkaars materiaal.

Midden → Concentratiespel, alle materialen in de ruimte moeten in beweging zijn. Samen ervoor zorgen dat ze in beweging blijven.

Eind → Samen ritme zoeken met de voeten, afsluiten in beweging voor jezelf zonder materiaal.

Afsluiten, nabespreken en bevindingen van de deelnemers.

Techniek	Bestendigen, structureren en steunend
-----------------	---------------------------------------

Interventies	Observeren, non-verbaal en verbaal contact, motiveren, zelf meedoen.
---------------------	--

Werkwijze	Supportief
------------------	------------

Attitude	Open, gelijkwaardig, motiverend, uitdagend en ondersteunend
-----------------	---

Aspect(en)	Expressief aspect in het begin, sociaal aspect in het midden, sociaal en lichamelijk aspect aan het einde.
-------------------	--

Bijeenkomst 6: Doorwerkfase (deelnemer 2 en 4 afwezig)

Welkomstwoord, bijzonderheden naar aanleiding van vorige week, vragen naar behoeftes van de deelnemers.

Begin → Onderlaag opzoeken in beweging, afwisselend met hoge en middenlaag.

Midden → 'Overgeven' aan de grond. Ademhaling laten steunen in het loslaten van de spanning. Tijd nemen voor jezelf.

Eind → Je lichaam weer activeren, door hoge en middenlaag op te zoeken.

Afsluiten, nabespreken en bevindingen van de deelnemers.

Techniek	Bestendigen en steunend
-----------------	-------------------------

Interventies	Observeren, non-verbaal en verbaal contact.
---------------------	---

Werkwijze	Supportief
------------------	------------

Attitude	Open, motiverend, en ondersteunend
-----------------	------------------------------------

Aspect(en)	Lichamelijk aspect in begin, midden en eind
-------------------	---

Bijeenkomst 7: Afrondingsfase (deelnemer 4 afwezig)

Welkomstwoord, bijzonderheden naar aanleiding van vorige week, vragen naar behoeftes van de deelnemers.

Begin → Kaarten met dieren bekijken en eentje uitzoeken die het beste bij je past op dit moment.

Bewegen zoals het dier op de kaart.

Midden → Dier uitzoeken wat het tegenovergestelde is van het dier in het begin, bewegen zoals het dier, contact opzoeken met de anderen in de ruimte. Dier uitzoeken hoe je je graag zou willen voelen, bewegen zoals het dier, contact opzoeken met de anderen in de ruimte.

Eind → Eigen verzonnen dier maken, welke kwaliteiten heeft dit dier in beweging.

Afsluiten, nabespreken en bevindingen van de deelnemers.

Techniek	Bestendigen, structureren en steunend
Interventies	Observeren, non-verbaal en verbaal contact, motiveren, zelf meedoen.
Werkwijze	Supportief
Attitude	Open, gelijkwaardig, motiverend, uitdagend en ondersteunend
Aspect(en)	Expressief aspect in het begin, expressief en sociaal aspect in het midden, lichamelijk en expressief aspect aan het einde.

2.8 Eindevaluatie

In het onderzoek hebben we gebruik maken van ervaringsgericht evalueren (Migchelbrink, 2007).

Hierbij vindt er een gesprek plaats in de groep en kunnen de deelnemers hun eigen verhaal vertellen in eigen woorden. Om dit structuur te geven kan de therapeut hier eventueel gerichte vragen over stellen. Mijn rol hierin heeft tijdens de bijeenkomsten een vorm gekregen. Ik was in principe observator, maar dit is later veranderd naar een participerende observator. Mijn rol werd actiever en zo ook tijdens het evalueren. Door mijn rol als observator zag ik veel gebeuren en heb dit ook gedeeld met de deelnemers en de therapeut.

De gedachte achter het onderzoek was dat we graag de kwaliteit van leven wilde verbeteren bij de deelnemer. Dit is een bepaalde norm die er gesteld is. De deelnemers zijn hierover bevraagd door ons. Dit heeft geleid tot nieuwe ideeën en inzichten en heeft de ontwikkelfase een ander proces in laten gaan.

Voor de eindevaluatie hebben we gebruik gemaakt van reflectie (Migchelbrink, 2007) en dezelfde vragenlijst en lichaamstekening als aan het begin van het onderzoek. De deelnemers zijn hierover individueel uitgenodigd, zodat ze open konden praten en de ruimte kregen.

Tijdens de eindevaluaties heeft er ook een open interview plaatsgevonden. Migchelbrink (2007) zegt dat door deze vorm van interviewen de onderzoeker zicht krijgt op het verhaal en de beleavingswereld van de deelnemer. Volgens Migchelbrink (2007) wordt de deelnemer hierdoor uitgenodigd om eigen opvattingen en ervaringen te delen. We hebben hiervoor gekozen zodat we beiden de kans kregen om antwoord te krijgen op de onderzoeksvraag. De vragen waren gericht op veranderingen en ervaringen van de deelnemers en helpen de onderzoeker om vervolgens op de sessies te reflecteren en te evalueren. Hiervoor is de techniek ondervragen gebruikt. Migchelbrink (2007) beschrijft dat de dataverzameltechniek ondervragen als een gespreksvorm wordt gezien, waarin vooral de onderzoeker vragen stelt en de deelnemer voornamelijk antwoord geeft op deze vragen.

Leonie en ik zijn na de eindevaluaties met elkaar in gesprek gegaan om de data te bespreken en het samen kritisch te bekijken.

Aan het einde van het onderzoek wordt er vooral tijd gebruikt om de verzamelde data te analyseren. Leonie en ik hebben dit samen gedaan.

Voor de analyse kunnen verschillende werkwijzen gebruikt worden (Migchelbrink, 2007, p. 236).

- Samenvattingen maken;
- Specifieke gerichte analyse;
- Coderen/labelen aan de hand van een startlijst;
- Open coderen/labelen en de combinatievorm

In dit onderzoek wordt er gebruik gemaakt van een combinatie van de verschillende werkwijzen.

De verkregen data zullen uitgezocht worden, om zo te bekijken wat relevant is voor het onderzoek.

Van elke bijeenkomst is een logboek bijgehouden. Hierdoor zijn volgens Boeije (2005) de belangrijkste bevindingen snel terug te lezen.

Alle ingevulde LMA coding sheets zijn naast elkaar gelegd en geanalyseerd. Hierin wordt de verandering in beweging zichtbaar.

Coderen wordt als werkwijze toegepast om de kwalitatieve analyse van het materiaal diepgaand te analyseren. Hierbij worden trefwoorden aan de tekst toegekend, waardoor opnieuw wordt gekeken naar inhoudelijke thema's en concepten (Migchelbrink, 2007). Ook wordt de werkwijze 'open coderen/labelen' gehanteerd. Van alle data worden fragmenten die bij elkaar horen in een categorie samengevoegd en krijgen een code. Er vindt een constante vergelijking plaats, waarbij de gegevens steeds opnieuw met elkaar worden vergeleken (Boeije, 2006). Het coderen doorloopt een aantal processen waarbij categorieën gemaakt, vergeleken en aangepast worden. Hierdoor krijgt de data-analyse een verdiepend niveau (Migchelbrink, 2007).

2.9 Kwaliteitscriteria

Een kwalitatief hoogwaardig actieonderzoek moet voldoen aan bepaalde kwaliteitscriteria. Reason en Bradbury, Tilanus, Coghlan en Branninck (in Migchelbrink, 2007) noemen de volgende kwaliteitscriteria:

- Betrouwbaarheid en validiteit:

Om de betrouwbaarheid van het onderzoek te waarborgen is het belangrijk dat het onderzoek op een manier is uitgevoerd die te controleren is. Door gebruik te maken van verschillende databronnen wordt de betrouwbaarheid vergroot. Migchelbrink (2007) zegt dat wanneer zowel de onderzoeker als de deelnemer instemmen met de resultaten er sprake is van betrouwbaarheid en validiteit. Tijdens het onderzoek zijn de deelnemers betrokken geweest bij het proces, er was openheid over de doelstellingen en de observaties die er gedaan werden.

Ook wordt de betrouwbaarheid vergroot doordat de interpretatie en bevindingen van meerdere onderzoekers is meegenomen in het onderzoek, namelijk de therapeut en de observator. Samen is er gekeken naar de voortgang en de ontwikkeling van het onderzoek.

- Samenwerking:

Volgens Migchelbrink (2007) gaat het bij het kopje samenwerking om de samenwerking tussen de betrokkenen en de onderzoeker.

De deelnemers stonden in het onderzoek centraal en werden daarom ook betrokken in de samenwerking met de therapeut en de observator. De deelnemers gingen samen met de therapeut en de observator op zoek naar thema's en behoeftes. Ook werden de algemene zaken en afspraken samen met de deelnemers overlegd.

Er is een samenwerking geweest tussen de therapeut en de observator. De bijeenkomsten werden vooraf en achteraf besproken. Ook zijn de observaties en de interviews samen gedaan.

- Reflectie:

Tijdens het onderzoek is er sprake geweest van reflectie die zowel continue als ook interactief is geweest (Migchelbrink, 2007). De reflectie was continue aanwezig, doordat de therapeut en de observator de werkwijze hebben gereflecteerd en eventueel hebben bijgesteld.

Tijdens en na de bijeenkomsten was er ruimte om met de deelnemers te reflecteren over hun ervaringen. Hierdoor is de reflectie ook interactief.

- Kennisbronnen:

Voorafgaand aan het onderzoek is er een literatuurstudie gedaan over de doelgroep en de problematiek. Tijdens het onderzoek is dit gebruikt als kennisbron, evenals de observatieformulieren en de vragenlijsten van de deelnemers die in het begin en op het einde van het onderzoek zijn ingevuld.

- Bruikbaarheid:

Hierbij draait het er om dat de onderzoeker aanbevelingen doet voor de praktijk, die toepasbaar zijn voor de deelnemers in het dagelijks leven. Er wordt gekeken hoe bruikbaar het onderzoek is voor anderen en of andere danstherapeuten er gebruik van kunnen maken. Volgens Migchelbrink (2007) gaat het hierbij om de toepasbaarheid en betekenis van de verzamelde informatie in de dagelijkse situatie van de deelnemers.

Mijn mening hierover, is dat het bruikbaar is voor andere danstherapeutes. De doelgroep psychosomatiek groeit hard, maar een duidelijke werkwijze is er nog niet. In dit onderzoek zijn

verschillende elementen van dans- en bewegingstherapie onderzocht, die weer kunnen bijdragen om een duidelijker beeld te krijgen van wat wel en niet werkt bij deze doelgroep. Ook is het bruikbaar in verschillende settings, omdat het onderzoek is gedaan bij deelnemers die niet in een instelling zitten.

- **Transparantie:**

Bij transparantie gaat het erom dat de bevindingen van het onderzoek en dus ook de analyse van de gegevens alleen op de interpretatie van één onderzoeker werden betrokken of dat er ook andere onderzoekers betrokken zijn bij het onderzoek. Hierdoor krijg je transparantie, omdat er na gegaan kan worden wat er gedaan is tijdens het onderzoek. Omdat er tijdens het onderzoek gebruik is gemaakt van een therapeut en een observator, zijn de bevindingen besproken met elkaar en is het onderzoek transparant.

Ook is er transparantie geweest naar de deelnemers toe door uitleg te geven over de doelen van het onderzoek.

- **Kritische en zorgvuldige omgang met aannames:**

Volgens Migchelbrink (2007) moet een onderzoeker binnen een actiegericht onderzoek kritisch en zorgvuldig om kunnen gaan met interpretaties en aannames, door middel van participerende observatie. Binnen dit onderzoek is er gebruik gemaakt van een observator tijdens de bijeenkomsten. De therapeut en de observator bekijken samen kritisch naar wat er gebeurd is tijdens de bijeenkomsten en zo heb je minder kans op verkeerde aannames. Ook werd er bij de deelnemers gecheckt of de observaties klopten met wat de deelnemer zelf heeft ervaren.

- **Verantwoording:**

Om de verantwoording te garanderen is het van belang dat de onderzoeker handelingen en reflecties kan onderbouwen (Migchelbrink, 2007). Doormiddel van een logboek heb ik bijgehouden wat er gebeurd is tijdens de bijeenkomsten en de nabespreking. Omdat ik zelf de therapeut niet was tijdens de bijeenkomsten, maar de observator, kan ik niet helemaal verantwoorden waarom er bepaalde handelingen gedaan zijn of werkvormen ingezet zijn. Wel hebben we altijd voor- en nabesproken, om op deze manier goed te reflecteren en eventueel feedback te kunnen geven.

3. Resultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten van het onderzoek beschreven. Het hoofdstuk is onderverdeeld in proces- en productevaluatie. In de procesevaluatie staan de resultaten beschreven vanuit de werving, belevingen van deelnemers en onderzoeker en de samenwerking met medeonderzoeker. In de productevaluatie wordt er beschreven welke resultaten de behandeling heeft opgeleverd. De resultaten zijn op verschillende manieren verkregen: vragenlijsten, LMA coding sheets, observaties, reflecties en een open interview.

3.1 Procesevaluatie

- **Werving:**

De werving wordt meegenomen in de procesevaluatie, omdat dit een groot aandeel heeft gehad in mijn onderzoek. Ook wordt het meegenomen omdat de initiatiefnemer van het onderzoek KenVak, zich wil richten op wijkgerichte zorg, eerstelijnszorg en nuldelijnszorg. Patiënten zullen om deze reden doorverwezen moeten worden door instanties, de huisarts, de psycholoog of zich zelf moeten aanmelden.

Bij mij startte de werving bij het krijgen van een onderzoek plek. Dit kun je vertalen naar het vinden van een geschikte locatie of het aansluiten bij een organisatie. KenVak had instellingen aangeschreven en therapeuten benaderd. Vanuit deze werving was Orbis in Sittard eruit gekomen. Hier werkte een dans- en bewegingstherapeut. Helaas kon deze plek niet doorgaan vanwege het vertrekken van de dans- en bewegingstherapeut. Later bleek ook dat ik niet aan de eisen voldeed die Orbis stelt aan onderzoekers voor een onderzoeksstage. Hieruit blijkt wel dat omgevingsfactoren in de gaten gehouden moeten worden, je hebt hier niet altijd vat op.

Daarna ben ik zelf verschillende instellingen, dans- en bewegingstherapeuten en andere therapeuten aan gaan schrijven om zo toch een onderzoekplek te bemachtigen. Dit bleek lastiger dan dat ik gehoopt had. Niemand had plek, tijd of geld voor een onderzoekplek.

Ik heb hierna Leonie Jüergens benaderd, een klasgenoot van mij die meewerkte met hetzelfde onderzoek. Zij zou haar onderzoek gaan uitvoeren op Hogeschool Zuyd in Heerlen in samenwerking

met het preventiecentrum. Dit kwam helaas ook niet van de grond, omdat het preventiecentrum geen deelnemers kon vinden voor het onderzoek.

Leonie en ik zijn samen gaan kijken hoe we onze onderzoeken samen konden voegen. We hadden beiden een andere onderzoeksvraag en kenden elkaars werkwijze nog niet goed, omdat Leonie pas vanaf schooljaar 2014 – 2015 bij mij in de klas zat. Samen hebben we voor een vorm gekozen waarbij Leonie de therapeut zou zijn en ik de observator.

Hierop zijn we verder gegaan met de werving. Samen hebben we een mail opgesteld om uit te zetten binnen Hogeschool Zuyd in Heerlen. Verschillende mensen hebben we aangeschreven:

- Casemanagers van Hogeschool Zuyd in Heerlen;
- Decanen van de faculteit gezondheid en zorg;
- Schoolpsychologen;
- Studenten van de faculteit gezondheid en zorg

De casemanagers bleken niet de juiste personen hiervoor te zijn. Ze wisten niet goed wat ze met onze vraag aan moesten en konden ons niet verder helpen.

De decanen waren geïnteresseerd in ons onderzoek, maar vonden het lastig om te bepalen welke studenten ervoor in aanmerking zouden komen.

De schoolpsychologen waren heel erg enthousiast, voelden zich ook meteen betrokken en hadden studenten in behandeling die zeker in aanmerking konden komen voor het onderzoek.

De werving onder de studenten van de faculteit gezondheid en zorg heeft het meeste opgeleverd. Studenten konden zichzelf opgeven naar aanleiding van onze omschrijving. Op deze manier waren ze zelf ook gemotiveerd om mee te doen.

Hieruit kan ik concluderen dat de werving het beste gericht kan worden op de doelgroep zelf of op deskundigen zoals een psycholoog die met deze doelgroep in aanraking komt.

- Eigen beleving

Mijn eigen beleving van het onderzoek is het hele jaar redelijk onzeker geweest. Ik vind het onderzoeken van een onderzoeksvraag leuk, maar ook wel spannend. Dit werd ook bevestigd toen mijn onderzoek plek niet doorging. Je bent afhankelijk van anderen en dan heb je het niet altijd zelf in de hand, wat het spannend maakt voor mij. Ook het zoeken van een nieuwe plek ging niet heel erg soepel. Je merkt dat veel mensen en instellingen geen tijd en/of geld hebben om mee te helpen met het onderzoek, iets wat ook belangrijk is om mee te nemen in het onderzoek en voor de toekomst. De doelgroep is er, het idee ook, maar de plek om het uit te voeren kan nog wel eens het lastigste zijn van alles.

Over mijn beleving van de samenwerking met Leonie, daarop kom ik hieronder nog terug.

Mijn beleving tijdens het onderzoek, toen het eenmaal liep, was minder spannend en voelde goed. Ik had een partner waarmee ik kon overleggen en alles mee kon delen. De locatie was niet altijd even stabiel, maar er was altijd een oplossing te vinden. De deelnemers waren gemotiveerd al was er af en toe iemand ziek, wat ook past bij deze doelgroep. Ook belangrijk om mee te nemen voor de toekomst. De doelgroep vermijdt soms klachten of is ziek door de somatische klachten van de deelnemer. Het is belangrijk om als therapeut hier op een goede manier mee om te gaan. De deelnemers de ruimte te geven om zich ziek te melden als het echt niet gaat, maar wel grenzen te trekken zodat de vermijding van de klachten niet te groot wordt.

In totaal hebben we 7 bijeenkomsten gehad met de deelnemers, zonder de inloopbijeenkomst en de individuele evaluatiegesprekken. Elke bijeenkomst duurde ongeveer 1,5 uur. Leonie en ik hadden een minimum gesteld van 6 bijeenkomsten, maar met eventueel uitbreiding naar 7 of 8 bijeenkomsten. Uiteindelijk hadden we te weinig tijd om 8 bijeenkomsten te organiseren en zijn het er 7 geworden. In 7 bijeenkomsten kan je een hoop bereiken met de deelnemers. In de setting hoe bij ons onderzoek is uitgevoerd, had het alleen denk ik langer mogen zijn of anders aangeboden moeten worden. Naar mijn mening was er te weinig structuur om in 7 bijeenkomsten iets te kunnen veranderen aan de kwaliteit van leven bij de deelnemers. De manier van aanbieden was ongestructureerd en het doel was niet altijd helder. Ik denk dat dit niet passend is bij de doelgroep en bij het eventueel aanbieden in de eerstelijnszorg. Mijn eigen idee was om een soort training op te stellen, met structuur te bieden door bij elke bijeenkomst een thema te hebben. Hierin zouden de dansaspecten een mooie bijdrage kunnen leveren. Dit heb ik niet kunnen onderzoeken, maar sta nog steeds achter mijn idee. Ook omdat de deelnemers structuur gemist hebben in de bijeenkomsten.

- Samenwerking

De samenwerking met Leonie heb ik deels heel prettig ervaren, maar soms ook belemmerend en ik voelde me afhankelijk van haar. Dit laatste komt vooral omdat ik me heb aangesloten bij haar en ik daardoor het gevoel had dat ik dankbaar moest zijn, dat ik met haar mocht meedoen. Hierdoor heb ik

weinig tot geen zeggenspraak gehad in de invulling van de bijeenkomsten. Onze onderzoeksvragen sloten wat dat betreft ook niet bij elkaar aan en ook onze manier van werken lijkt niet op elkaar. Desalniettemin was het ook fijn om samen te werken. We konden goed overleggen over wat we gezien hadden en waren niet bang om met elkaar in discussie te gaan. Wel was het goed te merken dat Leonie niet altijd helemaal zeker was van zichzelf, dit gaf ze zelf ook aan. De bijeenkomst verliep hierdoor niet altijd helemaal soepel of ze was niet bewust bezig geweest met wat ze gedaan had. Ik vond dit zelf lastig, omdat ik zelf meestal bewust mijn keuzes maak en ik hier geen invloed op had. De samenwerking was ook fijn omdat de kwaliteitscriteria zoals betrouwbaarheid van je onderzoek op deze manier gewaarborgd wordt. Ook konden we taken verdelen in de verwerking van de gegevens, waardoor de werklast minder wordt.

- Beleving deelnemers

De beleving van de deelnemers was heel erg verschillend, dit komt ook door de verschillende achtergronden/opleidingen, leeftijden en het geslacht. Ik zal hieronder per deelnemer beschrijven wat de bevindingen waren.

▪ Deelnemer 1:

Ik heb de bijeenkomsten als positief ervaren, maar het had voor mij wel wat langer mogen duren. 7 bijeenkomsten is te kort om het te laten integreren in je dagelijks leven. Ik ben me vooral bewust geworden dat ik geen tijd neem om te ontspannen. Nu heb ik een manier gevonden om via mijn ademhaling tot ontspanning te komen. Ik had graag wat meer herhaling gewild van sommige werkvormen, zodat ik ze beter kan integreren in mijn systeem.

Ik vond het soms wel lastig dat het in het groep was, ik was hierdoor soms meer met hun bezig dan met mezelf.

▪ Deelnemer 2:

In het begin stond ik niet echt open voor dans- en bewegingstherapie, ik vond het maar gek wat we deden. Ik vond het wel fijn dat ik deelnemer 3 persoonlijk ken, ik heb veel steun daaraan gehad. Ik voelde me op het begin erg onveilig in de groep en was meer met hun bezig dan met mezelf. Na een aantal bijeenkomsten voelde ik me veiliger en merkte ik dat ik makkelijker kon bewegen. Ik vind het wel fijner om wat meer structuur te krijgen, zodat ik me daaraan vast kan houden.

▪ Deelnemer 3:

Voor de bijeenkomsten hield ik me altijd vast aan dezelfde bewegingen en patronen. Ik heb nu geleerd hoe ik anders kan bewegen en wat het me positief kan opleveren. Ik vond het lastig dat ik deelnemer 2 al kende voor de bijeenkomsten, we kunnen goed met elkaar opschieten, maar ik had het idee dat deelnemer 3 veel op mij aan het letten was. Dit beïnvloedde me vaak, waardoor ik me niet goed kon concentreren op mezelf. Ik vond de afwisseling tussen structuur en open fijn, wel merkte ik dat het niet altijd goed paste bij mijn behoefte.

▪ Deelnemer 4:

Ik heb de groep deels als steunend ervaren, maar ook als belemmerend. Ik ken deelnemer 2 en 3 van mijn opleiding, niet goed, maar hierdoor voelde ik me soms ongemakkelijk en dat maakte het spannend. Ik vond de structuur af en toe wel fijn, dan hoef je zelf niet nadenken wat je moet doen. Maar de vrijheid is ook wel fijn, ik vind het fijn om dan helemaal los te gaan op muziek of te spelen als een kind.

3.2 Productevaluatie

3.2.1 Analyse kwantitatieve gegevens

Voor en na de bijeenkomsten is een meting gedaan d.m.v. een gesloten vragenlijst. Hierdoor kunnen veranderingen zichtbaar worden. In de vragenlijst is er gewerkt met een vijfpuntschaal:

1. Helemaal niet
2. Niet
3. Soms
4. Regelmatig
5. Altijd

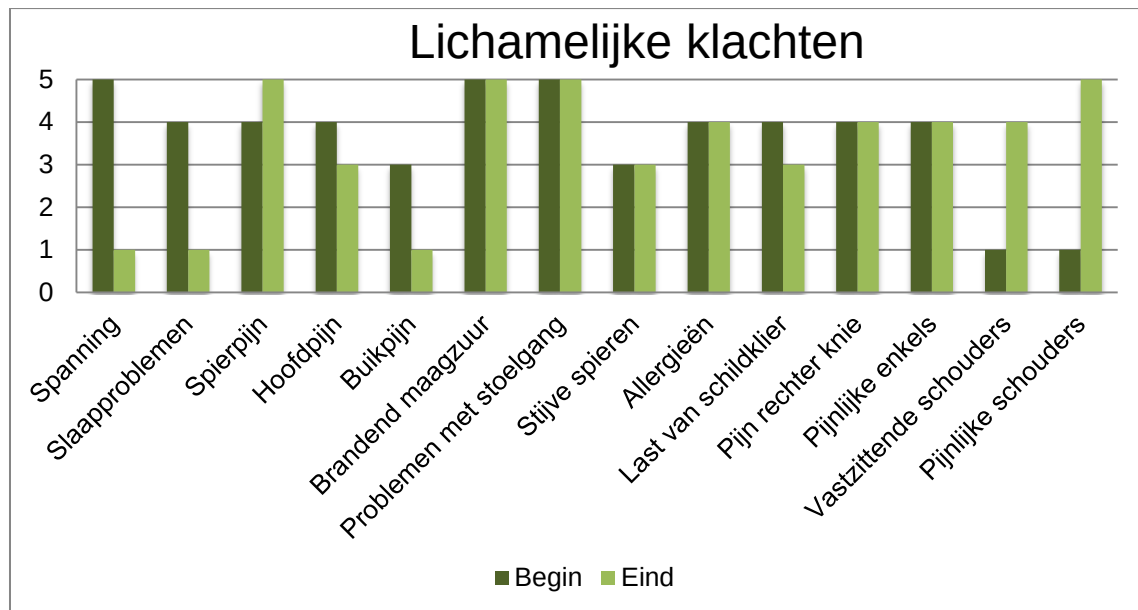
De gesloten vragen zijn opgedeeld in 5 verschillende categorieën:

- Lichamelijke klachten;
- Lichaamswaarneming en lichaamsbesef;
- Het uiten van emoties;
- Begrepen door de omgeving;
- Belemmering.

De resultaten zijn per categorie in een staafdiagram verwerkt. De vragenlijsten die zijn gebruikt kun je terugvinden in bijlage.

- Resultaten gesloten vragen voor- en nameting

Om een overzicht te krijgen in de lichamelijke klachten van de deelnemers, hebben we een overzicht gemaakt van alle klachten die voorkwamen. In figuur 3 is te zien of de lichamelijke klachten afgenomen, toegenomen of hetzelfde zijn gebleven. De vraag die hierbij hoort is: Welke lichamelijke klachten heb je en hoe vaak heb je er last van?

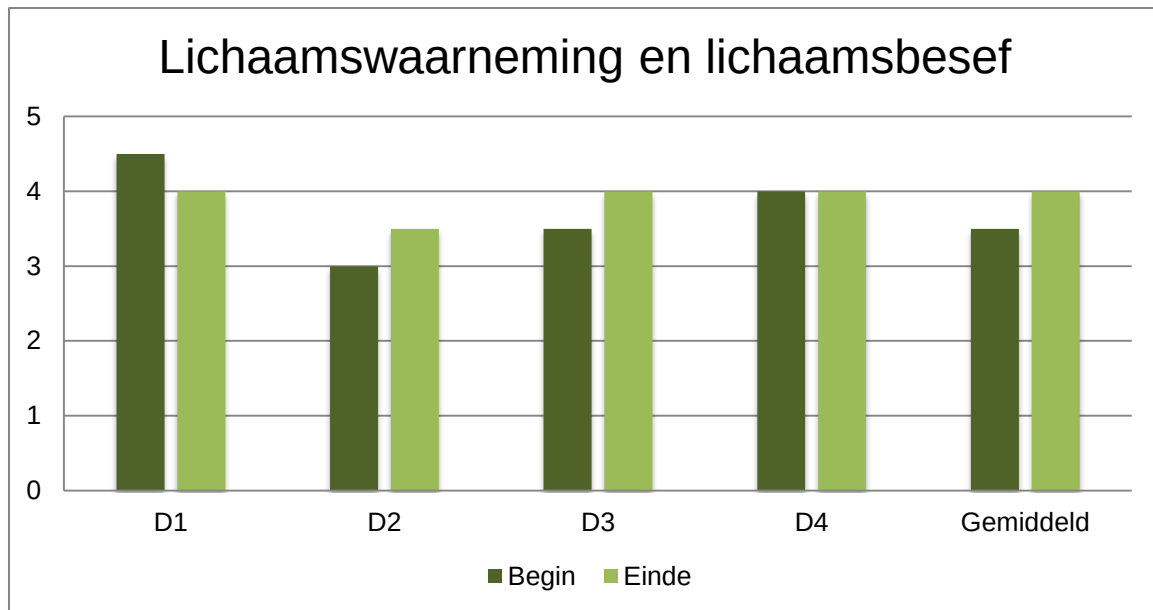


Figuur 3: Lichamelijke klachten van de deelnemers

Verklaring en interpretatie:

In figuur 3 is te zien dat er veel verschillende klachten waren bij de deelnemers. Sommige lichamelijke klachten zijn afgenomen, zoals spanning, slaapproblemen, hoofdpijn, buikpijn en last van de alvleesklier. Dit is te verklaren doordat er samen met de therapeut onderzocht is welke dans- en bewegingsinterventies een positieve bijdrage kunnen leveren. De positieve bijdrage kan zichtbaar worden door vermindering van lichamelijke klachten. Brandend maagzuur, problemen met de stoelgang, stijve spieren, allergieën, pijn rechter knie en pijnlijke enkels, zijn hetzelfde gebleven. Een verklaring hiervoor kan zijn dat dit blijvende klachten zijn bij de deelnemers. Deze klachten zullen niet verminderd kunnen worden, maar het gaat hierbij meer om het accepteren ervan. Spierpijn, vastzittende schouders en pijnlijke schouders zijn toegenomen of erbij gekomen. Dit kan zijn doordat de deelnemers bewust zijn geworden van hun lichaam en zo ook bewust van hun lichamelijke klachten.

In figuur 4 zijn de resultaten van vraag 2 t/m 7 verwerkt. De volgende vragen komen hierin voor: Ik voel me verbonden met mijn lichaam (2), om te begrijpen hoe ik me voel maak ik gebruik van wat ik in mijn lichaam waarneem (3), wanneer ik mij lichamelijk ongemakkelijk voel ga ik na wat de oorzaak van het ongemak kan zijn (4), wanneer ik gestrest ben merk ik dat op in mijn lichaam (5), ik merk dat mijn lichaam anders aanvoelt na een rustgevende ervaring (6), Ik merk een verband tussen mijn gemoedstoestand en lichamelijke sensaties (7).

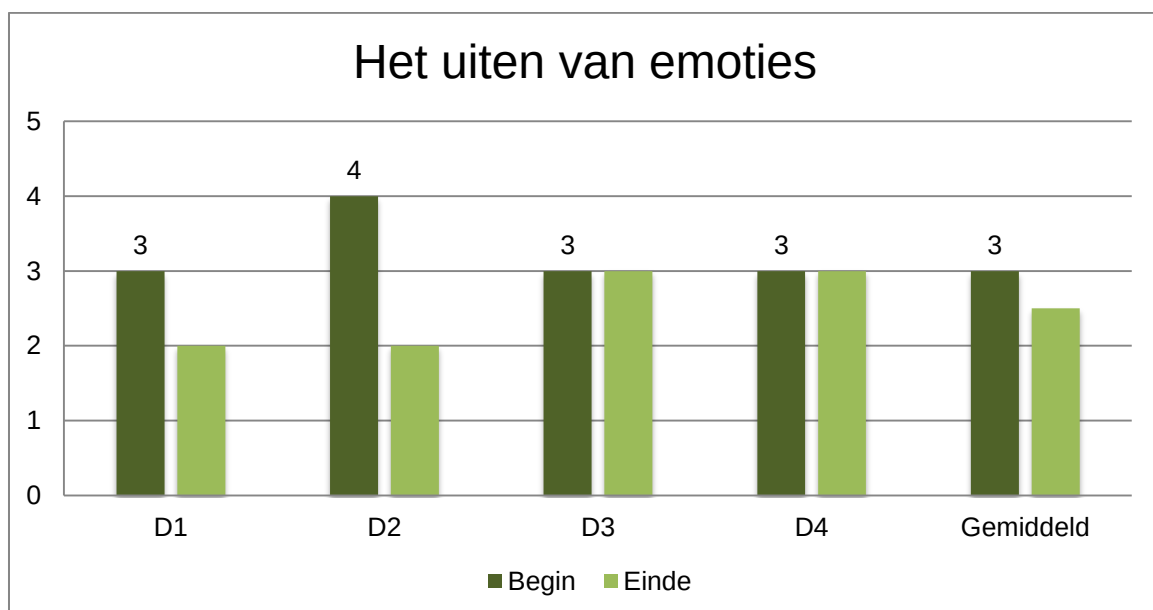


Figuur 4: Lichaamswaarneming en lichaamsbesef, resultaten vragen 2 t/m7 (uitkomsten zijn gedeeld door het aantal vragen)

Verklaring en interpretatie:

Gemiddeld is in figuur 4 te zien dat de lichaamswaarneming en het lichaamsbesef omhoog zijn gegaan. Dit is te verklaren doordat de deelnemers tijdens de bijeenkomsten met hun lichaam bezig zijn geweest. Drie van de vier personen hadden voor het onderzoek nog geen ervaring met dans- en bewegingstherapie, waarbij de waarneming en het besef omhoog is gegaan. Eén deelnemer had al wel ervaring met dans- en bewegingstherapie, de deelnemer is zich er bewust van geworden dat sommige sensaties nog niet duidelijk worden waargenomen of gevoeld. Bewust worden stond bij alle deelnemers centraal.

In figuur 5 staan de resultaten van vraag 8. Dit gaat over de volgende vraag: Ik kan mijn emoties gemakkelijk uiten. De deelnemers zijn samen met de therapeut op zoek gegaan wat ze voelen, hoe ze zich voelen en het uiten hiervan.



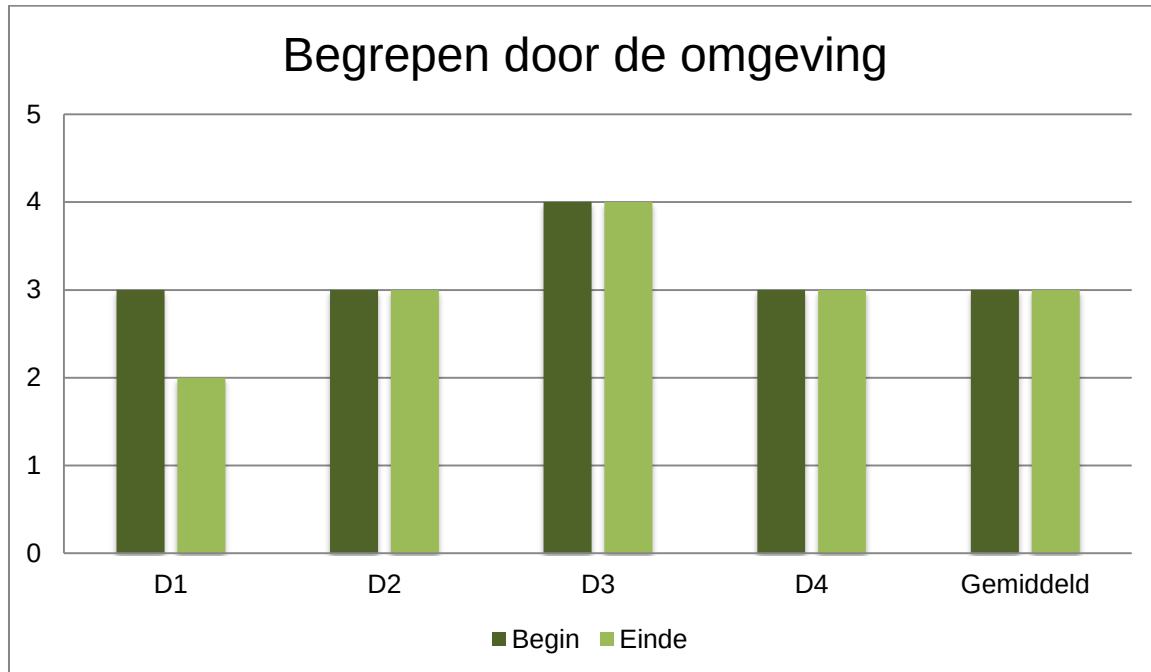
Figuur 5: Het uiten van emoties, resultaten vraag 8

Verklaring en interpretatie:

Gemiddeld is het uiten van de emoties omlaag gegaan. Dit komt omdat er twee deelnemers minder hebben gescoord bij de eindmeting. Door de bijeenkomsten van dans- en bewegingstherapie zijn de

deelnemers in aanraking gekomen met nieuwe emoties, waarvoor nog een manier gevonden moet worden om deze te uiten.

In figuur 6 staan de resultaten van vraag 9. Dit gaat over de volgende vraag: Ik voel me begrepen door de mensen om mij heen. De omgeving kan een positieve of negatieve bijdrage hebben aan de kwaliteit van leven bij mensen met psychosomatische klachten.

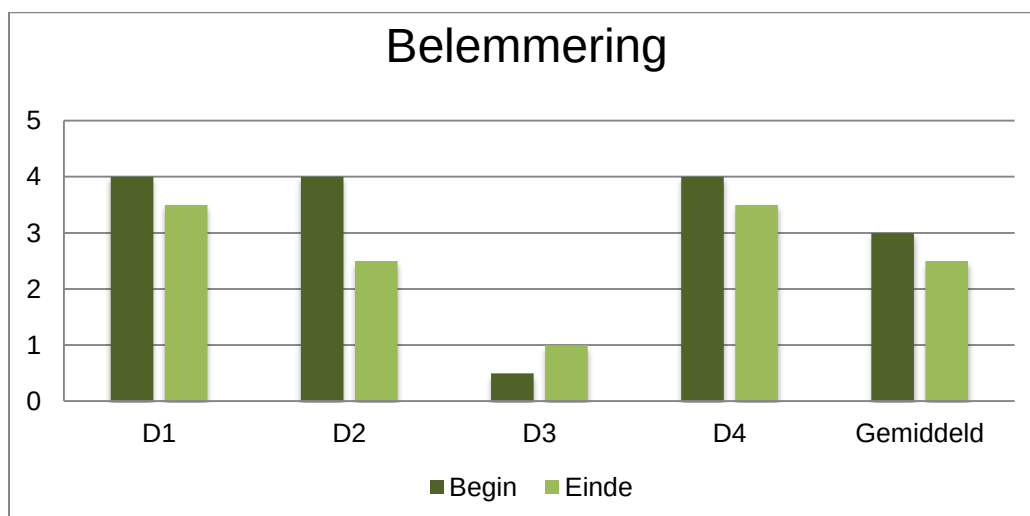


Figuur 6: Begrepen door de omgeving, resultaten vraag 9

Verklaring en interpretatie:

Zoals je in figuur 6 kunt zien is het gemiddelde niet veranderd bij de deelnemers. Bij deelnemer 1 is wel een verschil te zien, het is afgenomen van 'soms' naar 'niet'. Het zou ermee te maken kunnen hebben dat de deelnemer zich bewuster is geworden van de omgeving en wat deze met haar doet. De omgeving is in het onderzoek er niet echt bij betrokken, dus daarom is er bij de andere geen verschil te zien.

In figuur 7 staan de resultaten van vraag 10 en 11. Deze vragen gaan over belemmering, namelijk de vragen: Mijn klachten belemmeren mij in het contact met anderen, ik voel me belemmerd door mijn lichamelijke klachten. De mate waarin de deelnemer zijn klachten belemmerend ervaart, hebben een bijdrage aan de kwaliteit van leven.



Figuur 7: Belemmering, resultaten vragen 10 en 11 (uitkomsten zijn gedeeld door het aantal vragen)

Verklaring en interpretatie:

In figuur 7 kun je zien dat gemiddeld de belemmering van de klachten omlaag is gegaan. Dit is te verklaren doordat de deelnemers tijdens de bijeenkomsten aandacht hebben besteed aan ontspanning, acceptatie, focus verleggen. Hierdoor ligt de focus minder op de klachten en wordt de belemmering ook minder.

3.2.2 Analyse kwalitatieve gegevens

Het derde onderdeel van de vragenlijst bij de nameting, bestond uit een aantal open vragen. Deze vragen zijn gericht op veranderingen van lichamelijke klachten en bewegingen waaraan dans- en bewegingstherapie een bijdrage heeft geleverd.

De openvragen zijn geanalyseerd door de kernwoorden van de deelnemers eruit te halen en deze samen te voegen. De woorden zijn samengevoegd op wordle.net, waarna het onderstaande figuur eruit is gekomen. De kernwoorden die het meeste gebruikt zijn, zijn groot aangegeven. De kernwoorden die minder gebruikt zijn, zijn klein aangegeven.

- Resultaten open vragen achteraf:

In figuur 8 staan de belangrijkste kernwoorden van het open interview aan het einde van de bijeenkomsten. Het is duidelijk dat 'ontspanning' het meeste naar voren komt in figuur 8 'Nieuwe bewegingen', 'aandacht voor het lichaam', 'rust', 'flexibeler' en 'prettig gevoel' komen in het figuur ook naar voren.



Figuur 8: Resultaten open vragen achteraf

Verklaring en interpretatie:

Het kernwoord 'ontspanning' is bij de openvragen het meeste gebruikt door de deelnemers in figuur 8. Ontspanning is een behoefte van de deelnemers. Ontspanning is de grootste verandering bij de deelnemers die dans- en bewegingstherapie heeft opgeleverd. Ontspanning heeft een positieve werking op de kwaliteit van leven bij mensen met psychosomatische klachten, het zorgt ervoor dat ze de klachten kunnen tolereren.

Ontspanning is op verschillende manieren aangepakt met de deelnemers tijdens de bijeenkomsten. Hierin komen de andere kernwoorden naar voren. Nieuwe bewegingen, rust en aandacht voor het lichaam zijn gebruikt om de deelnemers meer ontspanning te geven.

- Resultaten open interview:

Na het afnemen van de vragenlijsten, heeft er een open interview met elke deelnemer plaatsgevonden. Hierin kregen beide onderzoekers de mogelijkheid verdiepende vragen te stellen over de onderzoeksvragen. Deze interviews zijn met audio-opnames opgenomen en daarna uitgewerkt. Door middel van codering zijn er kernwoorden uitgehaald en verwerkt met wordle.net in een figuur. De figuren zijn ingedeeld in verschillende categorieën:

- Lichamelijk aspect;
- Sociaal aspect;
- Expressief aspect;
- Belangrijke aspecten en interventies.

Per categorie kan je zien wat belangrijk is geweest en wat het heeft opgeleverd. Bij de belangrijke aspecten en interventies, wordt er ook aangegeven wat minder prettig was of waar meer behoefte aan was.

In figuur 9 zijn de resultaten te zien van het lichamelijk aspect. De kernwoorden 'tijd voor mezelf', 'ontspanning' en 'bewustwording' komen in figuur 9 het meeste naar voren.



Figuur 9: Resultaten open interview lichamelijk aspect

Verklaring en interpretatie:

In figuur 9 is de positieve bijdrage te zien die het lichamelijk aspect heeft gehad tijdens de bijeenkomsten. In de open interviews kwam bewustwording heel sterk naar voren bij elke deelnemer en is ook één van de meest opvallende kernwoorden bij het lichamelijk aspect. Bewustwording zorgt ervoor dat de deelnemers zich bewust zijn van wat ze voelen en de verbinding tussen lichaam en psyche. Het lichamelijk aspect wordt ook geassocieerd met ruimte en tijd voor jezelf maken, waardoor er ruimte komt voor ontspanning.

In figuur 10 zijn de resultaten te zien van het sociale aspect. Het kernwoord 'steun' komt in figuur 10 het meest naar voren. 'Gefocust op de ander', 'samen' en 'begin onveilig' zijn kernwoorden die daarna opvallen.



Figuur 10: Resultaten open interview sociaal aspect

Verklaring en interpretatie:

In figuur 10 is de positieve bijdrage te zien die het sociaal aspect heeft gehad tijdens de bijeenkomsten. In de open interviews kwam steun het meeste naar voren. Omdat de bijeenkomsten in een groep plaatsvonden, konden de deelnemers steun bij elkaar vinden. Dit zorgt ervoor dat je, je niet alleen voelt met je klachten. Het sociaal aspect heeft ook kernwoorden die belangrijk zijn om mee te nemen. In het begin was het onveilig, gaven een aantal deelnemers aan. Omdat de deelnemers in een groep zitten, is het belangrijk dat er veiligheid wordt opgebouwd en dat je als therapeut hier de tijd voor neemt. Ook zorgt het sociaal aspect ervoor dat sommige deelnemers zich heel erg gingen richten op de ander, i.p.v. op zichzelf. Toch kwam er uiteindelijk wel veiligheid en een gevoel van samen.

In figuur 11 zijn de resultaten te zien van het expressieve aspect. De kernwoorden 'spelen', 'leuk' en 'activerend' komen in figuur 11 het meest naar voren. 'Vormgeving emoties' is een kernwoord wat daarna naar voren komt.



Figuur 11: Resultaten open interview expressief aspect

Verklaring en interpretatie:

In figuur 11 is de positieve bijdrage te zien die het expressief aspect heeft gehad tijdens de bijeenkomsten. In de open interviews kwamen spelen, leuk en activerend het meeste naar voren. Het expressieve aspect legt de focus buiten jezelf en is een manier om vorm te geven aan je emoties. Het is duidelijk terug te zien dat de deelnemers het als prettig hebben ervaren en dat de focus buiten jezelf leggen, positief is geweest voor de deelnemers.

- Resultaten LMA coding sheet:

De LMA coding sheet is gebruikt om de bewegingen van de deelnemers te kunnen analyseren en veranderingen zichtbaar te maken. Samen met Leonie zijn de LMA coding sheets ingevuld, hierdoor voorkom je verkeerde interpretaties.

In tabel zijn de observaties van het begin en het einde te zien. Hierdoor is het mogelijk om het te kunnen vergelijken en de ontwikkeling zichtbaar wordt.

Tabel 1: LMA resultaten

	Begin	Einde	Ontwikkeling
D1	- Beweegt vooral armen en benen, bovenlichaam beweegt niet - Ademhaling is niet hoorbaar of zichtbaar - De verbindingen in het lichaam zijn niet verbonden. - Body flow: successievelijk bewegingen voor zichzelf, in contact sequentially - Er is veel spanning in borst en nek - Gericht op de eigen kleine kinesfeer - Beweegt in middenlaag - Flow: bound - Time: sustained - Weight: light - Space: individueel indirect en direct in contact	- Beweegt alle lichaamsdelen, vaak afzonderlijk van elkaar - Ademhaling is hoorbaar en snel, wisselt af tussen diep en oppervlakkig. - Verbindingen: core/distaal, spinaal en breath. - Body flow: sequentially. - Gericht op eigen kinesfeer en op algemene ruimte - De lagen wisselen elkaar af. - Flow: bound en soms free - Time: sustained, verandert in quick in contact - Weight: light - Space: individueel indirect en direct in contact	Wat opvalt is dat deelnemer 1 haar hele lichaam beweegt en heel duidelijk haar ademhaling hierin gebruikt om haar te sturen. Hierdoor worden de verschillende lagen gebruikt in de ruimte. In contact reageert deelnemer 1 direct en als deelnemer 1 voor zichzelf beweegt is het indirect. Hieruit lijkt dat deelnemer 1 zich veiliger voelt in haar eigen kinesfeer dan in de algemene ruimte. Deelnemer 1 wil de controle behouden, maar kan wel ruimte voor zichzelf creëren. Meeste veranderd in de categorie body.
D2	- Beweegt vooral armen en benen, hoofd/nek,	- Beweegt vooral armen en benen, maar rest van het	In het begin zette deelnemer 2 haar lichaam niet bewust

	bovenlichaam en heupen worden niet gebruikt - Ademhaling is niet hoorbaar of zichtbaar - De verbindingen in het lichaam zijn niet verbonden - Body flow: sequentially - Houding: als een muur - Gericht op de algemene ruimte - Beweegt in bovenlaag - Flow: bound - Time: sustained - Weight: light - Space: niet duidelijk zichtbaar	lichaam wordt ook meegenomen - Ademhaling is niet hoorbaar, maar wel soms zichtbaar - Verbindingen in het lichaam zijn niet duidelijk zichtbaar - Body flow: sequentially - Gericht op kinesfeer en algemene ruimte - Beweegt in alle lagen - Flow: bound - Time: sustained - Weight: light - Space: niet duidelijk zichtbaar	in, had veel spanning en was vooral gericht op de algemene ruimte. Deelnemer 2 gebruikt nu haar hele lichaam in de beweging en kan zich richten op de eigen kinesfeer. De verschillende lagen worden afwisselend gebruikt en als prettig ervaren. Ook wordt de ruimte meer gebruikt. Meeste veranderd in de categorie space.
D3	- Beweegt vooral het bovenlichaam, onderlichaam wordt niet gebruikt - Ademhaling zit hoog - De verbindingen die zichtbaar zijn in het lichamen zijn head – tail. - Body flow: successievelijk. - Gericht op de algemene ruimte - Beweegt in middenlaag - Flow: niet duidelijk zichtbaar - Time: sustained en sudden - Weight: strong - Space: niet duidelijk zichtbaar	- Beweegt alles van het lichaam, opvallend zijn de handen. - De ademhaling is diep en langzaam. - De verbindingen die zichtbaar zijn in het lichamen zijn head – tail. - Body flow: successievelijk - Gericht op kinesfeer en algemene ruimte - Beweegt in alle lagen - Flow: bound - Time: sustained - Weight: strong, bewegingen in handen zijn light - Space: niet duidelijk zichtbaar	Deelnemer 3 vond het vanaf het begin al fijn om te bewegen, maar zette het lichaam niet bewust in. In het begin was er veel spanning en bleef de ademhaling hoog, aan het einde was de ademhaling diep en was er meer rust in het lijf. Deelnemer 3 heeft de lagen leren kennen en gebruikt nu alle lagen. Meeste veranderd in de categorie body.
D4	- Beweegt vooral armen, handen, benen, voeten en hoofd. Het bovenlichaam beweegt niet - Ademhaling zit hoog en wordt vaak onderbroken - Lichaamsverbindingen zijn niet zichtbaar - Body flow: simultaan en sequentially - Veel spanning in het middenrif en aan de voorkant van het bovenlichaam - Lichaam veranderd voortdurend van vorm - Geen lichaamsdeel staat stil - Gericht op de algemene ruimte en op de kinesfeer, de kinesfeer is groot - Bewegingen zijn driedimensionaal - Flow: free in armen en	- Beweegt armen, handen, benen, voeten, hoofd en centrum - De ademhaling is niet hoorbaar of zichtbaar - Lichaamsverbindingen zijn upper-lower en body-half - Body flow: successievelijk met een focus, sequentially zonder focus - Gericht op de kinesfeer - Beweegt in de boven laag - Flow: bound - Time: niet duidelijk zichtbaar - Weight: strong en light - Space: direct en indirect	In het begin leek deelnemer 4 zich niet bewust van zijn lijf. Alle lichaamsdelen vlogen alle kanten op, maar het bovenlichaam bleef stil en was veel spanning. Aan het einde focuste deelnemer 4 zich en zette het lichaam bewust in. Deelnemer 4 kon rust nemen, waardoor de spanning in het lichaam afnam. Lichaamsverbindingen werden zichtbaar en konden worden ingezet om bewegingen tot stand te laten komen. De kinesfeer werd bewuster ingezet en minder groot. Meeste verandert in de categorie body.

	benen, bound in bovenlichaam - Time: niet duidelijk zichtbaar - Weight: light - Space: lichaam is indirect, hoofd is direct		
--	--	--	--

Verklaring en interpretatie:

In tabel 1 is te zien wat voor veranderingen er zijn geweest bij de deelnemers in beweging. Drie van de vier deelnemers hadden geen ervaring met het vak, wat zorgde voor spanning in het lichaam. De veiligheid moest ook worden opgebouwd, waardoor de meeste deelnemers veel gericht waren op de ander of veel sturing nodig hadden van de therapeut. De ademhaling was vaak niet hoorbaar of zichtbaar aanwezig en deelnemers waren zich hier ook niet bewust van. Effort was vaak al wel aanwezig, maar daar waren deelnemers ook niet bewust van.

Nadat er meer veiligheid kwam in de groep en de deelnemers zich bewuster werden van hun lichaam, kwam er ruimte voor de eigen behoeftes en durfden ze meer te experimenteren. Bewegingen zijn duidelijker geworden. Dit is te verklaren omdat Leonie de bijeenkomsten heeft gericht op het uitbreiden en het helder maken van de bewegingen.

De dansaspecten kan ik koppelen met de categorieën van Laban.

- Lichamelijk aspect: terug te zien in body of body in relatie met shape;
- Sociaal aspect: terug te zien in space of space in relatie met shape;
- Expressief aspect: terug te zien in effort

Body is bij de deelnemers het meeste aanwezig geweest. Dit wil niet zeggen dat de andere categorieën niet belangrijk zijn geweest. Het lichamelijk aspect was belangrijk om bewust te worden van het lichaam. Bij een aantal deelnemers was het lastig om naar het lichaam toe te gaan, omdat ze teveel gericht waren op de algemene ruimte. Het sociaal aspect is hierin daarom belangrijk. Het expressieve aspect was belangrijk om bewust je lichaam in te zetten bij een beweging en bewegingen van andere deelnemers over te nemen. Het expressieve aspect mengde zich daarom vaak in het lichamelijk of sociaal aspect.

- Resultaten lichaamstekening:

In deel 2 van de vragenlijsten hebben de deelnemers vooraf en achteraf een lichaamstekening ingevuld. Hierin konden de deelnemers met kleur aangeven welke sensaties ze doelden en waar. De sensaties die ze konden aangeven waren:

- Pijn: blauw;
- Prettig: oranje;
- Gespannen: rood;
- Ontspannen: groen

In tabel 1 kun je de resultaten zien van de lichaamstekeningen vooraf, achteraf en de ontwikkeling.

Figuur 13: Resultaten lichaamstekeningen

	Tekening begin	Tekening einde	Ontwikkeling
D1	Er zijn rode streepjes te zien op het voorhoofd, bij de schouders, op het borstbeen, kuit en voeten en aan de linker onderkant van het schouderblad.	Er zijn blauwe streepjes te zien op de voor- en achterkant van de schouders. Een kring rondom de navel en de achterkant van de enkels en de voeten zijn met blauw ingekleurd.	Aan de kleur is te zien dat de ontwikkeling is gegaan van spanning naar pijn. Schouders en voeten/onderbenen zijn nog steeds zichtbaar. De spanning van het voorhoofd en de borst is niet meer zichtbaar. Pijn rondom de navel is wel zichtbaar geworden. Het valt op dat er geen positieve sensaties worden beschreven.
D2	De schoudergordel en rug zijn	De schoudergordel en de	Aan de kleur is te zien dat er

	blauw ingekleurd. De rest van het lichaam is fel rood gekleurd. Het hoofd is niet ingekleurd.	armen zijn licht rood ingekleurd. De rest van het lichaam, inclusief het hoofd, zijn groen ingekleurd.	in het begin vooral spanning en pijn zichtbaar was. Dit is veranderd naar een ontspannen lichaam met uitzondering van de schoudergordel en armen, deze worden nog steeds als gespannen beleefd.
D3	Voeten en kuiten zijn blauw gekleurd. De schouders zijn rood gekleurd. De rest van het lichaam is groen en oranje door elkaar gekleurd. Het hoofd is niet ingekleurd.	De voeten zijn blauw ingekleurd. De benen en de billen zijn oranje gekleurd. De onderrug en schouders zijn rood gekleurd. Het hoofd en de rest van het lichaam zijn groen gekleurd.	De pijn is afgenomen. De spanning is minder geworden en de plekken zijn gedifferentieerder aangegeven. De ontspannen en prettige plekken in het lichaam zijn van elkaar gescheiden en in de hoeveelheid vergroot. Ook het hoofd wordt als ontspannen ervaren.
D4	Het voorhoofd is oranje ingekleurd. De benen zijn groen ingekleurd. De schouders, het buikgebied en de hele wervelkolom zijn rood gekleurd. De keel, het middenrif en de rechterknie zijn blauw gekleurd.	Het gezicht is oranje gekleurd. Een gedeelte van het buikgebied is blauw gekleurd. De nek, schouders en een gedeelte van de onderrug zijn rood gekleurd. De rest van het lichaam is fel groen ingekleurd.	De ontspanning is in een heel groot gedeelte van het lichaam toegenomen. De spanning in het lichaam is afgenomen en vooral zichtbaar aan de achterkant van het lichaam. De pijn is deels afgenomen en deels toegenomen. Het prettige gebied in zijn hoofd is vergroot.

Verklaring en interpretatie:

Zoals je kunt zien in tabel 1 zijn de lichaamstekeningen van de deelnemers veranderd. Bij deelnemer 1 zijn er sensaties niet meer voelbaar of hetzelfde gebleven, maar het meeste valt op dat de spanning pijn is geworden. Door de bewustwording heeft deelnemer 1 de spanning weten te vertalen, waardoor het een betekenis krijgt. Bij deelnemer 2 valt het op dat de spanning en pijn sterk is afgenomen en de ontspanning is toegenomen. Bij deelnemer 3 is de pijn heel erg afgenomen en zijn de verschillende sensaties beter zichtbaar geworden. Bij deelnemer 4 is de ontspanning voor een groot gedeelte toegenomen en is de spanning afgenomen. De pijn is verplaatst, maar het kan zijn dat het hierdoor duidelijker is geworden waar de pijn zich precies bevindt.

3.2.3 Vergelijking kwantitatieve en kwalitatieve gegevens

Door het vergelijken van de kwantitatieve en kwalitatieve gegevens, wordt het zichtbaar of er overeenkomsten zijn. In dit onderzoek zijn er wel degelijk overeenkomsten.

De overeenkomst vindt je vooral in de ontspanning bij de deelnemers. De deelnemers geven zelf in de vragenlijsten en het open interview aan dat de ontspanning is toegenomen, dit is ook terug te zien in de LMA coding sheets en in de lichaamstekeningen. Tijdens de bijeenkomsten is er met de deelnemers gewerkt aan het verbreden van hun bewegingspatronen en het helder krijgen hiervan. Dit is ook te horen in de open interviews en terug te zien in de LMA coding sheets. Bewegingen worden door de deelnemers bewuster ervaren en worden hierdoor ook beter zichtbaar.

De bijdrage van de aspecten wordt vooral zichtbaar in de open interviews en kan gekoppeld worden aan de LMA codingsheets. Het lichamelijk aspect wordt vooral ervaren als ontspanning, bewustwording en tijd voor jezelf maken, wat duidelijk terug te lezen is in de LMA coding sheets bij de categorie body. Het sociaal aspect wordt vooral ervaren als spannend in het begin, maar als de veiligheid er is als steunend. Dit is terug te zien in de LMA coding sheets bij de categorie space, maar

laat ook zien waarom je wel of niet met deze doelgroep in een groep kunt werken. Het expressieve aspect wordt ervaren als activerend, spelen en leuk, wat terug te lezen is in de LMA coding sheets bij de categorie effort. Het laat zien dat het voor afleiding zorgt bij de deelnemers, wat belangrijk kan zijn om niet de focus op de klachten te leggen. Hieruit kan ik concluderen dat de diverse resultaten elkaar aanvullen en bevestigen.

4. Discussie

4.1 Verklaring en interpretatie van de resultaten

In dit onderzoek is er gewerkt vanuit twee principes die zijn onderzocht. Het eerste gedeelte gaat erover wat het lichamelijke, sociale en expressieve aspect binnen de dans- en bewegingstherapie kunnen bijdrage bij volwassenen met psychosomatische klachten. Het tweede gedeelte gaat over de werkwijze en interventies die ingezet kunnen worden bij deze doelgroep.

De resultaten van deze twee onderdelen zijn in de discussie onder elkaar gezet, waarna ze later aan elkaar gekoppeld kunnen worden. Door de twee onderdelen aan elkaar te koppelen, kan er een antwoord komen op de vraagstelling.

- Deel 1: Wat is de bijdrage van het lichamelijk, sociaal en expressief aspect binnen dans- en bewegingstherapie bij volwassenen met psychosomatische klachten?

In het onderzoek was het de bedoeling dat de therapeut een behandeling zou aanbieden aan volwassenen met psychosomatische klachten, gericht op het lichamelijk, sociaal en expressief aspect. Zoals al eerder in het verslag is beschreven, is dit helaas niet gelukt door het terugtrekken van de onderzoek plek.

Ik heb de werkvormen van Leonie geobserveerd en beschreven welke aspecten erin voorkomen. Op deze manier heb ik gekeken welke aspecten zijn ingezet en in welke fase van de behandeling. Hieronder staan de aangeboden werkvormen binnen verschillende aspecten.

Fase 1: Veiligheidsfase.

- Kring, lichaam losmaken en leiding nemen (lichamelijk en sociaal aspect)
- Tikkertje, eigen ruimte en titel geven aan je bevindingen (sociaal, lichamelijk en expressief)
- Verschillende tempo's, muziek laten inspireren en eigen plek (expressief, sociaal en lichamelijk)

Fase 2: Doorwerkfase.

- Bodycheck, lichaam inzetten op verschillende manieren en bewegingen uitwisselen (lichamelijk en sociaal aspect)
- Met materiaal in beweging, concentratiespel, samen ritme zoeken en eigen plek (expressief, sociaal en lichamelijk aspect)
- Onderlaag onderzoek (lichamelijk aspect)

Fase 3: Afrondende fase.

- Dierenkaarten als inspiratiebron en contact maken met elkaar (expressief, sociaal en lichamelijk aspect)

Wat opvalt in fase 1, is dat alle aspecten aan bod zijn gekomen, maar het lichamelijk aspect het meeste aanwezig was tijdens de bijeenkomsten. In fase 2 was ook het lichamelijk aspect het meeste aanwezig en in fase 3 kwam het expressief aspect het meeste naar voren.

Wat ik opvallend vind is dat er veel aan het lichamelijk aspect werd gedaan in de veiligheidsfase, maar dit voor sommige deelnemers niet lukte, omdat de veiligheid er nog niet was. Zowel in het eigen lichaam als in de groep. Tijdens de eerste bijeenkomst werd er gewerkt vanuit de kring en werden de deelnemers gelijk uitgedaagd om de leiding te nemen. Je zag hierbij dat er een aantal deelnemers dichtsloegen en juist minder gingen bewegen. Bij de tweede bijeenkomst werd er begonnen met het spelletje tikkertje. Hierbij werd heel duidelijk zichtbaar dat de deelnemers loskwamen en op een fijne manier contact konden aangaan met elkaar. De werkvorm die daarna volgde in het lichamelijk aspect, werd beter opgepakt dan die van de eerste bijeenkomst.

Het lichamelijk aspect in de veiligheidsfase was wel belangrijk voor de deelnemers om bewust te worden van hun lichaam en het contact met het eigen lichaam te laten groeien. De deelnemer werden zich meer bewust van het eigen lichaam, waar klachten zich precies bevinden, waar ze spanning in het lijf voelen en hoe het lichaam beweegt. Hierdoor konden vragen over het lichaam, zelf beantwoord worden.

Doordat de deelnemers zich meer bewust werden van hun eigen lichaam, werden de deelnemers ook meer bewust van wat voor gevoel in het lichaam voelbaar was. Soms voelden de deelnemers eerst dat ze onrustig waren, waar later een emotie of behoefte aan gekoppeld kon worden. Hierdoor werd er een betekenis verleend aan lichaamssignalen.

Dit wordt ook bevestigd door het onderzoek van Mehling et al. (2011). Zij zeggen dat wanneer het lichaam in wordt gezet, men de interactie tussen het lichaam en de geest beter kan begrijpen. Het lichaam is een kerngedeelte waarin emoties en gevoelens worden opgeslagen. Het proces wat wordt

gestart binnen lichaamsgericht werken, zorgt voor verschuivingen in het bewustzijn van lichamelijke sensaties en emoties. Dit zorgt ervoor dat klachten beter gerationaliseerd kunnen worden en emoties niet vast blijven zitten in het lichaam. Hierdoor is er meer connectie tussen het lichaam en de geest. Het expressief aspect, zoals de werkvorm met de titel in bijeenkomst 2, was goed voor de deelnemers, omdat ze op deze manier ook leren reflecteren. In bijeenkomst 3 werd het expressieve aspect ingezet door muziek op te zetten en je hierdoor te laten inspireren. De deelnemers vonden dit erg steunend en sturend, de bevindingen waren dus positief. Muziek is een laagdrempelige manier om kennis te maken met het expressieve aspect in de veiligheidsfase. Door het ritme wat er in muziek zit, kunnen de deelnemers dit volgen en voelen als structuur. Ook zorgt het voor veiligheid omdat de ruimte gevuld wordt met geluid.

Fase 2 is de doorwerkfase, een fase waarin er in principe meer ruimte is voor emoties en verdieping van de reflectie. De deelnemers zijn al bekend met de manier van werken, kennen elkaar al wat beter en kunnen wat meer geconfronteerd worden. In de vierde bijeenkomst was toch te merken, dat het hier nog te vroeg voor was. De deelnemers gaven aan dat het niet veilig genoeg was en dat ze behoefte hadden aan meer sturing. De manier van aanbieden was te vrij en sommige deelnemers sloegen dicht. In de vijfde bijeenkomst werd het expressieve aspect weer meer ingezet door middel van materiaal en spel. De veiligheid nam toe bij de deelnemers, waardoor er meer ruimte kwam voor beweging en beleving. De zesde bijeenkomst was weer meer gericht op het lichamelijk aspect, maar dit keer konden de deelnemers zich overgeven aan hun lichaam. Duidelijk werd dat ze zich veilig voelden in de groep en zich daarom konden richten op zichzelf.

Fase 3 was de afrondende fase. We hebben hier één bijeenkomst aan besteed. Alle drie de aspecten kwam hierin aanbod. Het lichamelijk aspect zat erin waarbij de deelnemers moesten nagaan hoe hun lichaam aanvoelde en welke behoefte ze eigenlijk hadden. Het sociaal aspect zat erin, omdat de deelnemers werden uitgenodigd om contact met elkaar te zoeken. Het expressieve aspect was leidend in de bijeenkomst en dat zorgde voor een losse sfeer. De deelnemers maakten de verbinding tussen hun lichaam en het inspiratiemateriaal en konden zo op een veilige manier in beweging komen. Ze gebruiken het dier om te bewegen, maar eigenlijk maken ze een koppeling met hoe ze zichzelf voelen.

Wanneer deelnemers bijvoorbeeld die onrust voelden, werd het lichaam hierbij betrokken door te vragen waar die onrust gevoeld werd etc. Ook met emoties werd het lichaam betrokken door te vragen wanneer dat gevoel het meest aanwezig is, waar het gevoel het meest aanwezig is of op welke momenten er iemand een verandering voelt in het lichaam. Zo was het lichamelijke aspect telkens betrokken bij de patiënt en stond het lichaam net zo centraal als de andere aspecten.

Dit proces liep door naar fase drie, de afrondende fase. Binnen deze fase hebben de deelnemers geëvalueerd wat zij hebben ontwikkeld binnen danstherapie. Er is gekeken naar het beeldmateriaal wat is opgenomen tijdens de therapieën. Hierin hebben de patiënten zelf gekeken naar wat er is ontwikkeld en heb ik ook aan de patiënten teruggegeven wat ik heb gezien in de ontwikkeling. Het aspect wat hierbij belangrijk was, was het expressieve aspect, omdat patiënten betekenis gingen verlenen aan de therapie en zij uitdrukten wat belangrijk en leerzaam was geweest voor hen. Wat de deelnemers hebben ontwikkeld op persoonlijk gebied, was ook vaak terug te zien in beweging. Hierop zal verder worden doorgegaan in deel b, welke uitwerking de therapie heeft op de deelnemers. Het sociale aspect kwam binnen deze fase naar voren, omdat er samen met de groep werd afgerond en werd geëvalueerd. Een intensief groepsproces werd afgesloten, wat met de hele groep werd gedaan.

De aspecten werden ook opvallend veel gebruikt tijdens het reflecteren, zowel door de therapeut als de deelnemers. De reflectie ging vaak over wat heb ik gevoeld in mijn lijf en wat heeft de therapeut zien gebeuren in het lijf. Hoe was het om contact te maken met andere deelnemers of hoe het was om via een inspiratiebron te bewegen.

Om een proces te kunnen doorlopen is het dus belangrijk om alle drie de aspecten in te zetten, maar is het aftasten wat het beste werkt voor de groep. Het lichamelijke aspect is het meest passend in de eerste veiligheidsfase van de behandeling om lichaamsbewustzijn te creëren, maar het sociaal aspect moet hierin verweven worden om de veiligheid in de groep te kunnen creëren. Hiervoor zijn spelvormen een goede manier om het ijs te breken, waarna je daarna in stapjes het lichamelijk aspect kunt inzetten en eventueel het expressieve aspect erbij kunt betrekken om structuur te bieden aan de deelnemers. Ook de veiligheidsfase is erg belangrijk bij deze doelgroep. Deelnemers hebben vaak moeite met zich veilig voelen in hun eigen lichaam en in de groep vanwege trauma's of schaamte. De eerste fase om te leren luisteren naar het lichaam en dat lichaamsbewustzijn te creëren is daardoor een belangrijke basis om verder te kunnen.

In het onderzoek komt naar voren dat er vaak een combinatie gemaakt moet worden van de aspecten omdat het elkaar aanvult en versterkt. Alleen het lichamelijk, sociaal of expressief aspect zal niet voldoende zijn, zo beschrijft ook Kerstens (2012) in haar onderzoek naar het lichamelijk aspect bij patiënten met OLK. Zij beschrijft dat ze erachter is gekomen dat het lichamelijke aspect als uitgangspunt te klein is. Om alleen met het lichamelijke aspect te werken binnen dans- en bewegingstherapie is niet effectief genoeg dus zal het uitgebreid moeten worden met het sociale en expressieve aspect.

Uit haar onderzoek en mijn onderzoek blijkt dus dat lichaamsgericht werken een goede aanpak is voor de doelgroep, maar het expressieve en het sociale aspect ingezet kunnen worden om tot lichaamsbewustzijn te komen.

- Deel twee: Welke werkwijze en interventies kunnen worden ingezet bij volwassenen met psychosomatische klachten?

Om een antwoord te krijgen op deze vraag, zijn er een aantal middelen ingezet. Er is gebruik gemaakt van vragenlijsten, open interviews en het LMA coding sheet. De uitkomsten hiervan zijn in hoofdstuk 3 resultaten beschreven.

De vragenlijst bestaat uit drie delen. In deel 1 zijn de klachten geïnventariseerd, het lichaamsbewustzijn, het uiten van emoties, de belemmering van de klachten en de omgevingsfactoren onderzocht. Het onderzoeken hiervan was niet zozeer om echt iets te meten zoals in een kwantitatief onderzoek, maar meer om een indruk te krijgen van de deelnemers, hun klachten en de factoren die erbij komen kijken.

Wat hierin naar voren komt, is dat de bijeenkomsten iets positiefs gedaan hebben voor de deelnemers. Hierin wordt aangetoond dat we werkwijze en interventies van de therapeut iets hebben bijgedragen voor de deelnemers wat betreft de kwaliteit van leven.

In de open vragen werd er gericht gevraagd naar de bijeenkomsten van dans- en bewegingstherapie. Het kernwoord 'ontspanning' komt bij de open vragen het meeste naar voren in figuur 8. Ontspanning is de grootste verandering bij de deelnemers die dans- en bewegingstherapie heeft opgeleverd.

Ontspanning heeft een positieve werking op de kwaliteit van leven bij mensen met psychosomatische klachten. Het zorgt ervoor dat ze de klachten kunnen tolereren, waarna je kunt concluderen dat de werkwijze en interventies iets positiefs hebben bijgedragen voor de deelnemers. Nieuwe bewegingen, rust en aandacht voor het lichaam zijn gebruikt om de deelnemers meer ontspanning te geven.

In figuur 9 zie je de resultaten naar aanleiding van het open interview over de werkwijze en interventies van de bijeenkomsten. Belangrijke kernwoorden hierin zijn 'tijd voor mezelf', 'ontspanning' en 'bewustwording'. Je zou hieruit kunnen concluderen dat thema's zoals tijd maken, ontspanning en bewustwording leidend kunnen zijn voor een behandeling bij volwassenen met psychosomatische klachten en belangrijk is om hier tijd aan te besteden.

Wat zichtbaar is, is dat lichaamsbewustzijn een belangrijk punt is geweest tijdens de bijeenkomsten. Het is een resultaat dat laat zien dat je dit kunt behalen met dans- en bewegingstherapie, wat dans- en bewegingstherapie geschikt maakt voor deze doelgroep. Zodra de deelnemers bewust zijn van hun lichaam, emoties en van wat ze voelen beter ervaren kunnen worden.

Hierin zou je de koppeling weer kunnen maken met de aspecten van dans- en bewegingstherapie. Door het lichamelijk aspect komen ze in contact met hun lichaam. Het sociaal aspect zorgt voor steunen, het delen van emoties en ervaring. Het expressieve aspect biedt een manier om de emoties tot een uiting te brengen of om deelnemers af te leiden van de klachten.

Het is ook mooi om te zien dat ontspanning en bewustwording bij elkaar worden genoemd door de deelnemers. Hierdoor zou je kunnen zeggen dat het bewust worden van emoties en lichaam voor ontspanning kan zorgen.

De deelnemers hebben ook meer inzicht gekregen in hun klachten. Waar de klachten vandaan komen en hoe ze op een andere manier kunnen reageren op hun klachten. Hun coping is hierin verbeterd waardoor ze op andere manieren met hun klachten of situaties om kunnen gaan.

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

kunnen worden en emoties niet vast blijven zitten in het lichaam. Hierdoor is er meer connectie tussen het lichaam en de geest waardoor er beter omgegaan kan worden met klachten.

In het onderzoek van Payne wordt dit ook benoemd. Zij heeft onderzoek gedaan naar lichaamsgericht werken bij patiënten met psychosomatische klachten. Een uitkomst van dat onderzoek, is dat patiënten meer de connectie konden zien tussen hun emotionele toestand zoals stress en zorgen en hun klachten en hun coping daardoor beter is ontwikkeld (Payne, 2009, p. 87).

Brauninger (2014) heeft een onderzoek gedaan naar danstherapeutische interventies en de uitkomsten daarvan wat betreft de kwaliteit van leven, stressreductie en stressmanagement. Het verminderen van psychosomatische klachten werden vooral bereikt door het werken met thema's, dansimprovisatie en synchroniseert in de elementen ruimte en effort. Het ondersteunde de patiënten in hun dagelijks leven.

Als ik kijk naar de bevindingen van mezelf en de deelnemers en het onderzoek van Brauninger zijn er een aantal elementen gebruikt in de bijeenkomsten, zoals dansimprovisatie en synchronisatie in de elementen ruimte en effort. De deelnemers gaven ook aan dat het fijn was om je bewegingen uit te breiden en vooral in de effort gewicht in te zetten.

Het element wat niet is ingezet tijdens het onderzoek, is thema's. Iets wat ik zelf graag wel had willen inzetten, als ik het onderzoek zelf had mogen uitvoeren. Thema's kunnen zorgen voor structuur en steun zowel voor de deelnemers als de therapeut.

Het doel om een therapeutische werkwijze als concept te ontwikkelen gebaseerd op de drie aspecten voor patiënten met psychosomatische klachten, is deels behaald. Tijdens het onderzoek heb ik gekeken naar de aspecten en wat ze kunnen bieden voor de doelgroep. Maar doordat ik zelf de werkvormen niet heb kunnen uitproberen en Leonie iets anders onderzocht heeft, kan ik geen concept ontwikkelen voor de behandeling van de doelgroep.

Het doel om te onderzoeken hoe je het toegankelijk kan maken voor volwassenen met psychosomatische klachten, is ook onderzocht. Vooral de werving en het vinden van een plek om het uit te voeren zijn punten die hierin meegenomen kunnen worden.

4.2 Sterkte/ zwakte analyse van het onderzoek

Na het beschrijven van de resultaten zijn er een aantal sterktes en zwaktes van het onderzoek naar voren gekomen.

Een zwak punt van het onderzoek is dat de actiefase niet zelf is uitgevoerd door de onderzoeker. De onderzoeker heeft hierdoor haar eigen plan niet kunnen uitvoeren en het moeten doen met de observaties die gedaan zijn bij het onderzoek van Leonie. Het is lastig om twee verschillende onderzoeksvragen en werkwijzen samen te voegen in één onderzoek. De onderzoeker had hierin meer voor zichzelf moeten opkomen, zodat het eigen onderzoek beter onderzocht had kunnen worden en er eventueel voor een middenweg gekozen had kunnen worden. Eventueel hadden we hierin ook een docent kunnen betrekken, om met ons mee te kijken.

Daarbij is het ook lastig om duidelijk te krijgen of het verminderen van de klachten, alleen aan de dans- en bewegingstherapie heeft gelegen. De deelnemers gaven aan dat het ook verschilt per periode van het jaar en de druk van school. Wel is er iedere bijeenkomst gevraagd wat de behoeftes waren van de deelnemers, zodat er aangesloten kon worden bij de deelnemers op dat moment.

Deelnemers gaven wel duidelijk aan dat het bewustzijn van het lichaam wel echt is verbeterd door de dans- en bewegingstherapie. Dit kwam doordat de meesten helemaal niet met hun lichaam bezig waren voor de bijeenkomsten en de klachten veroordeelden in plaats van op zoek te gaan naar de oorzaak.

Ook is het een zwak punt dat de deelnemers de therapie niet hebben kunnen integreren in hun dagelijks leven, omdat de oefeningen niet toereikend waren om thuis te doen en er ook geen opdrachten werden gegeven om thuis te doen of te oefenen.

Een andere zwakte van het onderzoek is de korte duur van de behandeling. Zeven bijeenkomsten van 1,5 uur waarbij je een groepsbehandeling doet, is niet erg lang en is het lastig om bij persoonlijke thema's van de deelnemers aan te sluiten. Ook de aanwezigheid van sommige deelnemers is een zwak punt. Er zijn zeven bijeenkomsten geweest, waarbij er maar één deelnemer altijd aanwezig is geweest. Deelnemer 3 heeft één bijeenkomst gemist, deelnemer 2 heeft twee bijeenkomsten gemist en deelnemer 4 heeft drie bijeenkomsten gemist. Dit is zowel voor de meting als voor de veiligheid in de groep niet goed geweest. Wel zie je aan de lichaamstekeningen en de observaties vanuit de LMA coding sheet, dat er duidelijk een positieve verandering is opgetreden in beweging.

Het doel van het onderzoek was om een werkwijze te ontwikkelen die een bijdrage kan leveren aan de behandeling van volwassenen met psychosomatische klachten. Doordat het een kleinschalig onderzoek was en er maar één onderzoeksgroep is geweest is het niet mogelijk om definitieve conclusies te trekken.

De verschillende manieren waarop er data zijn verzameld is een sterkte van het onderzoek. Hierdoor heeft de onderzoeker een breed beeld gekregen over de veranderingen bij de deelnemers en kunnen deze gekoppeld worden aan de kwantitatieve en kwalitatieve gegevens.

De sterkte van dit onderzoek is dat alle betrokkenen invloed hebben gehad op de resultaten van het onderzoek. Je kunt in dit onderzoek spreken van triangulatie. Dit houdt in dat kwalitatieve en kwantitatieve dataverzamelmethode worden gecombineerd in één onderzoeksoptzet. De deelnemers, de therapeut en de observator hebben geholpen om de resultaten tot stand te laten komen. Samen met de deelnemers is er geëvalueerd en kon er betekenis gegeven worden aan de ervaringen. Hierbij is het belangrijk geweest dat de deelnemers konden reflecteren. Dit vergroot de navolgbaarheid en betrouwbaarheid van het onderzoek.

Wat ook een sterkte was van het onderzoek, is dat er gewerkt is met een therapeut en een observator. Dit vergroot de betrouwbaarheid van het onderzoek, omdat er door meerdere brillen naar het de bijeenkomsten wordt gekeken. De Lange, Schuman en Montesano Montessori (2010) schrijven, dat de participant en onderzoeker, met een kritisch blik moeten kijken naar het onderzoek. Dit is een belangrijk kenmerk voor actiegericht onderzoek.

De relevantie van het onderzoek is ook een sterk punt van het onderzoek, omdat mijn onderzoek een onderdeel is van een groter onderzoek vanuit KenVak. Mijn onderzoek kan meegenomen worden in het opzetten van een danstherapeutische methode voor de doelgroep: volwassenen met psychosomatische klachten.

4.3 Beantwoording van de vraagstelling

In deze paragraaf wordt er een antwoord gegeven op de hoofd- en subvragen van het onderzoek die aan het begin van het onderzoek zijn opgesteld. Eerst zullen de subvragen worden beantwoord, waarna de hoofdvraag wordt beantwoord.

- Welke bijdrage levert het lichamelijke aspect?

In het onderzoek is er door de deelnemers heel duidelijk gereageerd op de vraag welke bijdrage het lichamelijke aspect oplevert bij volwassen met psychosomatische klachten. Drie kernwoorden die hierin genoemd worden zijn: 'Tijd voor mezelf', 'ontspanning' en 'bewustwording'. Alle drie de kernwoorden zijn positief. Hieruit kun je dus concluderen dat het lichamelijke aspect deze positieve bijdrage op kan leveren bij volwassen met psychosomatische klachten.

- Welke bijdrage levert het sociaal aspect?

In het onderzoek is er door de deelnemers ook heel duidelijk gereageerd op de vraag welke bijdrage het sociaal aspect levert bij volwassenen met psychosomatische klachten. Het kernwoord wat hierbij het meest naar voren komt is 'steun', een positieve eigenschap. Ook komen er minder positieve eigenschappen naar voren, zoals 'gefocus op de ander' en 'begin onveilig'. Dit zijn dus eigenschappen die een therapeut goed in de gaten moet houden bij dit aspect met deze doelgroep.

- Welke bijdrage levert het expressief aspect?

In het onderzoek is er door de deelnemers ook heel duidelijk gereageerd op de vraag welke bijdrage het expressieve aspect levert bij volwassenen met psychosomatische klachten. De kernwoorden 'spelen', 'leuk' en activerend, komen hierin naar voren. Alle drie de kernwoorden zijn positief. Hieruit kun je dus concluderen dat het expressief aspect deze positieve bijdrage op kan leveren bij volwassenen met psychosomatische klachten.

- Welke dans therapeutische werkwijzen en technieken worden er ingezet?

In het onderzoek is er geen duidelijk antwoord gekomen op deze vraag. Wat ik wel zou kunnen zeggen is dat het belangrijk om eerst veiligheid op te bouwen bij de deelnemers, waarna er gewerkt kan worden aan bewustzijn, wat daarop weer ontspanning oplevert. De meeste werkvormen waren supportief en deelnemers gaven aan dat ze het belangrijk vonden als de therapeut met ze meedeelde. Ook werd er aangegeven dat sturing en structuur belangrijk zijn.

Als ik vanuit de resultaten de vraagstelling 'hoe kunnen het lichamelijke, sociale en expressieve aspect binnen dans- en bewegingstherapie een positieve bijdrage leveren bij volwassen met psychosomatische klachten?' beantwoord, kom ik op het volgende uit:

Er kan op verschillende manieren en volgorde gewerkt worden met de dansaspecten binnen dans- en bewegingstherapie, namelijk vanuit het lichamelijke, sociale en expressieve aspect. De drie aspecten kunnen elkaar aanvullen, maar ook elkaar afbreken. Het is hierbij belangrijk om als therapeut in de gaten te houden hoe de veiligheid is in de groep. Hoe je deze veiligheid kunt creëren is door goed af

te stemmen en te kijken naar de behoeftes van de groep. Deze groep heeft meer behoefte gehad aan een gestructureerde en sturende opbouw dan de vrijheid die er gegeven werd. Het lichamelijke en sociale aspect werden niet in de juiste volgorde aangeboden, waardoor het lichamelijke en het sociale aspect lang als onveilig werden beschouwd.

Als ik het samenvat zeg ik dat het belangrijk is om te beginnen met een laagdrempelige vorm in het sociale aspect, zoals een spelvorm. Daarna kan er gewerkt worden vanuit het lichamenlijk aspect, met toevoegingen van het sociale en expressieve aspect.

4.4 Aanbevelingen voor de praktijk en vervolgonderzoek

In deze paragraaf worden er aanbevelingen gedaan voor de praktijk en eventueel vervolgonderzoek.

Een vervolgonderzoek zou kunnen zijn dat iemand de structuur onderzoekt die ik hierboven heb benoemd, bij voorkeur door het zelf uit te voeren. Hierdoor heb je zelf in de hand hoe je het doet en ben je niet afhankelijk van een ander. Het zou kunnen dat er dan in twee groepen hetzelfde wordt onderzocht om zo de betrouwbaarheid te vergroten.

In het onderzoek is er met een kleine groep gewerkt van vier deelnemers, eventueel zou er bij een vervolgonderzoek gewerkt kunnen worden met een grotere onderzoekspopulatie. Hierdoor krijg je weer een andere groepsdynamica.

Wat ook interessant zou zijn, is hoe het onderzoek zou verlopen als de deelnemers echt in behandeling zijn bij een instelling. Hierdoor komen ze met een gerichte vraag of diagnose naar de behandeling waar je de behandeling op zou kunnen richten. In dit onderzoek kwamen de deelnemers zonder echte vraag of diagnose naar de bijeenkomsten. Het zou onderzocht kunnen worden of er verschil is wanneer de motivatie vanuit de deelnemer komt. Ook zou er dan eventueel samengewerkt kunnen worden met een multidisciplinair team. Hierbij zou de samenhang tussen de gegeven therapieën onderzocht kunnen worden en de meerwaarde van dans- en bewegingstherapie ten opzichte van een ander soort therapieën bij volwassenen met psychosomatische klachten.

De werkwijze en de interventies zijn in dit onderzoek op de achtergrond komen te staan. Voor een vervolgonderzoek zou het mooi zijn als iemand dit alsnog zou kunnen doen. Er zijn veel verschillende werkwijzen en interventies, die in combinaties met elkaar onderzocht kunnen worden. In dit onderzoek is er vooral supportief gewerkt. Om dit echt te kunnen onderbouwen, zou dit verder onderzocht moeten worden.

De actiefase van het onderzoek is relatief kort geweest. Hierdoor zijn er keuzes gemaakt in het onderzoek die achteraf eigenlijk meer tijd nodig hadden of bewuster gemaakt hadden moeten worden. Het kan zijn dat de deelnemers hierdoor minder baat hebben gehad bij de behandeling of hierdoor belemmerd zijn in hun proces. Dit had ook te maken met de onzekerheid van de therapeut en het moeite hebben met het geven van groepstherapieën.

4.5 Methodisch handelen

In deze paragraaf wordt beschreven hoe de resultaten vertaald kunnen worden naar eigen methodisch handelen. In het onderzoek was het de bedoeling om meer zicht te krijgen op het eigen therapeutisch handelen. Hierdoor kunnen handelingen bewuster worden ingezet en onderbouwd worden. Helaas is dit niet onderzocht in het onderzoek, dus zal de rol van onderzoek en van observator beschreven worden.

- Rol onderzoeker:

De rol van onderzoeker heeft mij altijd angstig gemaakt. Ik vind het spannend om mijn eigen bevindingen te onderzoeken en daar een conclusie aan te hangen. Daarnaast heeft mijn dyslexie me altijd beperkt in het opschrijven van verslagen. Deze beide aspecten hebben me erg beperkt in de rol van onderzoeker totdat ik in het vierde jaar van mijn opleiding het wel moest doen en ik merkte dat ik het nog leuk begon te vinden ook. Ik heb een onderwerp en doel gekozen die goed bij mij past en iets wat actueel is waardoor het voor mijn gevoel relevant is.

Mijn rol als onderzoeker heeft zich vooral gekenmerkt door mijn open houding en de gelijkwaardige manier hoe ik me opstel ten aanzien van de deelnemers en de andere onderzoeker.

Door de tegenslagen ben ik open gaan staan voor veranderingen, nieuwe ervaringen en andere opvattingen. Die openheid was nieuw voor mij, omdat ik me graag vasthou aan mijn eigen opvattingen. Ook was ik als onderzoeker diegene die het overzicht hield over alles. Zowel als observator tijdens de bijeenkomsten, als andere zaken die geregeld moesten worden bijvoorbeeld de eindevaluaties plannen.

Door het onderzoek heb ik een aantal competenties ontwikkeld op het gebied van onderzoeken. Ik heb geleerd welke fases je moet doorlopen om een goed onderzoek uit te kunnen voeren en heb

kennis verkregen op het gebied van data verzamelen en analyse. Daarnaast vind ik het ook een mooie ervaring om iets bij te kunnen dragen aan de ontwikkeling en profileren van het vak.

- Rol van observator:

De rol van observator is voor mijn gevoel op mijn lijf geschreven. Ik ben qua leerstijl ook een observator, dit betekent dat je leert door te kijken. Toen in het onderzoek bleek dat we niet samen therapeut konden zijn tijdens de actiefase viel eigenlijk alles op zijn plek. Ik heb oog voor detail en overzie goed het geheel. Ik heb alleen soms moeite om het te verwoorden of ik durf het niet te zeggen. Door de rol van observator tijdens het onderzoek heb ik dit kunnen oefenen. Ik heb me beter verdiept in Laban, waar ik in die vier jaar veel moeite mee heb gehad om dat goed te kunnen observeren. Het LMA coding sheet heeft mij hierbij geholpen, omdat het gestructureerd en duidelijk was. Ook durf ik nu beter uit te spreken wat ik gezien heb.

De rol van observator heeft mij ook geleerd om participierend te kunnen observeren. In het begin was het de bedoeling dat ik alleen maar zou observeren, maar toen het bleek dat dit onveilig voelde voor de deelnemers en de therapeut, heb ik een meer participerende rol aangenomen. Observeren en tegelijkertijd meedoen vond ik altijd erg lastig. Ik had het idee dat ik het overzicht zou verliezen, maar heb gemerkt dat dit heel erg meevalt als je je er goed op instelt.

5. Samenvatting

Via het lichaam worden veel onverwerkte gevoelens en stress geuit. Psychosomatische klachten zijn lichamelijke klachten die een psychische oorzaak hebben. Dit betekent dat artsen geen lichamelijke verklaring voor de klachten kunnen vinden.

Lichaam en geest hebben invloed op elkaar. Geestelijke spanning kan ervoor zorgen dat er lichamelijke pijn ontstaat. Een voorbeeld hiervan is stress. Stress zorgt ervoor dat er lichamelijke klachten ontstaan, bijvoorbeeld pijn in het hoofd, in de nek of in de rug.

Het kan ook omgekeerd werken, dat lichamelijke klachten kunnen leiden tot stress. Iemand die lichamelijk ziek is, kan bijvoorbeeld last hebben van een neerslachtige/depressieve stemming. Om de kwaliteit van leven te verbeteren bij deze doelgroep is het erg belangrijk om de psychosomatische klachten te verminderen. De Lichaamsbeleving is verstoord bij patiënten met psychosomatische klachten. Ze veroordelen hun lichaam, omdat het lichaam hun tot last is. De veiligheid en het vertrouwen in het lichaam terugkrijgen is daarom erg belangrijk.

Het onderzoek heeft plaatsgevonden op de Hogeschool Zuyd in Heerlen. Hierbij is er gezocht naar werknemers en studenten die last hadden van psychosomatische klachten en meer wilde werken aan het onderzoek. Uit deze werving zijn vier deelnemers gekomen die in een groep zeven bijeenkomsten hebben gehad en individueel aan het einde een evaluatiegesprek.

Het onderzoek is een onderdeel van het onderzoek binnen KenVak. KenVak heeft de vraag: *‘Wat kan de specifieke bijdrage zijn van dans-bewegingstherapie in de hulpverlening aan patiënten/cliënten met somatische klachten ter verbetering van kwaliteit van leven?’*.

Mijn vraag en interesse voor het onderzoek kwam voort uit eigen ervaring binnen dans- en bewegingstherapie, mijn praktijkstage van leerjaar 3 op de afdeling Psychotrauma bij PsyQ Haaglanden en scripties die ik heb gelezen. Mijn vraag is dan ook een vervolg op een eerder onderzoek van Margot Kerstens naar de bijdrage van het lichamelijk aspect binnen dans- en bewegingstherapie bij patiënten met psychosomatische klachten. Hierin beveelt ze aan om de dansaspecten verder uit te zoeken voor deze doelgroep. Hieruit is mijn onderzoeksvraag gekomen: *‘Hoe kunnen het lichamelijke, sociale en expressieve aspect binnen dans- en bewegingstherapie een positieve bijdrage leveren bij volwassenen met psychosomatische klachten?’*.

Doormiddel van een actiegericht onderzoek en een ontwikkelingsgericht onderzoekstype ben ik als participerende observator samen met de deelnemers en mijn medestudent Leonie Jüergens op zoek gegaan naar een antwoord op deze vraag. Verschillende werkvormen en technieken zijn aan bod gekomen, met de bijbehorende therapeutische houding, interventies en dansaspecten. Het doel is om een werkwijze te ontwikkelen voor de doelgroep, om deze te kunnen aanbieden in de eerstelijns- en nuldelijnszorg.

Wat in het onderzoek naar voren is gekomen is dat de dansaspecten afzonderlijk allemaal verschillende positieve effecten hebben op de doelgroep, maar vooral bewustwording een grote rol speelt in het proces. De samenhang en de volgorde van de aspecten spelen hierin een belangrijke rol. Een voorbeeld hiervan is dat in de eerste fase van de behandeling (de veiligheidsfase) het lichamelijk en het sociaal aspect vooral ingezet worden, om op deze manier veiligheid in het lichaam en in de groep te creëren. Deze twee hebben een grote samenhang en zullen door de therapeut in de veiligheidsfase goed in de gaten gehouden moeten worden. Als de veiligheid er niet is in de groep, is het voor de deelnemers lastig om de veiligheid te vinden in de groep.

In de tweede fase blijft het lichamelijke en sociale aspect aanwezig, maar zal het expressieve aspect meer ingezet worden om een uiting te geven aan opkomende emoties en als afleiding voor de klachten die de deelnemers ervaren. In de derde en laatste fase zijn alle drie de aspecten belangrijk om terug te laten komen, om op deze manier goed af te sluiten. In je lichaam, met de groep en een uiting eraan geven.

Een aantal omgevingsfactoren voor het opzetten van een werkwijze in de eerstelijns- en nuldelijnszorg, is ook onderzocht in het onderzoek. Zo is het belangrijk om een geschikte plek te vinden, wat op dit moment lastig is door de bezuinigingen en de werkdruk van de meeste instellingen. Ook is het belangrijk dat de therapeut de deelnemers structuur biedt doormiddel van thema's en ervoor zorgt dat de ervaringen ook integreren in het dagelijks leven van de deelnemers.

Een conclusie die getrokken kan worden is dat er op verschillende manieren en volgorde gewerkt worden met de dansaspecten binnen dans- en bewegingstherapie. De drie aspecten kunnen elkaar aanvullen, maar ook elkaar afbreken. Veiligheid kun je creëren door goed af te stemmen en te kijken naar de behoeftes van de groep.

De bronvermelding

- Boeije, H. (2005). *Analyseren in kwalitatief onderzoek. Denken en doen*. Amsterdam: Boom Onderwijs.
- Bogert, C. van den (2014). *Psychotrauma in beeld, klank en beweging. Interview met vaktherapeuten binnen centrum '45*. Tijdschrift voor vaktherapie, 10 (2). 69-73
- Bräuninger, I. (2014). *Specific dance movement therapy interventions – which are successful? An intervention and correlation study* (manuscript University of Psychiatry Zurich, Switzerland). New York: Gamon Press
- Fit in je hoofd (z.d.). Opgevraagd op 4 november 2014 van <http://www.fitinjehoofd.be>
- Hattum, M. & Hutschemaekers, G. (2000). *In beweging: De ontwikkeling van producten voor psychomotorische therapie*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Hoek, M. & Scheffers, M. (2014). *Lichaamsbeleving en complex trauma. Een exploratieve studie*. Tijdschrift voor vaktherapie, 10 (2). 31-38
- Kerstens, M.M.C.P. (2012). *Dansend door het leven, met of zonder klachten. Actiegericht onderzoek binnen dans- bewegingstherapie bij deelnemers met onverklaarbare lichamelijke klachten*.
- Keulen, I. v. (2007). *Dans in beweging; Een conceptueel model voor dans- bewegingstherapie*. Heerlen: Hogeschool Zuyd.
- Lange, J., & Bosscher, R. J. (2005). *Psychomotorische therapie in de praktijk*. Nijmegen: Wetenschappelijke uitgeverij Cure & Care Publishers.
- Lange, R. de, Schuman, H. & Montesano Montessori, N. (2010). *Praktijkgericht onderzoek voor reflectieve professionals*. Antwerpen /Apeldoorn: Garant.
- Levy, F. J., & National Dance Association. (1988). *Dance/movement therapy: A healing art*. Reston, Va: National Dance Association, American Alliance for Health, Physical Education, Recreation, and Dance.
- Meekums, B. (2005). *Dance movement therapy*. New Delhi: Sage publications.
- Mehling, E. W. et al. Philosophy. (2011, 17 april gepubliceerd door Ethics, and Humanities in Medicine). *Body Awareness: a phenomenological inquiry into the common ground of mind-body therapies*. California, USA.
- Migchelbrink, F. (2007). *Actieonderzoek voor professionals in zorg en welzijn*. Amsterdam: Uitgeverij SWP.
- NCJ (n.d.). Opgevraagd op 13 mei 2015 van <http://www.ncj.nl>
- Nederlandse encyclopedie (2014). Opgevraagd op 5 november 2014 van <http://www.encyclo.nl>
- NVDAT (2014, 13 mei). Opgevraagd op 4 november 2014 van <http://www.nvdat.nl/danstherapie.htm>
- Onverklaarbare klachten (z.d.). Opgevraagd op 4 november 2014 van <http://www.onverklaarde-klachten.nl/>
- Payne, H. (2009, 14 juli gepubliceerd door Taylor & Francis). *Pilot study to evaluate Dance Movement Psychotherapy (the BodyMind Approach) in patients with medically unexplained symptom: Participant and facilitator perceptions and a summary discussion, Body, Movement and Dance in Psychotherapy*. University of Hertfordshire, UK.
- Smeijsters, H. (2008). *Handboek creatieve therapie*. Bussum: Coutinho.
- [Teksten en citaten m.b.t. mystiek en spiritualiteit]. (n.d.). Opgevraagd op 12 mei 2015 van <http://www.spiritualiteit.net/>

Bijlagen

Bijlage 1: De PICO-vraag

Aan de hand van de volgende PICO vraag ben ik op zoek gegaan naar literatuur over psychosomatiek en danstherapie.

Hoe kunnen het lichamelijke, sociale en expressieve aspect binnen danstherapie een bijdrage leveren aan het verbeteren de kwaliteit van leven bij volwassenen met psychosomatische klachten?

P: volwassenen met psychosomatische klachten
I: dans- bewegingstherapie
C: lichamenlijk, sociaal en expressieve aspect
O: kwaliteit van leven

Zoektermen:

- Danstherapie/ dancetherapy/ dance movement therapy/ dans- bewegingstherapie
- Dans/ dance
- Vaktherapie
- Psycho motorische therapie
- Interventions
- Kwaliteit van leven
- Trauma
- Psychosomatiek
- Medically unexplained symptoms

Bijlage 2: Zoekgeschiedenis

Doormiddel van de PICO-vraag kun je op zoek gaan naar literatuur voor het onderzoek.

Dit kan je doen in databanken, zoals 'Pubmed Advanced' of 'Cinahl'. Ook heb ik literatuur en artikelen gevonden via de bibliotheeksite van Hogeschool Zuyd, vanuit de praktijkstage van vorig jaar en via docenten en medestudenten van Hogeschool Zuyd.

Via de bibliotheeksite ben ik op zoek gegaan naar literatuur en vaktijdschriften met de onderwerpen psychosomatiek, dans- en bewegingstherapie, trauma en burn-out.

Ook heb ik veel gezocht in scripties van andere studenten. Op deze manier ben ik aan literatuur gekomen, die ik via de databanken of bibliotheek niet meteen had gevonden. Ook heb ik de scripties gebruikt om tot een onderwerp te komen voor mijn onderzoek.

Verkregen literatuur door docenten en medestudenten:

- Bräuninger, I. (2014). *Specific dance movement therapy interventions – which are successful? An intervention and correlation study* (manuscript University of Psychiatry Zurich, Switzerland). New York: Gamon Press
- Payne, H. (2009, 14 juli gepubliceerd door Taylor & Francis). *Pilot study to evaluate Dance Movement Psychotherapy (the BodyMind Approach) in patients with medically unexplained symptom: Participant and facilitator perceptions and a summary discussion, Body, Movement and Dance in Psychotherapy*. University of Hertfordshire, UK.
- Hoek, M. & Scheffers, M. (2014). *Lichaamsbeleving en complex trauma. Een exploratieve studie*. Tijdschrift voor vaktherapie, 10 (2). 31-38

Verkregen literatuur door de praktijkstage:

- Hattum, M. & Hutschemaekers, G. (2000). *In beweging: De ontwikkeling van producten voor psychomotorische therapie*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Lange, J. ., & Bosscher, R. J. (2005). *Psychomotorische therapie in de praktijk*. Nijmegen: Wetenschappelijke uitgeverij Cure & Care Publishers.

Databanken:

Pubmed Advanced:

- Medically unexplained symptoms AND interventions (77 resultaten)
- Medically unexplained symptoms AND interventions AND dance (1 resultaat)
- Dancetherapy AND trauma (103 resultaten)
- Dancetherapy AND trauma AND body (16 resultaten)

Cinahl:

- Dancetherapie AND trauma (8 resultaten)

Verkregen literatuur door de bibliotheeksite van Hogeschool Zuyd:

- Boeije, H. (2005). *Analyseren in kwalitatief onderzoek. Denken en doen*. Amsterdam: Boom Onderwijs.
- Smeijsters, H. (2008). *Handboek creatieve therapie*. Bussum: Coutinho.
- Migchelbrink, F. (2007). *Actieonderzoek voor professionals in zorg en welzijn*. Amsterdam: Uitgeverij SWP.

Bijlage 3: Vragenlijst vooraf en achteraf

1. Welke lichamelijke klachten heb je en hoe vaak heb je er last van?

1.	Helemaal niet	niet	soms	regelmatig	altijd
2.	Helemaal niet	niet	soms	regelmatig	altijd
3.	Helemaal niet	niet	soms	regelmatig	altijd
4.	Helemaal niet	niet	soms	regelmatig	altijd

2. Ik voel me verbonden met mijn lichaam

Helemaal niet niet soms regelmatig altijd

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

Helemaal niet niet soms regelmatig altijd

4. Wanneer ik mij lichamelijk ongemakkelijk voel ga ik na wat de oorzaak van het ongemak kan zijn

Helemaal niet niet soms regelmatig altijd

5. Wanneer ik gestrest ben merk ik dat op in mijn lichaam

Helemaal niet niet soms regelmatig altijd

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

Helemaal niet niet soms regelmatig altijd

7. Ik merk een verband tussen mijn gemoedstoestand en lichamelijke sensaties

Helemaal niet niet soms regelmatig altijd

8. Ik kan mijn emoties gemakkelijk uiten

Helemaal niet niet soms regelmatig altijd

9. Ik voel me begrepen door de mensen om mij heen

Helemaal niet niet soms regelmatig altijd

10. Mijn klachten belemmeren mij in het contact met andere

Helemaal niet niet soms regelmatig altijd

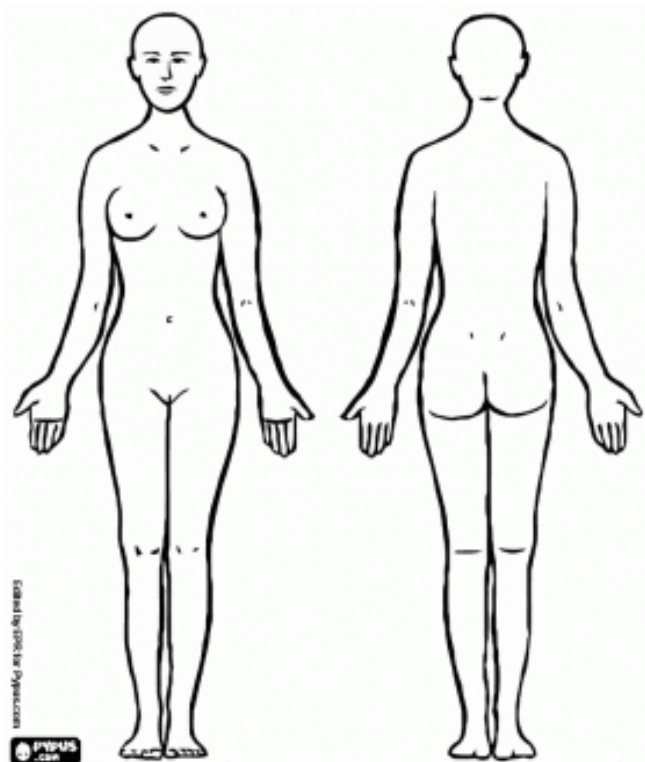
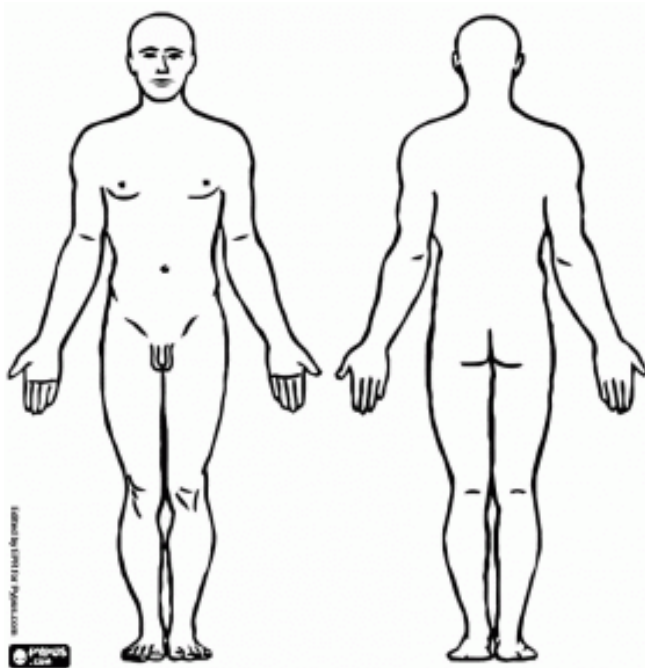
11. Ik voel me belemmert door mijn lichamelijke klachten

Helemaal niet niet soms regelmatig altijd

12. Geef in onderstaande tekening aan welke sensaties je opmerkt. Kies de kleuren als volgt:

Helemaal niet niet soms regelmatig altijd

Pijn = blauw
Prettig = oranje
Gespannen = rood
Ontspannen = groen



Bijlage 4: Open vragen achteraf

Beantwoord de vragen vanuit jezelf en je eigen idee. Ook bij dit deel zijn er geen foute of juiste antwoorden.

1. Heb je verandering(en) ervaren op het gebied van je lichamelijke klachten, waar dans-bewegingstherapie een aandeel in heeft betekend? Dit kan zowel positief als negatief zijn.
2. Heb je verandering(en) ervaren buiten het gebied van je lichamelijke klachten, waar dans-bewegingstherapie een aandeel in heeft betekend? Dit kan zowel positief als negatief zijn.
3. Merk je verandering(en) in je manier van bewegen? Zo ja, wat leveren deze verandering(en) je op?

Bijlage 5: LMA coding sheet

(Het observatieformulier is door Kristien Maus samengesteld en is een niet gepubliceerd.)

Bewegingsanalyse
Naam: Sessie: Datum:

Body	
<u>Gebruikte lichaamsdelen:</u>	<u>Niet-gebruikte lichaamsdelen:</u>
<u>Initiatie van de beweging:</u> ☐ centraal: borst bekken ☐ proximaal: schouders heupen ☐ distaal: armen benen hoofd ☐ midlimb: ellebogen knieën	<u>Ademhaling:</u> - ☐ hoog / ☐ laag - ☐ diep / ☐ oppervlakkig - ☐ snel / ☐ langzaam
<u>Bartenieff Fundamentals: Lichaamsorganisaties / belangrijke verbindingen daarbij:</u> ☐ Breath ☐ Core – Distal (centrum-distaal) ☐ Spinaal ☐ Homoloog ☐ Homolateraal ☐ Contralateraal (cross-lateral) ☐ ☐ Midden – periferie ☐ Head – Tail ☐ Upper – Lower ☐ Body – half (lichaamshelften) ☐ Diagonaal	
<u>Body flow:</u> ☐ Successievelijk (opeenvolgende initiaties van aangrenzende lichaamsdelen) ☐ Sequentially (opeenvolgende initiaties van niet aangrenzende delen) ☐ Simultaan (gelijktijdige initiaties) ☐	

Shape
<u>Houding:</u> ☐ ball-like / ☐ pin-like / ☐ wall-like / ☐ pyramid-like / ☐ screw-like
<u>Voornaamste shape-qualiteit:</u> ☐ rising – sinking / ☐ opening – closing / ☐ advancing-retreating

<u>Carving:</u> ☐ vaak / ☐ soms / ☐ nooit	<u>Shape flow:</u> ☐ vaak / ☐ soms / ☐ nooit
<u>Directional movements:</u> ☐ spoke-like / ☐ arc-like (boogvormig)	

<u>Space</u>
<u>Focus:</u> ☐ op algemene ruimte / ☐ op kenisfeer (☐ klein / ☐ medium / ☐ groot)
<u>Bevindt zich voornamelijk in:</u> ☐ beneden-laag / ☐ midden-laag / ☐ boven-laag
<u>Beweegt voornamelijk in:</u> ☐ Verticale as / ☐ horizontale as / ☐ sagitale as ☐ table plane (H+S) / ☐ door plane (V+H) / ☐ wheel plane (S+V)

<u>Effort</u>	
<u>Flow:</u> ☐ free / ☐ bound	<u>Time:</u> ☐ sustained / ☐ quick (sudden)
<u>Space:</u> ☐ indirect / ☐ direct	<u>Weight:</u> ☐ strong / ☐ light
<u>State:</u> ☐ Dream state (F-W) ☐ Awake state (S-T) ☐ Rhythm state (W-T) ☐ Remote state (F-S) ☐ Stable state (W-S) ☐ Mobile state (F-T)	
<u>Drive:</u> ☐ Action drive (W-S-T): stoten, striemen, zweven, glijden, wringen, duwen, fladderen, tikken ☐ Passion drive (F-W-T no space) ☐ Spell drive (F-W-S no time) ☐ Vision drive (F-S-T no weight)	

CONTACT	Materiaal	Oogcontact	Lichaam	Verbaal	Beweging