

In de Spiegel van de Dans

Een actiegericht onderzoek met traumapatiënten in de zorg



Naam student

Sabine Seijerlin

Studentnummer

1068989

Naam begeleider

Simone Kleinlooh

Datum

5 juni 2013

Opleiding Creatieve Therapie Dans & Beweging
Hogeschool Zuyd, faculteit Gezondheid & Zorg, Heerlen



In de Spiegel van de Dans

Een actiegericht onderzoek met traumapatiënten in de zorg

“Aanwezig zijn IN het lichaam is soms nog niet zo eenvoudig.
Oude onverwerkte emoties opgeslagen in ons lichaam weerhouden ons ervan
volledig, met al onze vezels in het hier en nu te zijn.”
(Tridance, 2012)



Inhoudsopgave

Voorwoord	4
Inleiding	5
1 Probleemstelling, vraagstelling en doelstelling	6
1.1 Aanleiding	6
1.2 Doelgroep	7
1.3 Zoekstrategie.....	8
1.4 Uiteenzetting resultaten literatuuronderzoek	8
1.5 Definiëring van de belangrijkste begrippen	13
1.6 Relevantie voor aanvullend onderzoek.....	14
1.7 Vraagstelling	15
1.8 Doelstelling	15
2 Onderzoeksmethode	15
2.1 Onderzoekstype.....	16
2.2 Onderzoeksmethode	16
2.3 Voorfase	16
2.4 Oriëntatiefase	18
2.5 Diagnostische fase	18
2.6 Ontwikkelfase.....	19
2.6.1 Dataverzamelingstechnieken.....	20
2.6.2 Onderzoekspopulatie.....	25
2.6.3 De spiegelmodellen van Eberhard.....	25
2.6.4 Ontwikkelde spiegelmodellen ter bevordering van het lichaamsbewustzijn.....	28
2.6.5 Fases binnen het onderzoek	31
2.7 Actiefase	34
3 Evaluatie	34
3.1 Productevaluatie.....	35
3.1.1 Analyse van de kwantitatieve maten.....	35
3.1.2 Analyse van de kwalitatieve maten.....	39
3.1.3 Vergelijking kwantitatieve en kwalitatieve maten.....	44
3.2 Procevaluatie.....	45
4 Discussie	46
4.1 Sterkte/ zwakte analyse van het onderzoek.....	46
4.2 Aanbevelingen voor de praktijk en vervolgonderzoek.....	48
4.3 Nieuwe werkmodel.....	49
4.4 Beantwoording van de vraagstelling.....	51
Samenvatting	52



In de Spiegel van de Dans

Een actiegericht onderzoek met traumapatiënten in de zorg

Bronvermelding	53
Bijlagen.....	55
<i>Bijlage 1: Pico vragen.....</i>	<i>55</i>
<i>Bijlage 2: Zoekgeschiedenis</i>	<i>56</i>
<i>Bijlage 3: Vragenlijst van de voormeting</i>	<i>57</i>
<i>Bijlage 4: Vragenlijst van de eindmeting</i>	<i>64</i>
<i>Bijlage 5: Vragenlijst na elke sessie.....</i>	<i>71</i>
<i>Bijlage 6: Lichaamstekeningen.....</i>	<i>75</i>
<i>Bijlage 7: Anonieme lichaamstekening voor en eind</i>	<i>77</i>
<i>Bijlage 8: Systeem van spiegelmodellen van Eberhard.....</i>	<i>79</i>
<i>Bijlage 9: LMA Coding sheet “In de Spiegel van de Dans”.....</i>	<i>81</i>



Voorwoord

Spiegelen is een techniek die ik goed beheers. Als ex-danser heb ik mijn hele carrière de bewegingen van choreografen gespiegeld. In het spiegelen kopieer je als danser niet alleen de beweging zelf, maar ook de intentie van de beweging. Als dans- en bewegingstherapeut spiegel ik de beweging van de patiënt en neem ik de beweging in mijn eigen lichaam waar, waardoor ik informatie verkrijg over de patiënt. Het belichamen van wat ik waarneem in de beweging is door mijn dansachtergrond een tweede natuur geworden en als dans- en bewegingstherapeut maak ik veel gebruik van deze techniek. Dit heb ik ondervonden tijdens mijn stage in de traumabehandeling. Voor dans- en bewegingstherapeuten is spiegelen een manier om op non-verbale wijze het contact aan te gaan met de patiënt en tevens een ingang om het medium in te zetten in de behandeling.

Spiegelneuronen hebben mij sinds het moment dat ik er mee kennis heb gemaakt gefascineerd. Spiegelneuronen en spiegelen nemen in de neurowetenschappen momenteel een belangrijke plaats in. Uit studies blijkt dat bij de getuige van een gedrag of emotie bij een ander, dezelfde reeks neuronen worden geactiveerd in de hersenen als bij de actieve persoon (Berrol, 2006, p. 302). Deze studies zijn van grote waarde voor de wetenschappelijke onderbouwing van dans- en bewegingstherapie. Dit maakt dat ik nog nieuwsgieriger ben geworden naar spiegelen.

Deze scriptie is het eindresultaat van mijn praktijkonderzoek naar spiegelen binnen traumabehandeling en vormt een onderdeel van mijn afstudeerproject aan de Hogeschool Zuyd. Als afstuderende student creatieve therapie (tegenwoordig vaktherapie genoemd), studeer ik niet af als onderzoeker, maar als dans- en bewegingstherapeut. Dat betekent dat de inhoud van het vak voorop staat. De inhoud van het vak wordt gekleurd door mijn werkmodel en mijn therapeutisch handelen in de praktijk. Het medium dans en beweging staat hierbij altijd centraal. Voor deze scriptie heb ik gebruik gemaakt van een draaiboek voor Actiegericht onderzoek van Hogeschool Zuyd. Dit stappenplan heeft gediend ter ondersteuning voor het schrijven van mijn onderzoeksvoorstel en uiteindelijk deze scriptie.

Het beoogde resultaat van dit onderzoek is gerealiseerd. Mijn methodisch handelen op het gebied van spiegelen is verbeterd en dit heeft geresulteerd in een nieuw werkmodel. Mijn eigen methodisch handelen als dans- en bewegingstherapeut is tijdens het onderzoek onder de loep gelegd en verbreed middels mijn kritische blik. Door een voortdurende kritische houding aan te nemen ten aanzien van mijn eigen handelen (mijn eigen werkmodel) ben ik als dans- en bewegingstherapeut in staat mijn handelen te onderbouwen en af te stemmen op recente ontwikkelingen in de beroepspraktijk en aan de behoefte van de patiënt. Dit is conform de uitgangspunten van het Practise Based Evidence (PBE). Daarnaast is een probleemgebied in de behandeling van trauma onderzocht en hierdoor is meer kennis ontstaan op dit gebied. Deze kennis draagt bij aan de behandeling van trauma en mijn vakgebied.

Dankzij de bijdrage van vele betrokkenen zijn de resultaten van dit onderzoek tot stand gekomen. Inge Oosterveld en Michelle Kurzenacker bedank ik voor het beantwoorden van al mijn vragen tijdens de probleemanalyse. In het bijzonder wil ik mijn dank uitspreken naar Minke van de Kamp, Hester Slagman, Nanci Nievaard, Wilma ten Hacken, Katharina Conradi en Simone Willems. Zonder jullie kennis, enthousiasme, vertrouwen, tijd en geduld zou mijn afstudeerproject nooit zo waardevol en leerzaam zijn geworden. Het proces ging soms gepaard met de nodige frustratie, maar ik kan terugkijken op een periode waarin een prettige samenwerking met de betrokkenen en de nodige steun en aanmoediging uit alle hoeken voorop stonden. Ik wil daarnaast Simone Kleinlooh bedanken voor haar prettige begeleiding tijdens het schrijven van mijn scriptie en natuurlijk alle proefpersonen voor het vrijwillig deelnemen aan het onderzoek, het invullen van een batterij aan vragenlijsten en beantwoorden van al mijn vragen.

Daar waar 'hij' vermeld staat in deze scriptie, kan zowel een vrouwelijke als mannelijke patiënt of participant worden bedoeld. Met de 'therapeut' wordt een dans- en bewegingstherapeut bedoeld. Daar waar het begrip 'onderzoeker' is beschreven wordt de afstuderende student dans- en bewegingstherapie bedoeld. Om een objectieve afstand te kunnen bewaren van het onderzoek heb ik er voor gekozen om mijzelf vanaf hoofdstuk 2 als de 'onderzoeker' te vermelden in plaats van 'ik'.

Sabine Seijerlin
Amsterdam, 5 juni 2013



In de Spiegel van de Dans

Een actiegericht onderzoek met traumapatiënten in de zorg

Inleiding

Deze scriptie beschrijft de uitvoering van een actiegericht onderzoek bij PsyQ Haaglanden. Het onderzoek is getiteld "In de spiegel van de dans". Hierin wordt de danstherapeutische techniek spiegelen binnen een probleemgebied in de traumabehandeling onderzocht.

Hoofdstuk 1 beschrijft de probleemstelling, vraagstelling en doelstelling van het onderzoek. Hoofdstuk 2 geeft de onderzoeksmethode weer passend bij de vraagstelling, onderbouwt de gekozen dataverzamelingstechnieken en neemt de lezer stap voor stap mee door de uitvoering aan de hand van de verschillende fases van actiegericht onderzoek. Hoofdstuk 3 vormt de resultaten van het onderzoek door middel van evaluatie. De evaluatie bestaat uit twee delen, de productevaluatie en de procesevaluatie. In hoofdstuk 4 komt de discussie en conclusie aan de orde en een beschrijving van mijn nieuwe werkmodel en aanbevelingen voor een vervolgonderzoek en voor de praktijk. Tot slot volgt een beknopte samenvatting van de inhoud van deze scriptie.



1 Probleemstelling

In dit hoofdstuk komt de probleemstelling aan bod. Hierin beschrijf ik de aanleiding voor mijn gekozen thema en de doelgroep waarop mijn onderzoek betrekking heeft. Mijn onderwerp betreft de danstherapeutische techniek spiegelen binnen de behandeling van trauma. In de daarop volgende paragraaf geef ik mijn zoekstrategie tijdens het literatuuronderzoek weer en vervolgens een uiteenzetting van de resultaten van mijn literatuuronderzoek. Tot slot komt een definiëring van de belangrijkste begrippen en de relevantie van mijn onderzoek aan bod.

1.1 Aanleiding

Stage-ervaringen en mijn werkmodel

Tijdens mijn stage op de afdeling psychotrauma van PsyQ in Den Haag heb ik aan individuele patiënten en in een groep dans- en bewegingstherapie aangeboden. In mijn eigen werkmodel heb ik de danstherapeutische techniek spiegelen veel ingezet bij volwassen traumapatiënten. Kil en Prins (2010) beschrijven dat wanneer een therapeut een patiënt spiegelt, de therapeut bewegingen van de patiënt overneemt in haar eigen bewegingen. De beweging kan bij spiegelen in zijn totaliteit worden overgenomen of vanuit een van de aspecten van de Laban Movement Analyse (LMA). Voor de definitie van LMA wordt verwezen naar paragraaf 1.5 Definiëring van de belangrijkste begrippen. In het vervolg van de tekst zal de danstherapeutische techniek spiegelen worden vermeld als 'spiegelen'.

Door te spiegelen wil ik als therapeut afstemmen op de patiënt, contact aangaan en een therapeutische relatie opbouwen, maar ook de patiënt het gevoel geven dat hij er mag zijn met al zijn emoties. Ik handel als therapeut empathisch. Ik wil als het ware tegen de patiënt zeggen; "ik zie je, je mag er zijn met al je gevoelens en die gevoelens zijn ok". 'Er niet mogen zijn' is een cognitie die voor veel traumapatiënten een logisch gevolg is van hun verleden en traumata. Een empathisch vermogen, mijzelf kunnen inleven in de patiënt, beschouw ik als therapeut als een belangrijk aspect. Rogers, psychotherapeut en grondlegger van de cliëntgerichte psychotherapie, stelde al sinds 1961 dat empathie de therapeutische relatie bevordert. Tijdens mijn stage heb ik het spiegelen vaak onbewust ingezet om de empathische reflectie te bevorderen.

Tijdens de lessen Toegepaste Medium Vaardigheden (TMV) van mijn opleiding heb ik geleerd dat spiegelen op verschillende manieren kan worden ingezet, zowel als therapeutische interventie als werkvorm. Door reflectie op mijn eigen werkmodel ben ik er achter gekomen dat ik het spiegelen tijdens mijn stage bewust en onbewust heb ingezet en zowel de functie als interventie en als werkvorm kon hebben. Daarnaast heb ik dikwijls op dezelfde manier gespiegeld. Ik begon mij af te vragen of binnen traumabehandeling spiegelen door dans- en bewegingstherapeuten bewuster werd ingezet. En met welke specifieke doelen? Hoe zag dat er dan precies uit? Er is naar mijn mening een gebrek aan helderheid over de manier waarop een dans- en bewegingstherapeut kan spiegelen. Waar staan de manieren waarop je kunt spiegelen eigenlijk precies beschreven en zijn deze in kaart gebracht? Is er wetenschappelijk onderzoek naar verschillende spiegelmodellen gedaan? Volgens de module TMV van mijn opleiding kun je bijvoorbeeld ook 'schaduwen' binnen de techniek spiegelen.

Voor een dans- en bewegingstherapeut is het spiegelen in de behandeling een belangrijke tool, daar is iedereen het in elk geval over eens. Er ontstond bij mij een behoefte om de verschillende manieren van spiegelen in kaart te brengen. Ik ben het meest nieuwsgierig geworden naar hoe het spiegelen in de traumabehandeling kan worden ingezet.



Behoeftte vanuit de praktijk

Uit interviews die ik heb gehouden met dans- en bewegingstherapeuten Inge Oosterveld en Michelle Kurzenacker en met mijn werkbegeleiding (zie paragraaf 2.3 Voorfase) komt naar voren dat er bij veel traumapatiënten weerstand zit op het voelen van het lichaam. Dit heb ik zelf ook ervaren bij patiënten tijdens mijn stage. Uit overleving en door coping mechanismen is er weinig lichaamsbewustzijn. Voor veel patiënten is het lastig om bijvoorbeeld de ademhaling waar te nemen. Volgens mijn werkbegeleider is er behoefte aan een hulpmiddel om traumapatiënten nog meer met het lichaam en bewegingen van het lichaam in contact te brengen. Uit een emailbericht (Nievaard, persoonlijke mededeling, 2012, 6 oktober) blijkt dat in het lichaam vaak het trauma ligt en dit voelt niet veilig. Daardoor is het bij veel patiënten moeilijk om bij hun gevoelens te komen. Daar zit veel weerstand op, uit overleving. Gevoel is een groot begrip en traumapatiënten kunnen daar van schrikken, omdat het overweldigend kan zijn. Nanci Nievaard is bewegingsexpressie therapeut (zie 2.3 Voorfase) en was een van mijn werkbegeleiders van mijn stagejaar.

In de klinische praktijk en in de (onderzoeks)literatuur wordt duidelijk dat trauma's en traumagerelateerde klachten een belangrijke lichamelijke component hebben. Lichamelijke reacties op traumatische ervaringen die veel beschreven zijn, zijn somatisatie-klachten, gebrek aan lichaamsbewustzijn, 'numbing' (verdooving), gevoel dat lichaam niet 'van mij' is, lichamelijke herbelevingen, lichamelijke spanningsklachten, schrikreacties, onrust en negatief lichaamsbeeld (o.a. Baljon et al., 1998; Ogden, 2006; Perquin, 2000; Price, 2005; Scheffers & Schreuder, 2005; van der Kolk et al, 1996; Zwart, 2001). Door een gebrek aan lichaamsbewustzijn kunnen traumapatiënten hun lichamelijke spanningen en emoties minder goed signaleren en reguleren. Vanwege deze lichamelijke componenten is het heel belangrijk het lichaam bij de diagnostiek en de behandeling van het trauma te betrekken; het expertisegedied van dans- en bewegingstherapie.

De aanleiding van mijn onderzoek is dus tweeledig. Er is een nieuwsgierigheid ontstaan naar het spiegelen binnen de traumabehandeling. Daarnaast ben ik nieuwsgierig geworden naar hoe het lichaamsbewustzijn van traumapatiënten kan worden bevorderd. Hieruit is mijn hypothese ontstaan, dat spiegelen een hulpmiddel zou kunnen zijn om het lichaamsbewustzijn van traumapatiënten op een empathische en zorgvuldige manier te bevorderen.

De (klinische) relevantie van dit onderzoek wordt verder beschreven in 1.5 Relevantie voor aanvullend onderzoek.

1.2 Doelgroep

De probleemstelling heeft betrekking op patiënten vanaf 17 jaar en ouder met trauma gerelateerde problematiek en/of stoornissen. Deze patiënten zijn binnen PsyQ in ambulante behandeling. Tijdens mijn stage bij PsyQ heb ik veel ervaringskennis opgedaan met deze doelgroep.

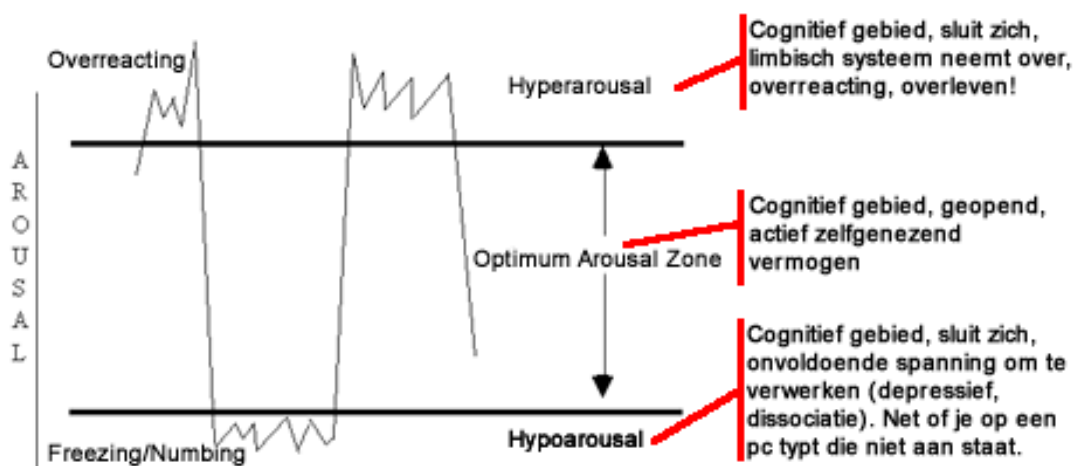
Binnen de psychiatrische context spreekt men vaak van psychotrauma. De verschillende patiëntengroepen met psychotrauma zijn: door de Tweede Wereldoorlog getroffen, vluchtelingen, Nederlandse veteranen, beroepsgerelateerde getraumatiseerden, naoorlogse of tweede-generatie en mensen met vroegkinderlijke traumatisering. De belangrijkste gevolgen van psychotrauma zijn een gebrek aan vrucht, controle en een gevoel in een isolement te zijn (Herman, 1993). Patiënten met een traumatische ervaring leiden vaak aan een post traumatische stressstoornis (PTSS).

Traumapatiënten kunnen bij PsyQ in twee behandelingsfasen worden ingedeeld: stabilisatie en verwerking. De participanten van mijn onderzoek bevonden zich in de stabilisatie en verwerkingsfase. Een model waarmee door de therapeuten veel wordt gewerkt, is het zogenaamde 'window of tolerance', zie Figuur 1. De patiënt kan tijdens de behandeling uit het optimale arousal gebied raken en heeft zodoende de regie niet meer in handen. Voor de traumabehandeling is het van belang dat de patiënt zich in een optimale arousal (spanning) zone bevindt. Als dit niet het geval is, moet er door de therapeut stabilisatietechnieken, zoals bijvoorbeeld 'grounding' (aarden) worden aangeleerd. Grounding is: met beide benen op de grond staan, in je lichaam zijn, in contact staan met je eigen lijf. Als je geaard bent, ben je in de realiteit van dat moment. Niet geaarde mensen 'zweven', zijn vaak angstig en zijn gevoelig voor hyperventilatie (Meijer, 2006, p. 192). Als de patiënt stabilisatietechnieken kan toepassen is hij



geschikt om naar de fase van verwerking te gaan. Vanaf dit punt in de tekst zal grounding verder worden vermeld als de Nederlandse term gronding.

Figuur 1. Het Window of Tolerance



(Bron: http://www.mandala.be/traumaverwerking/images/arousal_sleutelconcept.gif.)

1.3 Zoekstrategie

Om een klinische vraag te beantwoorden is het maken van PICO-vragen een effectieve manier. 'P' staat voor probleem of patiënt, 'I' voor interventie, 'C' voor comparison (vergelijking) en 'O' voor outcome (uitkomst). Eerst heb ik PICO-vragen geformuleerd, zie Bijlage 1, vervolgens heb ik de PICO-vraag omgezet in trefwoorden. De trefwoorden waren: dance movement therapy en mind body therapy, trauma, PTSD, mirroring, mirror neurons en body awareness. Met deze trefwoorden heb ik gezocht in verschillende databanken. In de databank Science Direct, in het tijdschrift The Arts in Psychotherapy, leverde dit veel bruikbare artikelen op. Het zoeken in databanken was van belang, omdat ik er achter wilde komen welke onderzoeksliteratuur over mijn thema beschikbaar was. Gevonden artikelen heb ik op hun wetenschappelijke kwaliteit en bruikbaarheid beoordeeld. Als een artikel uit een gerenommeerd tijdschrift kwam, inhoudelijk van belang en/of redelijk recent geschreven, beoordeelde ik het artikel als bruikbaar.

Daarnaast heb ik gezocht op internet, Google Scholar en in de bibliotheek van de Hogeschool Zuyd. Ik heb naar boeken gezocht, omdat ik het belangrijk vind om theoretische kennis te verkrijgen over mijn thema. In relevante scripties van de HBO-kennisbank op internet heb ik in de bronvermelding boeken en artikelen gevonden die bruikbaar waren. Naar aanleiding van de deelname aan studiedagen aan de masteropleiding van Heidelberg door docenten van Hogeschool Zuyd heb ik tevens bruikbare literatuur verkregen. Ik heb tot slot per mail literatuur toegestuurd gekregen van een auteur. De auteur heb ik gevraagd om haar hoofdstuk uit een boek op het gebied van trauma en dans- en bewegingstherapie, dat zeer recent is uitgekomen. De naam van de auteur is Marianne Eberhard en de titel van het boek is Body, Memory, Metaphor and Movement van Sabine Koch. Zie bijlage 2 voor de gehele zoekgeschiedenis.

1.4 Uiteenzetting resultaten literatuuronderzoek

In deze paragraaf geef ik een overzicht van onderzoek en literatuur tot nu toe op dit gebied. Dit heb ik geïntegreerd met mijn ervaringen en de vraag vanuit de beroepspraktijk. Hierdoor kom ik te weten of mijn thema onderzocht zou kunnen worden.



Trauma en het lichaam

Zoals ik in de aanleiding al heb beschreven, wordt in de klinische praktijk en in (onderzoeks)literatuur duidelijk dat trauma's en traumagerelateerde klachten een belangrijke lichamelijke component hebben. Vanwege dit lichamelijke component is het heel belangrijk het lichaam bij de diagnostiek en behandeling te betrekken. Dans- en bewegingstherapie is bij uitstek een therapievorm waarin het lichaam wordt betrokken.

Trauma en dans- en bewegingstherapie

Er zijn volgens Herman (1992, p. 201) vier basis fases voor herstel bij trauma: veiligheid, geheugen, rouw en herstel van verbinden van het dagelijkse leven en de realiteit. Het gevoel van veiligheid in het eigen lichaam door gerichtheid op het lichaam, het gevoel van het lichaam, de innerlijke impulsen, het fysiek comfort of ongemak, de energie, die tot een gevoel van veiligheid leidt, na verlies van macht en controle door patiënten met PTSS en de belichaming van het zelf (gevoel van eigenwaarde), is cruciaal in de eerste fase. De dans- en bewegingstherapeut moet zorgen voor een veilige ruimte waarin de patiënt kan handelen zonder dat hij zich beoordeeld voelt en volledige aanvaarding kan ervaren door empathische reflectie van de therapeut. Alleen op deze manier zal de patiënt het gevoel hebben om vrij te kunnen experimenteren en gevoelens te ervaren, want door het trauma is het lichaam geen veilige plaats. Het lichaam is direct verbonden met de fysieke pijn en (on- en onderbewuste) traumatische herinneringen (Damasio, 2003, p.86).

In 'Dancing Beyond Trauma' beschrijft Bernstein (1995) dans- en bewegingstherapie sessies met vrouwen die slachtoffer zijn van vroeg kinderlijk misbruik: "Het lichaam wordt het voertuig voor verandering en de focus van verandering, zodat de patiënt zijn lichaam kan terugwinnen (zelfcontrole). De patiënt wordt geholpen door beweging te herkennen en te veranderen en de manier waarop het lichaam wordt gebruikt, misbruikt, of wordt geremd door het lichaam. Gedachten en gevoelens zijn overbrugd met als doel om het lichaam terug te krijgen als hun eigen lichaam. Daardoor wordt de relatie met het lichaam verbeterd en hoop en positieve gevoelens over het lichaam kunnen worden hersteld".

Volgens Koch (2009) kiest dans- en bewegingstherapie het sensomotorische niveau als ingang om het trauma en de nasleep ervan te behandelen en daardoor worden lichamelijke hulpbronnen geactiveerd. Dat bevordert op zijn beurt weer de emotionele en cognitieve verwerking van het trauma. Dans- en bewegingstherapie is in combinatie met verbale therapie een unieke behandeling en biedt kansen aan getraumatiseerde mensen. "Beweging voorziet ons van een taal die geen vertaling vereist en stelt de therapeut de mogelijkheid om het trauma heel concreet aan te pakken, daar waar het zich manifesteert, namelijk op lichamen niveau."

Het lichamelijke aspect van dans- en bewegingstherapie komt in het stuk hierboven duidelijk naar voren. Binnen het lichamelijke aspect van dans- en bewegingstherapie ligt de focus meer naar binnen. Het lichamelijke aspect sluit aan bij de behoefte van ervaren/ bewust worden van het eigen lichaam als natuurlijke begrenzing, naar de innerlijke impuls komen, bij zichzelf komen, zich lichamen goed voelen en de energie van het lijf voelen (Van Keulen, 2007, p. 10). Binnen de diagnostiek van dans- en bewegingstherapie speelt het lichamelijke aspect een belangrijke rol, omdat wordt gekeken wat er zichtbaar is in het lichaam, lichaamshouding en bewegingen van het lichaam. Daarom biedt het lichamelijke aspect vaak een eerste ingang voor de behandeling.

Bij dans- en bewegingstherapie staat het 'doen en ervaren' centraal. Klachten zijn vaak terug te zien in lichaamshouding en beweging. Bewegen en lichamenheid zijn dan ook aangrijpingspunten voor de dans- en bewegingstherapeut. Dans- en bewegingstherapeuten hebben geleerd om het lichaam en beweging te observeren en deze te relateren aan de hulpvraag. Veel dans- en bewegingstherapeuten gebruiken hiervoor de specifieke observatiesystemen zoals bijvoorbeeld de Laban Movement Analyse (LMA), ontwikkeld door Rudolf Laban (1970). Aan de hand van observaties proberen zij via het lichaam te ontdekken wat de problemen zijn en wat er nodig is om hierin verandering aan te brengen. Zij gaan ervan uit dat nieuwe ervaringen moeten worden eigengemaakt en geïntegreerd in het lichaam om effect te hebben (Vermetten, Kleber & Van der Hart, 2012).

Veel klachten van traumapatiënten komen non-verbaal tot uiting in de vorm van nachtmerries en herbelevingen die worden opgeroepen door bijvoorbeeld beelden, kleuren, geluiden of aanrakingen.



Daardoor lijken traumatische herinneringen op herinneringen van jonge kinderen (Herman, 1993). Door het non-verbale karakter van de klachten biedt dans- en bewegingstherapie en de andere vaktherapieën zoals beeldende therapie, muziektherapie en dramatherapie een ingang voor de behandeling. Tekenen, muziek, theater en dans zijn eeuwenlang manieren waarmee mensen zich uiten, communiceren en gebruik maken van rituelen. Volgens Voogt en Klok (2011) kan via de non-verbale benadering dat wat niet verwoord kan worden, geleidelijk bewust worden gemaakt en gesymboliseerd worden (in Vermetten, Kleber & Van der Hart, 2012). Hiermee wordt in de werkwijze van dans- en bewegingstherapie het expressieve aspect als ingang gekozen. Naast het lichamelijke aspect kan ook het expressieve aspect van dans- en bewegingstherapie als een ingang worden gekozen. Hierbij ligt de focus meer naar buiten gericht en op het uiten van emoties.

Er is slechts beperkt wetenschappelijk onderzoek verricht naar de effectiviteit van dans- en bewegingstherapie en de andere vaktherapieën op het behandelen van traumatische klachten. In een recent artikel werd bijvoorbeeld beklemtoond dat we nog maar weinig weten over wat de implicaties kunnen zijn van kunst in een behandeling van veteranen met PTSS. Vaktherapieën blijken op diverse manieren in de praktijk goed te werken, maar er is meer onderzoek nodig naar de effecten in het algemeen en specifiek bij trauma en PTSS (Vermetten, Kleber & Van der Hart, 2012).

Trauma, lichaamsbewustzijn & dans- en bewegingstherapie

De lichamelijke integriteit is door het trauma vaak in gevaar gebracht. In het werkmodel van mijn stageinstelling werd veel belang gehecht aan het lichamelijke component van trauma. Het (herstellen van) het lichaamsbewustzijn en contact kunnen maken met het lichaam is in de behandeling van belang voor het herstel en de verwerking van het trauma. De therapeut moet hierin altijd rekening houden met de hulpvraag van de patiënt.

Dans- en bewegingstherapeut Inge Oosterveld (persoonlijke mededeling, 2012, 3 november) schrijft in een emailbericht dat het lichaamsbewustzijn van patiënten met PTSS vaak verstoord is ofwel er is een beperkt lichaamsbewustzijn. Het contact maken met het eigen lichaam is bij patiënten met PTSS vaak ook het contact maken met de traumatische ervaringen en alle opgeslagen gevoelens en vereist dus een zorgvuldig omgaan hiermee door de therapeut. Het uitdrukken van deze gevoelens (zonder direct op het lichaam te focussen) kan betekenen dat er als effect meer lichaamsbewustzijn is. Bijvoorbeeld een patiënt die zich niet bewust is van haar benen en ook benoemt deze nauwelijks te voelen, kan in haar dans zich gevoelsmatig gaan uitdrukken met schoppende bewegingen en zich bewust worden dat ze haar benen kan inzetten. Deze schoppende beweging kan bijvoorbeeld opgeslagen woede zijn die hiermee naar buiten komt waarmee ze door in contact te komen met dit gevoel ook automatisch in contact komt met haar lichaam. Volgens Oosterveld gaat dit bijna altijd samen. Dit voorbeeld illustreert dat er een wisselwerking bestaat tussen het bewustzijn van het lichaam en het bewustzijn van gevoelens. Het voorbeeld laat ook zien dat het expressieve aspect ook als ingang van de behandeling gekozen kan worden, door niet direct op het lichaam te focussen maar juist op het uitdrukken van gevoelens.

Volgens Mehling et al. (2011) is het lichaam het kerngedeelte waar emoties en gevoelens worden opgeslagen. Mehling et al. (2011) constateerden in een onderzoek dat lichaamsgerichte psychotherapievormen het lichaamsbewustzijn vergroten. In dit onderzoek waarbij de focus op het lichaamsbewustzijn lag, werden de effecten gemeten bij patiënten met een verscheidenheid aan medische aandoeningen, waaronder trauma door seksueel misbruik. Het proces dat in gang wordt gezet binnen lichaamsgericht werken, zorgt volgens de onderzoekers voor verschuivingen in het bewustzijn van de lichamelijke sensaties en negatieve emoties, voor betrokkenheid bij zelfregulering, emotieregulatie en zelfzorg en de integratie van geest, lichaam en omgeving. Dit zorgt ervoor dat klachten beter kunnen worden gerationaliseerd en emoties niet in het lichaam vast blijven zitten. Hierdoor is er meer connectie tussen het lichaam en de geest waardoor er beter kan worden omgegaan met klachten.

Van Dixhoorn (2001) zegt over lichaamsbewustzijn: "Lichaamsbewustwording stelt de verhouding tussen aandacht en lichaam aan de orde en vormt een opstap naar interne regulatie. De aandacht werkt als een filter en als een versterker. Het kan gebeurtenissen in het lichaam vergroten en verkleinen. De aandacht kan actief gebruikt worden (naar de omgeving) of passief (naar binnen). Om te kunnen ontspannen moet het gevoel van ontspanning en de aandacht op een lijn zitten. De ontspanning moet



worden waargenomen. Blijft de aandacht naar buiten gericht dan verdwijnt het gevoel van ontspanning” (p.65).

Spiegelen en empathie

Door middel van het spiegelen kan een gezonde kant van de patiënt worden aangesproken. Spiegelen is een techniek volgens de methode van pionier en dans- en bewegingstherapeut Chace. Volgens Chace is communicatie een basale behoefte van de mens. Dans is communicatie en biedt daarmee direct een antwoord op een van de basisbehoeften van de mens. Om de communicatie tussen de patiënten onderling en tussen de therapeut en de patiënt te bevorderen gebruikt Chace de empathische techniek spiegelen. Chace was van mening dat de lichamelijke expressie een weg kan bieden om emoties zichtbaar te maken die niet direct met woorden zichtbaar te maken zijn. Chace benadrukte dat iedere psychiatrische patiënt naast de beschadigde, zieke delen van de persoonlijkheid, ook gezonde en vitale delen heeft die men behoort aan te spreken en te versterken. De techniek spiegelen die Chace gebruikte, wordt tot op heden in de dans- en bewegingstherapie veel ingezet (van Keulen, 2010).

Volgens een artikel van McGarry en Russo (2011) lijkt het waarschijnlijk dat het proces van spiegelen, dat de empathie bevordert, tot stand komt door een emotioneel bewegings- feedback systeem dat door het spiegelneuronen circuit gaat. Om andermans emoties te begrijpen moeten we neurale gebieden activeren die verband houden met het creëren van deze bewegingen, die op hun beurt van invloed zijn op het limbisch systeem en het verbeteren van onze sensaties van de emoties die in verband staan met deze bewegingen. Als gevolg daarvan zouden we komen tot een beter begrip van andermans intenties door het zelf voelen van deze intenties, of emoties.

De auteurs voorspellen dat onderzoek zal uitwijzen dat spiegelen de empathie bevordert en dat dit het meest effectief is met het gebruik van muziek. Lange termijn studies moeten volgens hen bepalen of de effecten van het spiegelen gegeneraliseerd kunnen worden en of het de empathie bevordert in de sociale interactie. Hoewel de specifieke effecten van spiegelen op het emotionele begrijpen beperkt zijn, is het onderzoek dat al heeft plaatsgevonden veelbelovend en het suggereert dat spiegelen de empathie tussen patiënt en therapeuten en onder patiënten versterkt. Men kan zelfs de pijn van de ander voelen en men kan de pijn van de ander ‘zien’ in het brein.

Spiegelneuronen en onderzoek

Spiegelen neemt momenteel een belangrijke plaats in, in de neurowetenschappen. In de neurowetenschappen zijn onderzoeken gedaan naar neuronen die actief worden wanneer je gedrag of een emotie van een ander waarneemt. Wanneer je getuige bent van het gedrag of emotie van een ander, blijkt dat bij de getuige dezelfde reeks neuronen in de hersenen worden geactiveerd als bij de actieve persoon. Deze neuronen worden spiegelneuronen genoemd. Deze activiteit van neuronen is volgens Gallese (in Berrol, 2006) als een op ervaringsgebaseerde reactie. Hierdoor is een neurologische verklaring voor empathie gevonden. De neuronen worden geactiveerd door een directe simulatie van de waargenomen gebeurtenissen door het ‘spiegelmechanisme’, niet door het verstand of het redeneren. Gallese verklaart dit (in Berrol, 2006) volgens het mechanisme van sociale, kinesthetische en emotionele cognitie en begrip. Hierop gebaseerd worden de spiegelneuronen op dit moment verbonden met de psycho-affectieve, sociale en cognitieve ontwikkeling, gehechtheid, afstemming, empathie, sociale kennis en moraliteit. Spiegelneuronen zijn een belangrijk fysiologisch gegeven bij het elkaar begrijpen, of het empathisch invoelen in de ander.

Spiegelen in het algemeen, dans- en bewegingstherapie waarin spiegelen wordt ingezet en spiegelen binnen trauma zijn momenteel relevante onderwerpen binnen onderzoeken.



Spiegelen en dans- en bewegingstherapie als behandeling

Het meeste onderzoek in dans- en bewegingstherapie heeft zich tot nu toe gericht op veranderingen in emoties. Dans- en bewegingstherapie in het algemeen wordt hierin onderzocht en niet specifiek het spiegelen en hoe dit emoties kan veranderen. Ritter en Low (2006) melden dat empirisch onderzoek over dit onderwerp ontbreekt, omdat veel creatief therapeuten beweren dat er geen kwantitatief onderzoek gedaan kan worden binnen deze ervaringsgerichte vorm van therapie. Toch benadrukken de auteurs het belang van empirisch onderzoek, zodat dans- en bewegingstherapie effectief kan worden toegepast en zich kan vestigen in de wetenschappelijke gemeenschap (in McGarry & Russo, 2011).

Dans- en bewegingstherapie en (lichaams)bewustzijn

Damasio (2003), een neuroloog met vele jaren van zorg voor patiënten met verschillende soorten van hersenbeschadiging heeft de neurobiologie van het bewustzijn onderzocht, (hoe de hersenen zorgen voor bewustzijn) en de ervaring van het zelf. De kern van Damasio's bevindingen over dit onderwerp zijn van grote waarde voor het vakgebied van trauma, herstel en dans- en bewegingstherapie.

Damasio hield zich bezig met emotie, gevoel, en het bewustzijn van gevoel. De gemene deler van deze drie fenomenen is, dat ze gerelateerd zijn aan het lichaam.

In zijn boek "Ik voel dus ik ben" (2003) schets de neuroloog Damasio zijn theorie over emotie als basis voor bewustzijn. Damasio staat vanuit neuropsychologisch onderzoek zijn vooronderstelling dat gevoelens (en de onderliggende emoties) het meest wezenlijk zijn voor de mens en dat psychische problematiek altijd in relatie staat met emoties of het ontbreken daarvan. Juist deze focus op het primaire belang van emoties en de relatie met psychische problematiek zijn kenmerkend voor dans- en bewegingstherapie en zijn theorie kan daarmee een belangrijke bron zijn om de werking van dans- en bewegingstherapie te verklaren. Volgens Damasio zijn gevoelens de innerlijke, geestelijke gewaarwording van een emotie (in Van Keulen, 2007).

Spiegelen, trauma en dans- en bewegingstherapie

Uit literatuuronderzoek is gebleken dat er binnen de danstherapeutische behandeling van trauma verschillende spiegelmodellen van toepassing kunnen zijn. Deze spiegelmodellen hebben een wetenschappelijke onderbouwing gekregen vanwege nieuwe onderzoeken op het gebied van de neurobiologie in de afgelopen jaren. Hierdoor was het mogelijk om de modellen nog meer aan te passen op de specifieke behoeftes van populatie met (complexe) PTSS. De effecten van het toepassen van de specifieke spiegelmodellen zijn, dat patiënten leren om meer controle te hebben over hun emoties en lichamelijke sensaties. Hierdoor is het lichaam niet langer een bedreiging, maar een bron van veiligheid en een thuis van zelfervaring (Eberhard, 2008).

De aanpak van het traumatische geheugen is van belang bij de behandeling. Volgens Eberhard (2012) zijn er vier samenhangende aanpakken om via dans- en bewegingstherapie de gevolgen en het probleem van het traumatische geheugen te behandelen:

1. Psycho-educatie om trauma gerelateerde gedragspatronen te veranderen;
2. Verminderen van lichamelijk arousal;
3. Verandering van de persoonlijke betekenis van de traumatische gebeurtenis door middel van ervaringsgerichte bewegingsmetaforen;
4. Ontwikkelen van emotieregulatie en een reflectieve afstand tot de traumatische herinnering door middel van interpersoonlijk spiegelen.



Deze laatste methode (4.) trok mijn aandacht en interesse. Eberhard (2012) stelt verschillende spiegelmodellen voor in de diagnostiek en behandeling om te observeren hoe de patiënt functioneert en om een geschikte manier te vinden om de patiënt te benaderen met betrekking tot zijn probleem. Ondanks het respect voor het gerechtvaardigde wantrouwen van een patiënt met PTSS is spiegelen voor de therapeut een complex gebeuren. Het is meer dan het kopiëren van de vorm van de bewegingen, maar de empathische reflectie is belangrijk en dus gaat het om de emotionele toestand van de patiënt in beweging.

Met als doel om het angstniveau van de patiënt te verminderen en om te focussen op de sterke en gezonde kanten van de patiënt kunnen de spiegelmodellen ook worden toegepast middels andere vormen, bijvoorbeeld verbaal, door te benoemen wat zichtbaar wordt in beweging bij de patiënt.

1.5 Relevantie voor aanvullend onderzoek

Uit de literatuur van Eberhard (2012) blijkt dat er binnen de diagnostiek en behandeling van trauma verschillende spiegelmodellen zijn voor een dans- en bewegingstherapeut. Hierbij wordt gefocust op het traumatische geheugen, het verminderen van het angstniveau en emotieregulatie. Het richt zich minder specifiek op het lichaamsbewustzijn. Toch ben ik naar deze spiegelmodellen nieuwsgierig geworden en ik begon mij af te vragen hoe deze spiegelmodellen een hulpmiddel kunnen zijn om het lichaamsbewustzijn van patiënten te bevorderen. Uit literatuuronderzoek blijkt dat er in het algemeen minder bekend is over het *hoe* van spiegelen. Uit navraag bij mijn studiegenoten blijkt dit, maar ook uit navraag bij andere dans- en bewegingstherapeuten. Uit een aanbeveling in de scriptie “Gezien Worden” van Loenen (2009) blijkt dat er aandacht kan worden besteed aan de therapeut en op welke manieren hij kan spiegelen. Op deze aanbeveling wil ik inhaken.

De hypothese van dit onderzoek is dat deze spiegelmodellen het lichaamsbewustzijn kunnen bevorderen. Patiënten die een hoge mate van lichaamsbewustzijn ervaren, zullen adequater kunnen reageren op lichamelijke spanningen en emoties. Daarom speelt lichaamsbewustzijn een belangrijke rol op klachtenvermindering en is het logisch en verantwoord om mee te nemen in de behandeling. Mehling et al. (2011) constateerden in een onderzoek dat lichaamsgerichte therapievormen het lichaamsbewustzijn bevorderen. Dit zorgt ervoor dat klachten beter kunnen worden gerationaliseerd en emoties niet in het lichaam vast blijven zitten.

Uit literatuuronderzoek blijkt dat de effecten van het spiegelen op de patiënt uitvoerig zijn onderzocht. Het blijkt dat er weinig onderzoek is gedaan naar de relatie tussen verschillende spiegelmodellen en lichaamsbewustzijn bij traumapatiënten. Het bevorderen van het lichaamsbewustzijn is in de behandeling van trauma van belang, zie hoofdstuk 1. Daarom is het zinvol om hier onderzoek naar te doen. Dit blijkt ook uit navraag in de beroepspraktijk. Vanuit de praktijk is er behoefte aan een hulpmiddel om traumapatiënten meer met hun lichaam in contact te laten komen.

Spiegelen in het algemeen, dans- en bewegingstherapie waarin spiegelen wordt ingezet en spiegelen binnen trauma zijn momenteel relevante onderwerpen binnen onderzoeken. Het is daarom relevant om te onderzoeken hoe er precies door de dans- en bewegingstherapeut kan worden gespiegeld binnen de traumabehandeling. Het spiegelen wil ik hiermee expliciteren en de verschillende spiegelmodellen wil ik in kaart brengen. Uit een emailbericht (Oosterveld, persoonlijke mededeling, 2012, 3 november) bleek, dat het expliciet maken van deze verschillende spiegelmodellen zeker zinvol is. Spiegelen vormt de basis van de therapeutische interventie en is voor dans- en bewegingstherapie in het algemeen heel wezenlijk.

Wanneer de inzet van spiegelen bij trauma duidelijker wordt, zal de techniek bewuster en meer onderbouwd kunnen worden ingezet. Omdat er vanuit de praktijk behoefte is aan het in kaart brengen van het gebruik van spiegelen bij trauma, is er sprake van een bottom-up context. Voor Practice Based Evidence (PBE) is dit van belang. De onderzoeker probeert hierbij een brug te slaan tussen de wetenschap en de praktijk. Dit heb ik beoogd te doen met mijn onderzoek.

In mijn eigen methodisch handelen heb ik veel gebruik gemaakt van het spiegelen, bewust en onbewust. Hierdoor ben ik geïnteresseerd geraakt naar het gebruik van spiegelen in relatie met de doelgroep trauma. Daarom zal ik de resultaten van mijn onderzoek integreren in mijn nieuwe werkmodel, zie paragraaf 4.3 Nieuwe werkmodel. Daarmee is dit onderzoek vooral relevant voor het verbreden van mijn methodisch handelen. Andere betrokkenen hebben ook baat bij mijn onderzoek. Voor de opleiding



dans- en bewegingstherapie aan de Hogeschool Zuyd kunnen de resultaten een bijdrage leveren aan de module Toegepaste Medium Vaardigheden (TMV) waarin mediumtechnieken aan bod komen. Daarnaast is het relevant voor deze doelgroep, omdat de kennis die dit praktijkgerichte onderzoek oplevert kan bijdragen aan het bevorderen van het lichaamsbewustzijn. Dit bevordert de klachtenvermindering en het herstel van trauma.

Het blijkt uit literatuuronderzoek dat de effecten van het toepassen van de spiegelmodellen zijn, dat patiënten leren om meer controle te hebben over hun emoties en lichamelijke sensaties. Voor zover bekend is er geen literatuur over hoe verschillende spiegelmodellen adequaat kunnen worden ingezet om specifiek het lichaamsbewustzijn te bevorderen met als doel het kunnen reguleren en controleren van emoties en lichamelijke spanningen. Het is dus van belang om dit te gaan onderzoeken en om te toetsen welke spiegelmodellen in mindere of meerdere mate het lichaamsbewustzijn bevorderen. Hierdoor kan ik mijn werkmodel verbreden. Dit heeft mij enthousiast gemaakt om de spiegelmodellen te gaan onderzoeken binnen de doelgroep trauma. Een doelgroep die te kampen heeft met een verstoord lichaamsbewustzijn en bijbehorende klachten, zoals het niet kunnen reguleren van lichamelijke spanningen en emoties.

1.6 Definiëring van de belangrijkste begrippen

Dans- en bewegingstherapie

De dans- en bewegingstherapie richt zich primair op het door middel van experimenteren met beweging nieuwe gevoelens en zijnswijze te exploreren en toegang te krijgen tot gevoelens die moeilijk toegankelijk zijn (Stanton & Jones in: Van Keulen, 2007).

Danstherapeutische techniek spiegelen

De dans- en bewegingstherapeut spiegelt de bewegingen van de patiënt (mirroring). De beweging kan in zijn totaliteit worden overgenomen of vanuit een van de Laban Bewegingsanalyse aspecten. Bijvoorbeeld positie in de ruimte, snelheid of krachtgebruik (Kil & Prins, 2010).

Laban Bewegingsanalyse/ Laban Movement Analyses (LMA)

Systeem dat gebruikt wordt bij het bestuderen, benoemen en beschrijven van bewegingen. Dit systeem wordt binnen de dans- en bewegingstherapie gebruikt om de beweging van de patiënt te kunnen observeren. Beweging wordt binnen het Laban systeem beschreven in termen van 4 categorieën, namelijk: Body, Space, Effort en Shape. Dat wat wij waarnemen is het fysieke lichaam, de verplaatsing door de ruimte, de intentie waarmee een object (een ander materiaal) benaderd wordt en de vorm van het lichaam in de ruimte. In de LMA benoemt men dit als de categorieën:

- BODY: Wat beweegt er, het lichaam;
- SPACE: Waar beweegt het, in de ruimte;
- EFFORT: Hoe beweegt het, welke kwaliteit;
- SHAPE: Hoe verandert het, vorm van het lichaam in de ruimte (Van Keulen, 2010).

Trauma

Gebeurtenis die doodsb bedreigend is, waarin een ernstig letsel zou kunnen optreden of die de lichamelijke integriteit van de persoon of anderen in gevaar brengt (APA, 1995).



Posttraumatische stressstoornis (PTSS)

Een schokkende gebeurtenis kan een verstoring van het psychobiologische evenwicht veroorzaken. Mensen blijven als het ware ingesteld op gevaar (dat niet meer aanwezig is); de angst blijft permanent bestaan. Deze toestand hindert hen op vele manieren in het dagelijkse bestaan. Chronische stress, overmatige waakzaamheid en allerlei lichamelijke klachten kunnen het gevolg zijn (Van 't Land et al., 2008).

Lichaamsbewustzijn

Lichaamsbewustzijn is het gewaar zijn van en inzicht in eigen lichaam en lichamelijk functioneren (Meijer, 2006).

Lichamelijke aspect van dans- en bewegingstherapie

Hierbij is de focus naar binnen, op het eigen lichaam gericht, zintuiglijkheid is hierbij belangrijk. Het lichamelijke aspect van dans sluit aan bij de behoefte van ervaren/ bewust worden van het eigen lichaam als natuurlijke begrenzing, naar de innerlijke impulsen komen, bij zichzelf komen, zich lichamelijk goed voelen, energie van het lijf voelen (Van Keulen, p.10, 2007).

1.7 Vraagstelling

De vraagstelling luidt: hoe kunnen verschillende danstherapeutische spiegelmodellen worden ingezet om het lichaamsbewustzijn van traumapatiënten te bevorderen? Voor de beantwoording van mijn vraag is het van belang dat ik verschillende spiegelmodellen aan veranderingen in het lichaamsbewustzijn kan toetsen.

De subvragen die zijn ontstaan luiden: welke verschillende spiegelmodellen zijn er voor de dans- en bewegingstherapeut te onderscheiden? En welke spiegelmodellen kunnen in mindere of meerdere mate bijdragen aan het vergroten van het lichaamsbewustzijn?

1.8 Doelstelling

De doelstelling van het onderzoek is zicht te krijgen op hoe verschillende danstherapeutische spiegelmodellen kunnen worden ingezet om het lichaamsbewustzijn van traumapatiënten te bevorderen. De therapeut kan met dit onderzoek zicht krijgen op hoe spiegelen kan worden ingezet in de traumabehandeling. Hierdoor kan de therapeut spiegelen bewuster en meer onderbouwd inzetten in de behandeling van trauma. In deze fase van het onderzoek wordt spiegelen gedefinieerd als de danstherapeutische techniek spiegelen.

Als gevolg van mijn onderzoek wordt in kaart gebracht welke spiegelmodellen de dans- en bewegingstherapeut kan onderscheiden en inzetten. Daarnaast kan er zicht worden gekregen op welke spiegelmodellen in mindere of meerdere mate het lichaamsbewustzijn bevorderen. Dit onderzoek maakt dat ik mijzelf verder kan ontwikkelen in de techniek spiegelen en als therapeut vaardiger word in deze techniek.

2 Onderzoeksmethode

In dit hoofdstuk wordt het onderzoekstype en de onderzoeksmethode beschreven. Vervolgens worden de verschillende fases van het onderzoek doorlopen en worden de onderzoekstechnieken, de procedure, de onderzoeksmethode, de onderzoekspopulatie en de dataverzamelingstechnieken beschreven. Omdat het accent van dit onderzoek op de ontwikkelfase lag, wordt in paragraaf 2.6 uitgebreid ingegaan op de ontwikkelde spiegelmodellen en bovendien op de randvoorwaarden en de therapeutische fases binnen het onderzoek. In het vervolg van de tekst zullen de patiënten die hebben deelgenomen aan het onderzoek vermeld worden als de 'participanten'.



2.1 Onderzoekstype

Er is gekozen voor het ontwikkelingsgerichte onderzoekstype. Ontwikkeling staat voor kennisvermeerdering en verbetering van situaties, dat zorgt voor verbetering van zorg en aanbod (Migchelbrink, 2007). Hiervoor is gekozen, omdat dit type het meest passend is bij mijn vraagstelling. Het is passend bij mijn onderzoek, omdat mijn methodisch handelen in samenwerking met patiënten verbeterd kan worden. Door dit onderzoek zal er nieuwe informatie beschikbaar komen die mijn methodisch handelen en dat van andere dans- en bewegingstherapeuten kan uitbreiden en er wordt meer kennis vergaard over een probleemgebied binnen de traumabehandeling. Met dit onderzoek wordt gekeken hoe verschillende spiegelmodellen kunnen worden ingezet om het lichaamsbewustzijn van traumapatiënten te bevorderen en het richt zich op het lichamelijke aspect. Er is nog geen onderzoek gedaan naar hoe verschillende spiegelmodellen het lichaamsbewustzijn van traumapatiënten kunnen bevorderen en welke spiegelmodellen in mindere of meerdere mate het lichaamsbewustzijn bevorderen. Daarom is het relevant dit te onderzoeken.

2.2 Onderzoeksmethode

Er is gekozen voor actieonderzoek (AO). *Hoe kunnen verschillende spiegelmodellen binnen de traumabehandeling worden ingezet om het lichaamsbewustzijn te bevorderen?* is een actiegerichte vraagstelling. AO is een geheel van aan elkaar gekoppelde activiteiten van (meestal een groep) mensen die:

- via het uitvoeren van praktijkgericht en probleemgericht kleinschalig onderzoek doen;
- waarin betrokkenen en onderzoekers met elkaar samenwerken op basis van gelijkheid;
- zich verdiepen in praktische problemen die (deze) individuele mensen ondervinden inzake hun dagelijks handelen in hun woon/ leefsituatie, werksituatie of beroepspraktijk (Migchelbrink, 2007).

Door middel van kwalitatief onderzoek is de vraagstelling beantwoord. Volgens Smeijsters (2008) is kenmerkend voor kwalitatief onderzoek dat gewerkt wordt met een beperkt aantal geselecteerde respondenten die open bevraagd worden, zodat zij vrij kunnen vertellen over hun ervaringen. Hun verhalen worden niet omgezet in cijfers maar in woorden verwerkt tot thema's. Kwalitatief onderzoek vindt in de natuurlijke situatie plaats en de onderzoeksmethoden worden hierop afgestemd. Typerend voor actiegericht onderzoek is dat er sprake is van een "co-creatie" van onderzoekers in de praktijk (begeleiders, patiënten, therapeuten). Het onderzoek kan gericht zijn op een probleem in de praktijk of het kan gericht zijn op eigen therapeutisch handelen van de beroepsbeoefenaar. In dit onderzoek is sprake van beide gevallen en er is sprake van een verandering in de praktijk. Daarnaast is er in dit onderzoek gekozen voor kwantitatieve maten middels vragenlijsten om te onderzoeken welke spiegelmodellen in mindere of meerdere mate het lichaamsbewustzijn bevorderen.

Samen met patiënten is de onderzoeker in actie gekomen om te onderzoeken hoe verschillende spiegelmodellen adequaat kunnen worden ingezet en welke spiegelmodellen in mindere of meerdere mate het lichaamsbewustzijn bevorderen. Hiermee richt de onderzoeker zich op het verbreden van haar eigen methodisch handelen. Er wordt in eerste instantie niet beoogd om effecten van het spiegelen op het lichaamsbewustzijn te onderzoeken en te meten. Daarom is actieonderzoek een passende methode.

2.3 Voorfase

In deze fase is door de onderzoeker nagegaan wie betrokken zullen zijn bij het onderzoek en wat de relatie met hen is. Om een AO te kunnen starten is het belangrijk dat er meerdere personen of groepen deelnemen. Het gaat in dit onderzoek om de volgende direct betrokkenen, ook wel actoren:

- de afstuderende student als probleemaanbrenger en actieonderzoeker;
- dans- en bewegingstherapeuten Inge Oosterveld (werkzaam geweest bij PsyQ Psychotrauma in



In de Spiegel van de Dans

Een actiegericht onderzoek met traumapatiënten in de zorg

- Den Haag) en Michelle Kurzenacker (werkzaam bij PsyQ Psychotrauma Spijkenisse);
- drie patiënten die in dagbehandeling zijn bij PsyQ Psychotrauma in Den Haag;
- psychomotorisch therapeut, onderzoeker en werkbegeleider tijdens mijn stage Minke van de Kamp;
- psychotherapeut, zorgmanager van PsyQ Haaglanden en onderzoeker Paula de Jong;
- werkbegeleiders/ bewegingsexpressietherapeuten Hester Slagman en Nanci Nievaard (werkzaam als psychomotorisch therapeuten bij PsyQ Psychotrauma in Den Haag);
- stagiair dans- en bewegingstherapie van PsyQ Psychotrauma in Den Haag Simone Willems;
- dans- en bewegingstherapeut Katharina Conradi;
- beeldend therapeute bij PsyQ Haaglanden Wilma ten Hacken;
- docenten Hogeschool Zuyd Ina van Keulen en Simone Kleinlooh, tevens mijn scriptiebegeleider.

Het onderzoek is zelfstandig uitgevoerd. Met andere behandelaren is afgestemd met betrekking tot beschikbaarheid van de ruimtes en belastbaarheid van de patiënten. Daarnaast is tijdens het includeren van patiënten overlegd met behandelaren. Dit overleg heeft met name betrekking gehad op de belastbaarheid en de bereidheid van de patiënt en of psychomotorische therapie naast het onderzoek geïndiceerd is.

Minke van de Kamp heeft aan het eind van het onderzoek de resultaten met mij geëvalueerd. Dit vergroot de kwaliteit van het onderzoek, omdat zij kennis heeft van wetenschappelijk onderzoek. Tevens is zij aanspreekpunt voor mij geweest tijdens het onderzoek. Dans- en bewegingstherapeut Katharina Conradi was tevens betrokken in de eindevaluatie als onafhankelijk beoordelaar. Zij heeft veel kennis op het gebied van LMA. Paula de Jong heeft akkoord gegeven voor mijn onderzoek en is ook aanspreekpunt geweest.

Bij Ina van Keulen en Simone Kleinlooh zijn voor en tijdens het onderzoek vragen overlegd en kon de onderzoeker terecht als er tegen zaken aan werd gelopen. Zij hebben veel kennis op het gebied van het onderzoeks- en werkveld binnen dans- en bewegingstherapie.

Simone Willems is betrokken geweest bij het tot stand komen van het LMA coding sheet (zie 2.6.1 Dataverzamelingstechnieken). Samen met haar is onderzocht hoe er verondersteld kan worden dat er lichaamsbewustzijn aanwezig is bij de patiënt en hoe dit zichtbaar wordt in houding en beweging. Hierbij is de ervaringskennis met deze doelgroep en kennis van LMA gebruikt.

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

Ter introductie van de onderzoeker op de afdeling is er door de onderzoeker een toelichting gegeven op het onderzoek in de verschillende behandelteams. Tegelijkertijd is hiermee beoogd patiënten te werven. De meeste behandelaren kenden de onderzoeker nog van het afgelopen stagejaar. Dit heeft de binnenkomst van de onderzoeker in het behandelteam vergemakkelijkt. Voorafgaand aan de toelichting op het onderzoek is een informatieflyer aan de afdeling gestuurd om het onderzoek onder de aandacht te brengen bij de behandelaren.

Voor de patiënten die geschikt bevonden werden door de hoofdbehandelaar is er per post een informatiebrief gestuurd. Hierin stond de doelstelling van het onderzoek en wat er van patiënten wordt verwacht. Daarnaast heeft er een kennismakingsgesprek met patiënten en de onderzoeker plaatsgevonden. Dit werd bovendien gedaan in het kader van de relatieopbouw tussen de patiënt en de onderzoeker.

Nadat de patiënt toestemming gaf voor deelname is er een 'informed consent' (toestemmingsformulier) ondertekend. Formeel wordt hiermee afgesproken dat data van patiënten niet publiekelijk wordt gepubliceerd, dat de patiënt vrijwillig meewerkt aan het onderzoek en dat zijn gegevens voor het onderzoek gebruikt worden en anoniem blijven.

De onderzoeker heeft een contract getekend voor een onderzoeksstage. Hiermee is de onderzoeker formeel gezien verzekerd geweest.

Er is in deze fase gekeken naar en tijdens het onderzoek rekening gehouden met de dynamiek van de onderzoekssetting. Patiënten kunnen uitvallen tijdens de behandeling bij PsyQ, omdat ze onder het no-show beleid vallen. Dit houdt in dat als patiënten binnen vier maanden meer dan twee keer niet verschijnen op de afspraak, ze worden uitgeschreven. Weliswaar is dit in overleg met de hoofdbehandelaar.

Er is in deze fase eveneens gekeken naar de beoogde relatie met de patiënten. De relatie met



de participanten, maar ook met de andere betrokkenen van dit onderzoek valt te omschrijven als gelijkwaardig. De rol van onderzoeker is minder de rol van behandelaar en de rol van de patiënten valt te omschrijven als de rol van participant en mede-onderzoeker.

2.4 Oriëntatiefase

Tijdens deze fase is gekeken naar het doel van het onderzoek. Zie paragraaf 1.8 Doelstelling.

2.5 Diagnostische fase

In deze fase is er gekeken hoe er tot een gezamenlijke diagnose wordt gekomen met de betrokkenen. Voor het onderzoek van start kon gaan, was het belangrijk dat er werd gekeken naar de vraag vanuit de beroepspraktijk en dat het probleemgebied verder in kaart werd gebracht. Dit is gebeurd in de probleemstelling, zie hoofdstuk 1. In deze paragraaf wordt verder ingegaan op de technieken die zijn ingezet tijdens de diagnostische fase.

Om tot een gezamenlijke diagnose te komen is contact opgenomen met de werkbegeleiding van het stagejaar van de onderzoeker en met twee dans- en bewegingstherapeuten (zie 2.3 Voorfase) die ervaring hebben met de doelgroep trauma. In een open interview en via mailcontact zijn vragen gesteld over de thema's spiegelen en het lichaamsbewustzijn van patiënten. Hierbij is gebruik gemaakt van de techniek ondervragen. Er is gebleken dat er behoefte bestaat aan een hulpmiddel om traumapatiënten meer met het eigen lichaam in contact te brengen. Dit kwam naar voren uit mailcontact met een ondervraging van bewegingsexpressie therapeut Nanci Nievaard. Uit open bevragingen en mailcontact met dans- en bewegingstherapeuten Inge Oosterveld en Michelle Kurzenacker is gebleken dat er een behoefte is aan het in kaart brengen van de verschillende spiegelmodellen. Hierbij is eveneens de techniek ondervragen gebruikt.

Door te reflecteren op het afgelopen stagejaar is de onderzoeker er achter gekomen dat zij haar methodisch handelen op het gebied van spiegelen wil verbreden. Het spiegelen is door de onderzoeker bewust en onbewust ingezet, zo bleek uit reflectie. De onderzoeker wil meer zicht krijgen op hoe verschillende spiegelmodellen kunnen worden ingezet bij traumapatiënten. Door te reflecteren op het eigen handelen van de onderzoeker en op de (praktijk)situatie kon een diagnose worden gesteld.

Er is tevens gebruik gemaakt van de techniek observeren. Tijdens de stage zijn patiënten geobserveerd en is er door de onderzoeker ondervonden dat er weinig sprake is van lichaamsbewustzijn. Bovendien lieten de scores op de ingevulde vragenlijsten over lichaamsbewustzijn dit zien. Patiënten vulden deze vragenlijst voorafgaand aan de behandeling in.

Het belang van een zekere mate van lichaamsbewustzijn bij traumapatiënten is door de onderzoeker uitgelegd aan de participanten. Zij waren dan ook gemotiveerd om deel te nemen aan het onderzoek en daarmee wellicht hun emoties en lichamelijke spanningen beter te kunnen waarnemen en te kunnen reguleren. Bij de meeste participanten bestond er een behoefte om meer lichaamsbewustzijn te ontwikkelen. Dit was echter geen voorwaarde om deel te kunnen nemen. Er is tijdens het includeren van de patiënten vooral gekeken naar de motivatie. Motivatie is van belang om het onderzoek effectief te maken. De resultaten zullen dan hoogstwaarschijnlijk hoger zijn, omdat patiënten meer open zullen staan om te onderzoeken.

De groepsontwikkeling tijdens de probleemanalyse heeft de onderzoeker kunnen waarborgen door veel mailcontact te onderhouden met Minke van de Kamp en andere werkbegeleiding. Doordat er telkens vragen en ideeën over de probleemstelling en het onderzoek werden voorgelegd, was er veel sprake van communicatie. De communicatie verliep snel en makkelijk. Met de andere therapeuten verliep de onderlinge communicatie eveneens makkelijk. Omdat er tijdens het stagejaar met de betrokkenen en ondervraagde therapeuten is samengewerkt, was er al sprake van wederzijds vertrouwen en daardoor weet men wat men aan de ander heeft. Dit vergemakkelijkt de samenwerking en de groepsontwikkeling.

Tijdens de actiefase is gepoogd om de groepsontwikkeling te waarborgen door onderlinge problemen bespreekbaar te maken. De rol van de onderzoeker is van te voren duidelijk gemaakt aan de participanten



en er is duidelijk gemaakt wat hun inbreng kon zijn en wat er van hen werd verwacht. Hiervoor hebben intakegesprekken plaatsgevonden. Hierbij is bovendien de motivatie en bereidheid van de patiënt onderzocht.

De samenwerking en het wederzijds vertrouwen tussen de participant en de onderzoeker moet groeien. Dit is belangrijk om het leerproces van de bewustwording van het lichaam van de participant mogelijk te maken. Daarom vormde de groepsontwikkeling en de onderlinge communicatie een aandachtsgebied tijdens het onderzoek. Daarom moesten alle rollen, verwachtingen en ieders inbreng duidelijk zijn. De onderzoeker heeft gestimuleerd om tijdens het gehele onderzoek een open communicatie mogelijk te maken. Hiervoor is naar haar mening respect, echtheid en empathie naar de ander nodig.

2.6 Ontwikkelfase

Deze fase staat voor het maken van een plan voor het verbeteren van de bestaande situaties of het huidige handelen. Het accent van dit onderzoek lag op de ontwikkelfase.

Samen met Minke van de Kamp is er gekeken welke meetinstrumenten kunnen worden ingezet. Daarnaast is er onderzocht welk systematische onderzoekstechnieken, zoals observeren en interviewen het meest passend en haalbaar zijn voor het onderzoek. Minke van de Kamp heeft veel kennis op het gebied van onderzoek en dit komt de kwaliteit van het onderzoek ten goede. In paragraaf 2.6.1 Dataverzamelingstechnieken wordt verder op de meetinstrumenten en technieken ingegaan.

Het onderzoek heeft plaatsgevonden bij PsyQ Psychotrauma, locatie Carel Reinierszkdade in Den Haag. Het doel was om van zes patiënten data te verzamelen. Vanwege het korte tijdsbestek van het onderzoek zijn er uiteindelijk drie patiënten geïnccludeerd. Zij zijn via de hoofdbehandelaars van PsyQ Psychotrauma geworven. Patiënten werden uitgesloten als ze de Nederlandse taal niet goed beheersten of wanneer ze door de hoofdbehandelaar niet stabiel of belastbaar genoeg werden bevonden. Ervaring met dans- en bewegingstherapie was geen vereiste. De participanten hebben vooraf een toestemmingsformulier getekend, waarin ook toestemming is gevraagd voor het maken van video-opnames.

Het no-show beleid van PsyQ (zie 2.3 Voorfase) is van toepassing geweest gedurende het onderzoek. Hiermee is rekening gehouden tijdens het onderzoek. Tijdens het onderzoek is een participant uitgevallen vanwege dit no-show beleid.

De sessies hebben per keer ongeveer een uur geduurd en waren op individuele basis. Afhankelijk van de situatie en het energieniveau van de participant op dat moment is er vaak korter dan een uur deelgenomen. Voor de participanten kwam er elke sessie een ander spiegelmodel aan bod.

Het onderzoek heeft in totaal drie maanden geduurd. Twee maanden hebben de participanten deelgenomen aan de spiegelsessies. In week 1 heeft de voormeting plaatsgevonden, zijn vragenlijsten en een lichaamstekening afgenomen en zijn de spiegelsessies gestart. In week 2 t/m 7 hebben de spiegelsessies 2 t/m 7 plaatsgevonden. In week 8 heeft de eindmeting plaatsgevonden en zijn de interviews afgenomen. Zie Figuur 2. De overige vier weken is de data geëvalueerd.



Figuur 2. Overzicht spiegelmodellen/ metingen

Overzicht spiegelmodellen en metingen			
Moment	Spiegelmodel (nr.)	Kwalitatieve maten	Kwantitatieve maten
<u>Voormeting</u>		Algemene vragenlijst Open vragen Lichaamstekening	SBC SAQ VAS
<u>Sessie 1</u>	Initiëren (1)	Open vragen LMA observaties Lichaamstekening	VAS LMA coding sheet
<u>Sessie 2</u>	Oceanisch spiegelen (2)	Open vragen LMA observaties Lichaamstekening	VAS LMA coding sheet
<u>Sessie 3</u>	Parallel spiegelen (3)	Open vragen LMA observaties Lichaamstekening	VAS LMA coding sheet
<u>Sessie 4</u>	Uitgestelde imitatie (4)	Open vragen LMA observaties Lichaamstekening	VAS LMA coding sheet
<u>Sessie 5</u>	Contrasteren (5)	Open vragen LMA observaties Lichaamstekening	VAS LMA coding sheet
<u>Sessie 6</u>	Eigen keuze participant	Open vragen LMA observaties Lichaamstekening	VAS LMA coding sheet
<u>Sessie 7</u>	Eigen keuze participant	Open vragen LMA observaties Lichaamstekening	VAS LMA coding sheet
<u>Eindmeting</u>		Open vragen Lichaamstekening Interview	SBC SAQ VAS

2.6.1 Dataverzamelingstechnieken

Zoals in Figuur 2 zichtbaar is, zijn kwalitatieve maten en kwantitatieve maten gebruikt. De kwalitatieve maten zijn open vragen, LMA observaties (aan de hand van opmerkingen), lichaamstekeningen en interviews. De kwantitatieve maten zijn gestandaardiseerde vragenlijsten over het lichaamsbewustzijn, de Scale of Body Connection (SBC) en de Somatic Awareness Questionnaire (SAQ), vragen over lichamelijke items met behulp van een visueel analoge schaal (VAS) en een LMA coding sheet met items die betrekking hebben op het observeren van het lichaam(sbewustzijn). Verder in de tekst wordt onderbouwd waarom er voor deze maten is gekozen.



In de Spiegel van de Dans

Een actiegericht onderzoek met traumapatiënten in de zorg

Tijdens het onderzoek is gebruik gemaakt van systematisch onderzoek. De technieken observeren en ondervragen zijn hiervoor ingezet. Bij de observatie was sprake van participerende observatie. De onderzoeker is samen met de participant in beweging gegaan en tegelijkertijd is de participant geobserveerd. Door de techniek indirecte observatie en het gebruik van video-opnames zijn de bewegingen en houding van participanten geanalyseerd met behulp van LMA. Samen met dans- en bewegingstherapeut Katharina Conradi is het videomateriaal geanalyseerd. Deze onafhankelijke beoordelaar vergroot de kwaliteit van het onderzoek, omdat de objectiviteit van de analyse wordt vergroot. Daarnaast is gebruik gemaakt van ervaringsgericht onderzoek. Door te reflecteren in een open interview met de participanten aan het eind van het onderzoek kon worden gekeken welke ervaringen en handelingen belangrijk zijn met betrekking tot veranderingen in het lichaam(sbewustzijn).

Om het onderzoek te kunnen monitoren is er gebruik gemaakt van ervaringsgericht zelfonderzoek, video-opnames en is er een logboek bijgehouden door de onderzoeker. De voortgang is tussentijds geëvalueerd met Minke van de Kamp en Simone Kleinlooh. Door de uitvoering te evalueren en te monitoren kan de voortgang van het onderzoek worden gevolgd, wordt er geleerd van de uitvoering, kennis over de actie verzameld en kan de actie worden bijgesteld (Migchelbrink, 2007, p. 191). Hoe de actie is bijgesteld wordt verder beschreven in paragraaf 2.7 Actiefase.

Voor- en eindmeting

Door middel van de vragenlijsten over het lichaamsbewustzijn, de SBC, de SAQ en zelfontwikkelde vragen met behulp van een VAS is in een voor- en eindmeting onderzocht in welke mate verschillende spiegelmodellen het lichaamsbewustzijn van de participanten hebben bevorderd. Wanneer er structurele verandering is opgetreden wordt dit duidelijk aan de hand van de vergelijking van deze voor- en eindmeting.

De voor- en eindmeting bestaan uit twee delen. Deel 1 van de voormeting bestaat uit een algemene vragenlijst die betrekking heeft op de bewegingsanamnese van de participant en mate van therapie-ervaring, de vragenlijsten SBC en SAQ en vragen over lichamelijke items met behulp van de scores op de VAS. Deel 2 van de voormeting bestaat uit open vragen met betrekking tot bewegingsactiviteiten in het dagelijks leven en verwachtingen van de deelname aan het onderzoek.

Deel 1 van de eindmeting bestaat wederom uit de vragenlijsten SBC, SAQ en de VAS vragen. Deel 2 bestaat eveneens uit open vragen. Dit zijn vragen op het gebied van ervaringen tijdens het spiegelen en veranderingen in het lichaam(sbewustzijn) en er is ruimte voor de participanten om opmerkingen te plaatsen. De open vragen hebben bovendien betrekking op de therapeutische houding van de onderzoeker en hoe de activiteiten worden aangeboden, omdat er onderzoek is gedaan naar het hoe van de inzet van spiegelmodellen door de therapeut. De vragenlijsten van de voor- en de eindmeting zijn bijgevoegd in bijlagen 3 en 5.

Kwantitatieve maten

Hieronder wordt verder ingegaan op de kwantitatieve maten en waarom er is gekozen voor drie verschillende vragenlijsten. Daarnaast onderbouwt de onderzoeker de totstandkoming van de items in de VAS vragen.

Er is gekozen voor twee bestaande meetinstrumenten: de SBC en de SAQ. De SBC is een 5-punts schaal vragenlijst en richt zich op het lichaamsbewustzijn en lichamelijke dissociaties in relatie tot emoties en seksuele activiteiten van de participant. De schaal bestrijkt het gebied van *helemaal niet* (1) tot *altijd* (5). De lijst bestaat uit 20 items verdeeld over twee subschalen. Hiervan meten 12 items de mate van lichaamsbewustzijn. De andere 8 items meten de mate waarin mensen dissociëren van lichaamssignalen, gevoelens en sensaties. Een hoge score op de subschaal body awareness betekent dat er sprake is van een bewuste aandacht voor het lichaam. Een hoge score op de subschaal body dissociation geeft aan dat er sprake is van een distantiëring van het lichaam en emoties. De validiteit van deze lijst is aangetoond (Price & Thompson, 2007).

De SAQ bestaat uit 25 stellingen die vragen naar het bewustzijn van en de gevoeligheid voor interne



In de Spiegel van de Dans

Een actiegericht onderzoek met traumapatiënten in de zorg

lichamelijke processen en lichamelijke gesteldheid, niet specifiek geassocieerd met ziekte of emotie. Deze schaal bestrijkt het gebied *helemaal niet* (1) tot *zeer* (5). Een hoge score duidt op een hoog bewustzijn van lichamelijke processen en lichamelijke gesteldheid (Tophoff, 2005; Gijsbers van Wijk, 1996). De SAQ is ontwikkeld door Gijsbers van Wijk en Kolk (1996). Zij bevestigden in hun onderzoek de betrouwbaarheid van de SAQ, de validiteit wordt echter niet bevestigd.

Deze twee vragenlijsten zijn gekozen, omdat deze structurele veranderingen aantonen op het gebied van lichaamsbewustzijn en lichamelijke dissociatie. Daarnaast zijn het gestandaardiseerde vragenlijsten en dit vergroot de kwaliteit, betrouwbaarheid en validiteit van het onderzoek. Voor wetenschappelijk onderzoek is dit van belang. Deze vragenlijsten waren ter beschikking bij PsyQ en er waren artikelen aanwezig over de validiteit van deze meetinstrumenten. Daarnaast wordt het op deze manier mogelijk om resultaten uit dit onderzoek te vergelijken met andere onderzoeken en praktijkgevallen waar ze gebruik maken van dezelfde vragenlijsten. Er is bovendien sprake van verzadiging, omdat beide lijsten het lichaamsbewustzijn meten. Dit komt de kwaliteit van het onderzoek eveneens ten goede.

Ten derde is er een vragenlijst gebruikt met behulp van een VAS. De VAS is een meetinstrument waarin op een rechte lijn of liniaal twee tegenovergestelde beweringen staan. In dit onderzoek was dit *niet bewust* (0) en *heel erg bewust* (10) en *helemaal niet gebruikt en bewogen* (0) en *zeer gebruikt en bewogen* (10). De participanten geven per bewering aan waar ze zich bevinden door een streepje op de liniaal te zetten. Dit meetinstrument is gekozen, omdat op die manier (per sessie) kleine veranderingen kunnen worden waargenomen op verschillende items die gerelateerd zijn aan het lichaam(sbewustzijn).

De lichamelijke items die gebruikt zijn middels de VAS zijn tot stand gekomen door te onderzoeken hoe lichaamsbewustzijn te observeren is met behulp van LMA. Daarnaast is er gekeken hoe er verondersteld kan worden dat er een zekere mate van lichaamsbewustzijn aanwezig is. Hierover heeft de onderzoeker een gesprek gehad met docente Ina van Keulen. De vraag die uit deze gesprekken voortkwam luidde: kan lichaamsbewustzijn eigenlijk geobserveerd worden? Het is hoogstens een veronderstelling dat er bij de patiënt sprake is van lichaamsbewustzijn. Het lichaamsbewustzijn is immers iets waar de patiënt zich (cognitief) bewust van is. Je kan het ervaren. Maar kun je iemands lichaamsbewustzijn ook observeren? In de aanbevelingen voor een vervolgonderzoek wordt hier verder op ingegaan en zal door de onderzoeker een aanbeveling worden gedaan om dit op een gestandaardiseerde manier te observeren.

Na elke sessie en in de voor- en eindmeting is door de participant een vragenlijst ingevuld met behulp van een VAS. Zo kunnen kleine en structurele veranderingen worden waargenomen op het gebied van het lichaam(sbewustzijn) en kan per spiegelmodel onderzocht worden welke in mindere of meerdere mate bijdragen aan het bevorderen van het lichaamsbewustzijn. Zie de Vragenlijst na elke sessie in bijlage 4.

Daarnaast is er gebruik gemaakt van een zelfontwikkelde 'coding sheet' (lijst met items die geturfd kunnen worden), zie bijlage 9. De items van de coding sheet zijn in overeenstemming met betrokkenen Katharina Conradi en Simone Willems tot stand gekomen. De overeengekomen items hadden betrekking op het lichaamsbewustzijn en hoe je dit zou kunnen observeren bij de patiënt. Hierdoor konden de video-opnames door dezelfde 'bril' worden geanalyseerd. De items werden op de coding sheet geturfd op *weinig*, *gemiddeld* en *veel* zichtbaar in beweging.

Kwalitatieve maten

Na elke sessie zijn open vragen afgenomen over ervaringen van de participant met betrekking tot het spiegelen en over hoe het spiegelen is aangeboden door de therapeut. Zo kon onderzocht worden welke therapeutische houding en interventies belangrijk waren om het lichaamsbewustzijn te bevorderen.

Per sessie en in de voor- en eindmeting is een lichaamstekening afgenomen. De lichaamstekeningen zijn gebruikt om per sessie veranderingen in het lichaam(sbewustzijn) te kunnen waarnemen. In de voor- en eindmeting zijn de lichaamstekeningen gebruikt om structurele veranderingen waar te nemen. Met kleurpotloden en/of stiften werden de participanten gevraagd om aan te geven waar zij in het lichaam gevoelens en sensaties waarnamen die warm/ koud, prettig/ onprettig en gespannen/ ontspannen aanvoelden. Deze gebieden werden dan met bepaalde kleuren ingekleurd. De lichaamsdelen/ gebieden waarvan zij zich niet bewust waren werden niet ingekleurd. Voor sommige patiënten kan het (teveel) spanningen oproepen om geslachtsdelen te zien. De participanten konden daarom kiezen uit een tekening met geslacht of een geslachtloze lichaamstekening. Zie twee lichaamstekeningen in bijlage 6.



Met behulp van video-opnames zijn LMA observaties gemaakt om te onderzoeken hoe het lichaam(sbewustzijn) (en de verandering daarin) vorm krijgt in beweging en houding van de participanten. Een participant gaf geen toestemming voor video-opnames. Door middel van participerende observatie is door de onderzoeker het lichaam(sbewustzijn) (en de verandering daarin) van deze participant onderzocht. De video-opnames vonden tijdens elke sessie plaats. Op die manier kon worden onderzocht welk spiegelmodellen in mindere of meerdere mate het lichaamsbewustzijn bevorderen en welke therapeutische houding en interventies daar aan hebben bijgedragen. Hierdoor is het mogelijk geweest om de therapeutische houding en interventies van de onderzoeker onder de loep te nemen.

De interviews vonden plaats na de eindmeting. In de interviews werd teruggekeken op het hele onderzoek. Met behulp van audio-opnames is door middel van open en zelfbedachte vragen in een ongestructureerd interview onderzocht wat binnen het spiegelen heeft bijgedragen aan verandering in het lichaamsbewustzijn. De onderwerpen in het interview hadden betrekking op de verschillende spiegelenmodellen, de therapeutische houding van de therapeut en ervaringen en beleving van veranderingen in het lichaam(sbewustzijn) door de participant. Dit is vastgelegd met behulp van een voice-recorder.

LMA items voor de VAS vragen en de LMA coding sheet

Hieronder wordt verder ingegaan op het tot stand komen van de items voor de VAS vragen en de coding sheet. Er ontstonden in deze fase vragen zoals: hoe kun je observeren dat een patiënt tijdens het bewegen gebruik maakt van zijn ademhaling? Iemand die tijdens het bewegen zijn adem gebruikt en deze daardoor niet vast zet, zal eerder geneigd zijn om zijn lichaam als een geheel te bewegen en te gebruiken en daardoor te kunnen ervaren. Hierdoor kan de beweging meer worden belichaamd. Dit is geconstateerd door ervaringskennis van de onderzoeker in het medium. Bovendien is volgens Meijer (2006) de ademhaling nodig voor energie en om te kunnen voelen. En in hoeverre gebruikt en beweegt een patiënt zijn lichaam als een geheel en maakt hij gebruik van zijn lichaamsverbindingen?

De volgende LMA items kwamen in overleg met betrokkenen Katharina Conradi en Simone Willems als belangrijkste naar voren als het gaat om het observeren van het lichaamsbewustzijn van patiënten:

- Lichaamsverbindingen: een patiënt die 'georganiseerd' beweegt en zichtbaar gebruik maakt van zijn lichaamsverbindingen heeft verondersteld enige mate van lichaamsbewustzijn. Hij kan zijn lichaam als een geheel bewegen. Met lichaamsverbindingen wordt de connectie bedoeld tussen de kop, staart, hiel, het boven- en het onderlichaam, links en rechts, centraal en distaal en de diagonale verbinding;
- De aanzet van de beweging is centraal: een patiënt die vanuit het centrum van zijn lichaam beweegt heeft verondersteld een besef van zijn centrum en enige mate van lichaamsbewustzijn;
- Shapeflow: een patiënt maakt wel of geen (onbewuste en bewuste) herstellende bewegingen, er is wel of geen sprake van een relatie met zijn lichaam tot zichzelf;
- Shapeflow ondersteuning: de manier waarop (allereerst) de romp in vorm kan veranderen om bewegingen in de rest van het lichaam te ondersteunen, indien dit aanwezig is kan worden verondersteld dat er sprake is van lichaamsbewustzijn. Hiervoor is het gebruik van adem nodig;
- Weight sensing (gronding, gevoel van gewicht): een patiënt 'zweeft' niet, maar is gegrond en kan actief en passief zijn eigen lichaamsgewicht voelen;
- Algemene thema's (introvert/ extravert, functioneel/ expressief, inspanning/ herstel): een patiënt heeft op macro niveau een thema in zijn manier van bewegen en dit kan erop duiden dat er in mindere of meerdere mate sprake is van lichaamsbewustzijn;
- Gebruik van de ruimte: een patiënt die niet 'opgaat' in de algemene ruimte en verschillende lagen en dimensies van de ruimte gebruikt kan zijn lichaam bewust in de ruimte inzetten.

De VAS vragen bestaan uit twee delen. Het eerste deel heeft betrekking op of de participant bewust of niet bewust is van de items. Het tweede deel heeft betrekking op of hij volgens hem de items heeft gebruikt en bewogen. Hierbij wordt verondersteld dat een patiënt tijdens het spiegelen zijn bewegingen bewust en onbewust inzet.



Voor de VAS vragen is door de onderzoeker een vertaalslag gemaakt naar een begrijpelijke taal voor de participanten. Van de participanten werd o.a. gevraagd in hoeverre ze de volgende items hebben *gebruikt* en *bewogen*;

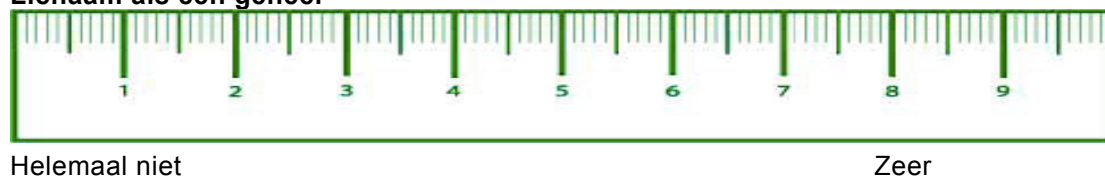
- Lichaam als een geheel (lichaamsverbindingen);
- Bovenlichaam (lichaamsverbindingen);
- Onderlichaam (lichaamsverbindingen);
- Omgeving/ de ruimte (algemene thema's);
- Spierspanning (algemene thema's).

In Figuur 3 is een voorbeeld gegeven van een VAS vraag.

Figuur 3. VAS vraag

In hoeverre bewoog/ gebruikte u uw;

Lichaam als één geheel



Hierdoor kon getoetst worden of de participant bewust of onbewust was van zijn bewegingen in het lichaam en in welke mindere of meerdere mate de spiegelmodellen hier op van invloed waren.

In de voormeting en eindmeting werd gevraagd in hoeverre de participant de items gebruikt en beweegt in het *dagelijks leven* en na de sessie werd dit gevraagd in relatie tot de sessie, dus *tijdens het spiegelen*. Door de voormeting en eindmeting met elkaar te vergelijken kon onderzocht worden of er structurele verandering is opgetreden. Daarnaast kon op die manier onderzocht worden welke spiegelmodellen in mindere of meerdere mate van invloed waren.

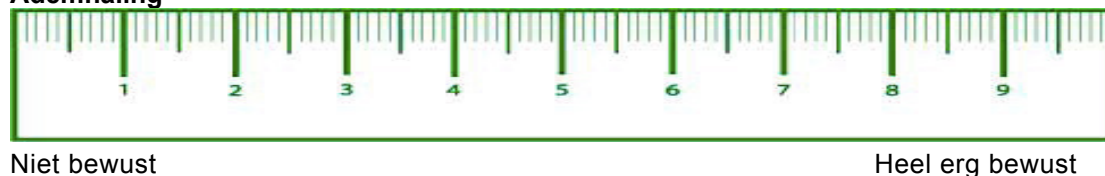
De items van de VAS komen overeen met bepaalde items van de SBC en SAQ. In Figuur 4 wordt een voorbeeld gegeven van een van de items. Van de participanten werd gevraagd in hoeverre zij zich *bewust* waren van:

- Ademhaling;
- Spanning/ onrust/ zenuwachtigheid in het lichaam;
- Spierspanning/ gebruik van spieren;
- Energieniveau;
- Temperatuur in het lichaam;
- Lichamelijke signalen van (prettige en/of onprettige) emoties;
- Omgeving/ de ander (in dit geval de onderzoeker).

Figuur 4. VAS vraag

In hoeverre bent u zich bewust van uw;

Ademhaling





In de voormeting en eindmeting werd gevraagd in hoeverre de participant zich bewust was van de items en de items gebruikte en bewoog in het *dagelijks leven*. Na de sessie werd dit gevraagd in relatie tot de sessie, dus *tijdens het spiegelen*. Zo kon onderzocht worden welke spiegelmodellen in mindere of meerdere mate het lichaamsbewustzijn bevorderen en of er structurele verandering is opgetreden.

2.6.2 Onderzoekspopulatie

De patiënten van PsyQ Haaglanden hebben op vrijwillige basis deelgenomen aan het onderzoek. In totaal hebben drie patiënten meegewerkt, waarvan één man en twee vrouwen met een gemiddelde leeftijd van 34 jaar. Bij aanvang namen vier patiënten deel, halverwege het onderzoek is een patiënt uitgevallen.

2.6.3 De spiegelmodellen van Eberhard

Om het spiegelen te kunnen onderzoeken is eerst vanuit literatuur in kaart gebracht welke spiegelmodellen te onderscheiden zijn. Hiervoor is gebruik gemaakt van een systeem van spiegelmodellen van Eberhard. Dit systeem maakt gebruik van de mentalisatie ontwikkeling vanuit de ontwikkelingspsychologie.

Om te onderzoeken welke spiegelmodellen passend waren met betrekking tot het bevorderen van het lichaamsbewustzijn is er praktisch met de oefeningen uit het systeem aan de slag gegaan. Samen met de werkbegeleiding van de onderzoeker is ervaren welke spiegelmodellen of welke elementen daaruit in mindere of meerdere mate geschikt waren met betrekking tot het bevorderen van het lichaamsbewustzijn. Tijdens het selecteren van de modellen voor het bevorderen van lichaamsbewustzijn is dus niet zo zeer gekeken naar de mentalisatie ontwikkeling vanuit de ontwikkelingspsychologie. Onderzocht is welke modellen in mindere of meerdere mate een appèl deden op het eigen lichaam en de bewustwording van het eigen lichaam. Bij sommige spiegelmodellen betekende dit dat er slechts een bewegingselement of een LMA aspect uit werd geselecteerd. Deze spiegelmodellen en aspecten daarvan zijn door de onderzoeker vervolgens samen met de participanten verder onderzocht. Met behulp van een bewust gekozen therapeutische houding en interventies op het gebied van het lichaamsbewustzijn is verder onderzocht hoe het lichaamsbewustzijn bevorderd kon worden en hoe het spiegelen daar aan heeft bijgedragen.

In Figuur 4 zijn de spiegelmodellen van Eberhard kort in een tabel weergegeven die het meest bruikbaar zijn bevonden om te kunnen onderzoeken welke in mindere of meerdere mate het lichaamsbewustzijn bevorderen. Het gehele systeem van de spiegelmodellen van Eberhard is voor een uitgebreid overzicht te vinden in bijlage 8.



Figuur 4. Toegepaste spiegelmodellen

Toegepaste spiegelmodellen			
Nr.	Model	Eigenschappen van beweging en affectregulatie	Ontwikkeling van mentalisatie
1 1a 1b 1c	Initiëren Leiden Volgen Afwisselen	Het vermogen om de beweging te initiëren, voort te laten duren, te beëindigen.	Zelfontdekking Causaal denken: oorzaak georiënteerd 0-3 maanden
2 2a 2b	Oceanisch spiegelen Zonder materiaal Met materiaal	Fusie ervaring: onderscheiding van zender en ontvanger lost op in synchroniciteit. Impliceert transcendentie of teken van een gebrek aan zelf-ander differentiatie of een niet-persoonlijke waarneming.	Zelfexploratie 6-9 maanden
3	Parallel spiegelen (naast/voor- en achter elkaar)	Gemeenschappelijk met iets bezig zijn, interesse delen. Naast elkaar: solidariteit Voor- en achter elkaar: steun of leiden en volgen.	Gemeenschappelijke opmerkzaamheid (joint attention) Theologisch /doel- gericht denken Vanaf 9 maanden
4	Uitgestelde imitatie	Behoud en terugroepen van beweging, ontwikkeling van geheugen, identificatie processen.	Voorbedacht denken, Symbolisatie Vanaf 18 maanden
5	Contrasteren	Ambivalentie: het tegenovergestelde doen dient ter differentiatie, terwijl het gemeenschappelijke thema dient ter connectie. De voornaamste bedoeling van de beweging wordt omgekeerd; bv. snel versus langzaam, rond versus hoekig, omhoog versus omlaag.	Conceptueel denken: Tegenstellingen, richtingen, posities, vormen In het derde jaar
6	Variëren	Vergroten van bewegingsmogelijkheden. Zelfregulatie van emoties door afstemming op de dynamiek/vorm van de beweging.	Adaptief vermogen In het vierde jaar

Deze tabel integreert informatie uit Eberhard-Kaechele (2010), Schneider en Büttner (2008), Sodian (2008, 2005), Klöpper (2006), Fonagy et al. (2004), Fonagy en Target (2002), Grossmann en Grossmann (2005), Trevarthen (2004), Schore (2003), Kestenberg Amighi et al. (1999), Sandel (1993), Stern (1992), Lewis-Bernstein (1972/1981), Kestenberg en Sossin (1979) en Kestenberg (1967).

De spiegelmodellen van Eberhard zijn geordend in een systeem vanuit de ontwikkelingspsychologie. Ze worden toegepast om een bewegingsanalyse te maken van de interactie tussen patiënten onderling of tussen de patiënt en therapeut. Daarom is er voor gekozen om bepaalde elementen te selecteren uit de spiegelmodellen en zijn de spiegelmodellen niet in zijn totaliteit overgenomen.

Om te kunnen spiegelen moet er een stimulus zijn waarop gereageerd kan worden. Daarom begint dit systeem met het model 'initiëren', gevolgd door verschillende manieren waarop gereageerd kan worden. In de volgende paragrafen worden de modellen uitgelegd en zal beschreven worden hoe ze tot uiting zijn gekomen tijdens het onderzoek.



De toegepaste spiegelmodellen ter bevordering van het lichaamsbewustzijn

Hieronder volgt een beschrijving van de spiegelmodellen die zijn ingezet tijdens het onderzoek. De spiegelmodellen van Eberhard zijn hiervoor ter inspiratie genomen. De modellen zijn in tweetallen uitgevoerd, maar kunnen ook in een (kleine) groep worden toegepast. Voor alle spiegelmodellen geldt dat er geobserveerd kan worden hoe de patiënt functioneert en hoe de patiënt op een geschikte manier kan worden benaderd met betrekking tot zijn probleem (Eberhard, 2012).

1. Initiëren

Een persoon beweegt en een of meerdere personen reageren daarop, spiegelend of anders. Er is sprake van een leider en volger principe. Een persoon leidt de beweging (bijvoorbeeld de therapeut) terwijl de ander de beweging van de leider volgt. Het kan van te voren worden afgesproken wie leidt en wie volgt en er kan worden afgewisseld, zonder dat is afgesproken wie leidt en wie volgt.

2. Oceanisch spiegelen

Hierbij bewegen de deelnemers tegelijkertijd en worden de bewegingen niet heel letterlijk overgenomen. De bewegingen worden heel eenvoudig, vloeiend en matig in tempo en dynamiek uitgevoerd. Alsof men in trance is. Als stimulans kan hierbij een herhalende muziek ondersteuning bieden, of muziek met weinig of een gelijkmatig ritme. Beide partners kunnen zich zodoende gelijktijdig, gelijkvormig en gelijk bewegen. Er is als het ware sprake van een 'fusie' en versmeltend gevoel. Het gaat bij dit model om berekenbaarheid en zekerheid en om de mogelijk te kunnen anticiperen op wat komen gaat en daarmee controle over de bewegingen te ervaren. Beide partners laten bewegingen ontstaan die ontstaan in de ruimte tussen hen beiden. Er is geen leider en volger, maar een principe waarin alles een is. Het kan met en zonder materiaal worden uitgevoerd.

3. Parallel spiegelen

Deze werkvorm kan worden uitgevoerd in de sagittale-, horizontale- en verticale as en partners staan voor- en achter elkaar en naast elkaar. Er wordt met dezelfde lichaamshelften bewogen. De beweging is vaak gericht op een doel buiten het tweetal of de groep.

4. Uitgestelde imitatie

Een persoon maakt een beweging en de ander doet de beweging na, maar met tijdsvertraging. Er kan een bewegingsfrase ontstaan doordat er meerdere bewegingen aan elkaar gekoppeld worden.

5. Contrasteren

De beweging van persoon A wordt door persoon B in vorm en dynamiek tegenovergesteld uitgevoerd. Bijvoorbeeld opstaan vs. zitten, snel vs. langzaam, groot vs. klein.

6. Variëren

De beweging wordt overgenomen, maar met een verandering van een bewegingselement. Bijvoorbeeld dezelfde beweging wordt iets sneller uitgevoerd, of in een andere richting, of met minder intensiteit, of iets kleiner etc. Bij variëren ontwikkelt de volgende persoon de beweging van de leidende persoon verder. Tijdens het onderzoek is vanwege gebrek aan tijd besloten om dit model niet toe te passen.



2.6.4 Ontwikkelde spiegelmodellen ter bevordering van het lichaamsbewustzijn

In deze subparagraaf volgt een beschrijving van de spiegelmodellen 1 t/m 5 zoals deze tijdens het onderzoek tot stand zijn gekomen. Eerst wordt ingegaan op welke therapeutische werkwijze daarbij van belang is. Tijdens het onderzoek is ontdekt dat de spiegelmodellen verschillende eigenschappen, appèls, appèlwaarden, bewegingselementen en thema's bevatten. Vanwege dit aspect wordt door de onderzoeker aanbevolen om de spiegelmodellen ook voor andere danstherapeutische doeleinden in te zetten. Hierbij dient er rekening te worden gehouden met dat er niet voor elke patiënt dezelfde appèlwaarden zullen gelden. De algemene eigenschappen en appèlwaarden worden hieronder verder beschreven. De nadruk ligt bovendien op hoe het spiegelen door de therapeut kan worden ingezet en welke therapeutische houding en interventies adequaat zijn om het lichaamsbewustzijn te bevorderen.

De volgorde van de spiegelmodellen is in het onderzoek overgenomen uit het systeem van spiegelmodellen van Eberhard. Voor de praktijk wordt aanbevolen om in de diagnostische fase met model 1 te beginnen, omdat dit het meest basale model is. Vervolgens is het niet noodzakelijk om de volgorde uit het systeem aan te houden. De volgorde kan per patiënt verschillen. Een rustige opbouw is hierbij in ieder geval belangrijk en voor vanzelfsprekend.

Verschillende LMA interventies kunnen worden ingezet vanuit wat zichtbaar is in de beweging van de patiënt. Hiermee wordt bedoeld dat er met behulp van LMA kan worden onderzocht welk item of categorie vanuit de LMA kan worden ingezet om het lichaamsbewustzijn te bevorderen. In paragraaf 2.6.1 Dataverzamelingstechnieken staan LMA items beschreven waarmee verondersteld kan worden of er enige mate van lichaamsbewustzijn aanwezig is. De therapeut kan door het observeren van deze items onderzoeken wat de patiënt nodig heeft om het lichaamsbewustzijn te bevorderen. De LMA interventies hebben zodoende een verband met de LMA items. De LMA interventies van de therapeut die kunnen worden ingezet (afhankelijk van wat zichtbaar of afwezig is in de beweging van de patiënt) zijn als volgt beschreven:

- Lichaamsverbindingen: de therapeut maakt zichtbaar gebruik maakt van zijn lichaamsverbindingen (connectie van verschillende lichaamsgebieden, zoals bijvoorbeeld boven/ onder, links/ rechts, diagonalen);
- Aanzet van de beweging is centraal: de therapeut beweegt vanuit het centrum van zijn lichaam;
- Shapeflow: de therapeut maakt bewust 'herstellende' bewegingen, er is sprake van een relatie met zijn lichaam tot zichzelf;
- Shapeflow ondersteuning: de therapeut beweegt op een manier waarop (allereerst) de romp in vorm kan veranderen om bewegingen in de rest van het lichaam te ondersteunen. Hierbij wordt het gebruik van de adem bewust ingezet.
- Weight sensing (gronding, gevoel van gewicht): de therapeut 'zweeft' niet, maar is gegrond en kan actief zijn eigen lichaamsgewicht voelen;
- Algemene thema's (introvert/ extravert, functioneel/ expressief, inspanning/ herstel): de therapeut heeft op macro niveau een thema in zijn manier van bewegen;
- Gebruik van de ruimte: de therapeut gebruikt de verschillende lagen en dimensies van de ruimte en zet zijn lichaam bewust in de ruimte in.

Structureren was tijdens het spiegelen een belangrijk en wenselijk onderdeel. Structureren binnen dans- en bewegingstherapie kent twee gebieden waarop het betrekking heeft: structureren binnen de activiteit en structureren in het medium. Het structureren van de spiegelactiviteit betekent dat het verloop van de activiteit vast ligt. Dit is van belang, omdat het veiligheid biedt. In de traumabehandeling is het belangrijk dat de patiënt zich veilig voelt binnen de therapeutische setting, zodat hij zich op het lichaam kan richten. Structureren in het medium (overstijgend) heeft te maken met hoe de therapeut zich opstelt tijdens de sessie: de therapeutische interventies, de activiteiten en de therapeutische houding.

Er kan in alle modellen van rol worden gewisseld, dat wil zeggen dat de therapeut de beweging van de patiënt spiegelt en andersom, dat de patiënt de beweging van de therapeut spiegelt. Bij het spiegelen van de beweging van de therapeut door de patiënt kan er sprake zijn van een directieve houding. 'Directief' houdt hierbij in dat de therapeut bepaalt wat er gebeurt. Wanneer de patiënt de beweging van



de therapeut spiegelt kunnen LMA interventies worden ingezet om het lichaamsbewustzijn te bevorderen. Bijvoorbeeld doordat de therapeut gebruikt maakt van 'shapeflow ondersteuning' en hierdoor meer zijn romp en adem inzet tijdens het bewegen.

Bij alle spiegelmodellen is het daarnaast belangrijk dat er voor de patiënt een prettige afstand tot de therapeut is. Als de lichamelijke spanning van de patiënt te hoog is, kan er niet adequaat contact worden gemaakt met het lichaam. Het window of tolerance, zoals is beschreven in hoofdstuk 1, kan hierbij een hulpmiddel zijn. Samen met de therapeut wordt een prettige afstand tussen de patiënt en de therapeut gekozen. Hierbij is het belangrijk dat de patiënt zijn lichaamssignalen niet negeert. De spiegelmodellen geven veel diagnostische informatie over wat de interactie met (en de afstand-nabijheid tot) de therapeut op lichamelijk niveau teweegbrengt. Ze kunnen daardoor zowel worden gebruikt als hulpmiddel om af te stemmen op de patiënt, als om de bewegingen van de patiënt waar te nemen, de bewegingsmogelijkheden te vergroten en interventies in te zetten ter bevordering van het lichaamsbewustzijn. Het vergroten van de bewegingsmogelijkheden van de patiënt kan eveneens het lichaamsbewustzijn bevorderen. Dit blijkt uit de ervaringskennis van de onderzoeker in het medium.

Een oordeelvrije, accepterende houding van de therapeut is van belang tijdens alle modellen, zodat de patiënt oordeelvrij kan opmerken wat er in het lichaam en in het hier en nu gebeurt. Dit is een belangrijke pijler in de Mindfulness methode. Dit is een van de nieuwste behandelmethodes binnen de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) en betekent 'opmerkzaamheid' (Brandsma, 2007). Het gaat bij deze methode om aandachtsoefeningen, lichaamsbewustzijn en ervaringen in het hier en nu.

1. Initiëren Thema: leiden en volgen

Tijdens het leiden van de beweging kan de therapeut een uitnodigende of directieve houding inzetten en LMA interventies inzetten om het lichaamsbewustzijn van de patiënt te bevorderen. De patiënt kan bijvoorbeeld uitgenodigd worden om te gronden, de romp te bewegen of de bewegingsaanzet meer vanuit het centrum te nemen.

Tijdens het volgen van de beweging van de patiënt door de therapeut wordt de beweging van de patiënt waargenomen in het lichaam van de therapeut. Deze informatie kan gebruikt worden in de diagnostiek en daardoor kan onderzocht worden welke LMA interventies de patiënt nodig heeft om het lichaamsbewustzijn te bevorderen. Verbaal kan de patiënt gespiegeld worden door terug te geven wat de therapeut waarnam in het eigen lichaam. Vervolgens kan aan de patiënt gevraagd worden hoe hij de beweging waarnam, zodat hij zich hier bewust van kan worden.

Interventies verbaal: contact onderhouden, focus van de patiënt naar het lichaam brengen, uitnodigen eigen behoeftes te volgen.

Interventies non-verbaal: LMA interventies, bewegingsmogelijkheden vergroten, valideren, uitnodigen, afstemmen.

Therapeutische houding: uitnodigend, accepterend, structurerend, ondersteunend.

2. Oceanisch spiegelen Thema: tijd en kracht

Er kan naar een (gezamenlijk) punt op de grond worden gekeken of oogcontact worden gemaakt. Er is geen sprake van een leider en volger principe, maar een voorspelbaarheid van bewegingen. Een tranceachtige muziek is hierbij ondersteunend. Het is van belang dat de patiënt in het hier en nu blijft. De bewegingen van de ander worden minder letterlijk gespiegeld, maar er wordt een appèl gedaan op het gebruik van tijd en kracht van de beweging. Tijdens het spiegelen wordt de beweging van de patiënt waargenomen in het lichaam van de therapeut. Dit geeft informatie over welke LMA interventies nodig zijn om het lichaamsbewustzijn te bevorderen. Er kan met en zonder materiaal gewerkt worden. Het materiaal kan het focussen op het hier en nu van de patiënt ondersteunen. Het materiaal kan enerzijds de focus van het lichaam af brengen en er voor zorgen dat er minder goed contact met het lichaam gemaakt kan worden. Anderzijds kan het materiaal het in contact komen met een lichaamsdeel faciliteren. Dit verschilt per patiënt.



In de Spiegel van de Dans

Een actiegericht onderzoek met traumapatiënten in de zorg

Interventies verbaal: contact onderhouden, patiënt in het hier en nu houden, focus van de patiënt naar het lichaam brengen.

Interventies non-verbaal: LMA interventies, valideren, uitnodigen, afstemmen.

Therapeutische houding: uitnodigend, accepterend, structurerend, ondersteunend.

3. Parallel spiegelen Thema: ruimte en afstand-nabijheid

Dit kan naast elkaar en voor- en achter elkaar worden uitgevoerd. De positie van de patiënt ten opzichte van de therapeut kan een groot appèl doen op het vergroten van de lichamelijke spanning van de patiënt. Daardoor is dit een gunstig model voor de patiënt om zijn lichaamssignalen te leren herkennen. Bijvoorbeeld doordat de patiënt merkt dat hij het onprettig vindt dat de therapeut achter hem staat. Door de therapeut kan dan worden doorgevraagd naar de lichaamssignalen en waar deze zich bevinden in het lichaam, zodat de patiënt zich hier bewust van kan worden. Het model doet een appèl op het bewegen in de vlakken en assen van de ruimte, omdat er met dezelfde lichaamshelften wordt bewogen en de beweging vaak gericht is op een doel buiten het tweetal.

Interventies verbaal: contact onderhouden, uitnodigen om eigen behoeftes te volgen.

Interventies non-verbaal: LMA interventies, uitnodigen, bewegingsrepertoire verbreden, afstemmen.

Therapeutische houding: uitnodigend, accepterend, structurerend, ondersteunend.

4. Uitgestelde imitatie Thema: tijd en geheugen

Bij dit spiegelmodel is sprake van het gebruik van het bewegingselement tijd. Door het vertraagd bewegen van de beweging kan de patiënt met zijn aandacht naar de beweging en het lichaamsdeel dat beweegt. Hierdoor is er sprake van het expliciteren van de beweging. Er kan meer gewicht worden ervaren in het lichaam van de patiënt. Het kan als ontspannend en prettig worden ervaren. De therapeut dient er op te letten dat de adem van de patiënt niet stakt. Er is veel ruimte voor spel en plezier in dit model. Het slow-motion bewegen kan met overdrijving en humor worden uitgevoerd. Dit kan voor ontspanning zorgen bij de patiënt waardoor er ruimte ontstaat om contact aan te gaan met het lichaam. Let op; als de bewegingsfrase te lang is dan wordt er een beroep gedaan op het geheugen. Dit zorgt er voor dat de patiënt in zijn hoofd 'schiet' en minder contact met zijn lichaam maakt. De intensiteit van de beweging kan in dit model worden vergroot, waardoor de bewegingen meer belichaamd kunnen worden.

Interventies verbaal: contact onderhouden, bewegingsintensiteit vergroten, uitnodigen om in contact te blijven met de beweging en het lichaamsdeel dat beweegt.

Interventies non-verbaal: LMA interventies, bewegingsmogelijkheden vergroten.

Therapeutische houding: uitnodigend, accepterend, structurerend, ondersteunend.

5. Contrasteren Thema: polariteiten

Dit model is geschikt om te werken met polariteiten in de beweging. Bijvoorbeeld door het vergroten en verkleinen van bewegingen. Er kan goed gewerkt worden met LMA items gewicht en ruimte. Door bijvoorbeeld heel groot te bewegen moet logischer wijs meer ruimte worden ingenomen tijdens het bewegen. Door een beweging te verkleinen, wordt automatisch ook minder kracht ingezet. In dit model is het niet mogelijk om de beweging van de patiënt waar te nemen in het lichaam van de therapeut, omdat de therapeut in een tegenovergestelde beweging beweegt. Voor patiënten die snel in hun hoofd neigen te 'schieten', is dit model minder geschikt. Er wordt een beroep gedaan op de bewegingsmogelijkheden van de patiënt, wanneer de beweging van de patiënt gespiegeld wordt door de therapeut. Tijdens het spiegelen van de beweging van de therapeut kunnen daarentegen de bewegingsmogelijkheden van de patiënt worden vergroot.



In de Spiegel van de Dans

Een actiegericht onderzoek met traumapatiënten in de zorg

Interventies verbaal: contact onderhouden, focus van de patiënt naar het lichaam brengen, uitnodigen om eigen behoeftes te volgen.

Interventies non-verbaal: LMA interventies, valideren, bewegingsmogelijkheden vergroten.

Therapeutische houding: uitnodigend, acceptierend, structurerend, ondersteunend.

Naar aanleiding van het tot stand komen van deze spiegelmodellen ter bevordering van het lichaamsbewustzijn wil ik voor de volgende nieuwe definitie voor de danstherapeutische techniek spiegelen pleiten: de therapeut spiegelt de beweging van de patiënt en neemt deze waar in het eigen lichaam *en* de patiënt spiegelt de beweging van de therapeut.

Randvoorwaarden

Tijdens de ontwikkelfase is er gekeken naar de randvoorwaarden om de spiegelmodellen op een veilige en zorgvuldige manier te kunnen onderzoeken. Dit is meegenomen tijdens de uitvoering. Deze randvoorwaarden waren niet alleen nodig voor het onderzoek, maar binnen de behandeling in het algemeen dient hier rekening mee te worden gehouden.

De belangrijkste randvoorwaarden tijdens de sessies waren veiligheid, respect en vertrouwen. Zoals beschreven in hoofdstuk 1 moet volgens Herman (1992) de therapeut zorgen voor een veilige ruimte waarin de patiënt kan handelen zonder dat hij zich beoordeeld voelt en volledige aanvaarding kan ervaren door empathische reflectie van de therapeut. Veiligheid is daarnaast belangrijk om een sfeer te kunnen creëren waarin patiënten zich veilig voelen om zichzelf te laten zien en om te durven onderzoeken en experimenteren. Wanneer patiënten zich niet veilig voelen, zullen zij zichzelf niet bloot kunnen en durven geven. Patiënten voelen zich vaak in het begin niet zo veilig binnen dans- en bewegingstherapie, omdat het een vorm van therapie is waar ze meestal nog niet mee in aanraking zijn gekomen. Om te gaan bewegen is een grote stap. De rol van de therapeut hierin is dat de therapeut de werkvormen veilig houdt door niet te hard van stapel te lopen. Een rustige opbouw werkt daarbij bevorderend. Hierdoor kunnen ze voorzichtig kennis met dans- en bewegingstherapie en zichzelf maken, waarna er verder doorgepakt kan worden binnen de therapie. Veiligheid heeft ook te maken met letterlijk veilige werkvormen aanbieden. Gevaarlijke activiteiten zijn daarom achterwege gelaten. Ook vanwege lichamelijke klachten moet er rekening gehouden worden met veiligheid. Het is niet de bedoeling dat patiënten met klachtenverergering de deur uit gaan. Veiligheid in de houding van de therapeut is ook belangrijk. Dit heeft ook te maken met vertrouwen. Wanneer iemand vertrouwen in je heeft, durft de patiënt zich te laten zien (Van Keulen, 2007, p. 24). Daarnaast waren een oordeelvrije en accepterende houding als randvoorwaarden belangrijk, zoals is beschreven in paragraaf 2.6.4 Ontwikkelde spiegelmodellen ter bevordering van het lichaamsbewustzijn.

2.6.5 Fases binnen het onderzoek

Tijdens het onderzoek hebben de participanten drie fases doorlopen, zie Figuur 5. In alle fases is een supportieve werkwijze gehanteerd. Deze werkwijze richt zich op het ondersteunen bij het leren omgaan met problemen (Smeijsters, 2008).

In deze subparagraaf wordt verder ingegaan op de inhoud van de fases en de bijbehorende therapeutische houding. In alle fases is zowel de beweging van de participant door de onderzoeker gespiegeld, als de beweging van de onderzoeker door de participant. Per fase, per spiegelmodel en per participant lag het accent verschillend.

Met 'werkvorm' wordt een concrete activiteit bedoeld waarbij een patiënt samen met de therapeut en/of medepatiënten aan het werk is. In dit geval was het spiegelen in tweetallen de werkvorm.



Figuur 5. Fases binnen het onderzoek

Fase 1: Opbouw therapeutische relatie/ diagnostische fase (sessie 1 t/m 3)				
Techniek	Werkvormen	Interventies	Werkwijze	Therapeutische houding
Spiegelen	Bodyscan Spiegelen in 2-tallen: Spiegelmodellen 1,2,3	Verbaal en non-verbaal contact maken/ onderhouden Afstemmen op (de beweging van) de participant Aansluiten bij de behoefte Uitnodigen om contact te maken met het eigen lichaam Uitnodigen om naar eigen behoefte te luisteren	Supportief	Empathisch, accepterend, openheid, humorvol, uitnodigend, structurerend
Fase 2: Interventies ter bevordering van het lichaamsbewustzijn (sessie 4 en 5)				
Spiegelen	Bodyscan Spiegelen in 2-tallen: Spiegelmodel 4, 5 en spiegelmodel naar keuze van de participant	Zoals in fase 1 plus: Non verbaal: LMA interventies ter bevordering van het lichaamsbewustzijn Verbreden van het bewegings-repertoire Nieuw bewegingsmateriaal exploreren Expliciteren van de beweging	Supportief	Zoals in fase 1 plus: Directief
Fase 3: Afrondende fase (sessie 7 en 8)				
Spiegelen	Bodyscan Spiegelen in 2-tallen: Spiegelmodel naar keuze van participant	Zoals in fase 1 en 2 plus: Non verbaal: LMA interventies ter bevordering van het lichaamsbewustzijn Reflecteren met participant op het proces middels interviews Rationale Afscheid nemen	Supportief	Zoals in fase 1 en 2



In de Spiegel van de Dans

Een actiegericht onderzoek met traumapatiënten in de zorg

In alle fases zijn de sessies gestart met een bodyscan, als een warming-up. Dit is een oefening uit de Mindfulness methode waarbij er onder begeleiding van de onderzoeker met aandacht wordt onderzocht wat er zich in de verschillende lichaamsdelen wordt waargenomen.

In fase 1 (de eerste drie sessies) stond het opbouwen van een therapeutische relatie en diagnostiek centraal. Veiligheid bieden stond hierbij voorop. Omdat de participanten niet bekend waren met deze vorm van therapie, was het van belang dat ze zich niet in het diepe gegooid voelden. Daarom is er structuur en veel verbale ondersteuning geboden, om het contact te onderhouden. Non-verbaal is er ondersteuning geboden door een accepterende, oordeelvrije en empathische houding aan te nemen. De participant zal zich het meest vrij voelen om te durven onderzoeken en exploreren wanneer er een accepterende, oordeelvrije en empathische sfeer heerst. Tijdens het spiegelen is er rekening gehouden met een voor de participant meest prettige afstand tot de onderzoeker, zodat de lichamelijke spanning binnen het window of tolerance kan blijven. Daarnaast werd er aangesloten bij de behoefte van de participant op dat moment. Bijvoorbeeld doordat er voor rustige muziek werd gekozen, als er bij de participant sprake was van een laag energieniveau. Hij werd bovendien uitgenodigd om zijn eigen behoeftes te volgen door aandachtig te luisteren naar zijn eigen lichaam.

In deze fase lag het accent op het spiegelen van de beweging van de participant, zodat er diagnostische informatie kon worden verkregen over wat de participant zou kunnen helpen om in contact met zijn lichaam te komen. De participanten waren vaak weinig gegrond en dit belemmert de participant om contact te maken met het eigen lichaam. Zoals in de definitie van gronding in hoofdstuk 1 is beschreven, is het van belang dat je gegrond bent en 'in' je eigen lichaam kunt zijn om gewaar te kunnen zijn van het lichaam. Bovendien was er bij de participanten weinig gebruik van adem en gewicht tijdens de beweging.

Tijdens deze fase is er door de onderzoeker bovendien gereflecteerd op de sessie om te onderzoeken welke LMA interventies gemaakt zouden kunnen worden vanuit eigen waarnemingen in het lichaam van de onderzoeker. Dit gaf nog meer diagnostische informatie over wat de participant nodig zou kunnen hebben om meer contact met het lichaam te kunnen maken. Het nemen van afstand van de therapeutische situatie helpt om betekenis te verlenen aan wat er door de therapeut (in dit geval de onderzoeker) in het eigen lichaam is waargenomen.

In fase 2 (sessie 5 en 6) zijn er LMA interventies ingezet vanuit wat de onderzoeker in het eigen lichaam heeft waargenomen en geobserveerd tijdens de diagnostische fase. Het accent lag op het spiegelen van de beweging van de onderzoeker door de participant. De therapeutische houding van de onderzoeker was iets meer directief dan in fase 1. Tijdens het spiegelen is de onderzoeker bijvoorbeeld bewust gaan gronden en hierdoor is de participant uitgenodigd om ook te gronden. Met name is er in eerste instantie adem en gebruik van gewicht ingezet door de onderzoeker. Het gebruik van adem en gewicht tijdens de beweging kan een patiënt helpen om te gronden. Dit blijkt niet alleen uit de ervaringskennis van de onderzoeker in het medium, maar is algemeen bekend onder dans- en bewegingstherapeuten. Verbaal is er contact onderhouden om ondersteuning te bieden en om het veilig te houden. Er was veel ruimte voor humor, wat er voor zorgde dat de participant zich meer kon ontspannen. Daarnaast zijn er LMA interventies ingezet om de bewegingsmogelijkheden te vergroten, doordat de participant werd uitgenodigd om mee te gaan in de bewegingen van de onderzoeker. Het vergroten van de bewegingsmogelijkheden (en daarmee het bewegingsrepertoire) kan er voor zorgen dat het lichaam op een andere manier wordt beleefd.

In sessie 6 is met de participant gereflecteerd op welk spiegelmodel het meest heeft bijgedragen aan het bevorderen van het lichaamsbewustzijn. Met dit model is vervolgens gezamenlijk aan de slag gegaan en er zijn LMA interventies ingezet vanuit wat zichtbaar werd in de beweging van de participant.

In fase 3 (de afrondende fase) is wederom samen met de participanten teruggeblikt op de spiegelmodellen van de afgelopen sessies. Net als in fase 2 is er gevraagd om een model te kiezen. Er is bovendien samen met de participant betekenis verleend aan het proces. Er is een rationale gegeven: een verklaring van de relatie tussen de effecten en het bewegingsproces. Daarnaast zijn de resultaten van de vragenlijsten met de participant besproken en is onderzocht wat heeft bijgedragen aan de verandering in het bewegingsproces en het lichaamsbewustzijn. Er is tot slot afscheid genomen van elkaar en bedankt voor de samenwerking.



De fases die de participanten hebben doorlopen zijn vergelijkbaar met therapeutische fases in een behandeling, waarin sprake is van een op- en afbouw en fasering middels een begin, een behandelingsfase en een verbaal proces. Binnen elke sessie was er eveneens sprake van opbouw middels een 'warm-up', een bewegingsproces en een verbaal proces. In paragraaf 4.3 Nieuwe werkmodel integreert de onderzoeker deze fasering in haar nieuwe werkmodel.

2.7 Actiefase

De belangrijkste doelen in deze fase zijn het uitvoeren, het monitoren en het reflecteren en evalueren. Met monitoren wordt het volgen van de uitvoering van het plan bedoeld. Evalueren kent twee gebieden waarop het beoordelen betrekking kan hebben: productevaluatie en procesevaluatie. Procesevaluatie is het beoordelen van het proces van het handelen. Productevaluatie is het beoordelen van het resultaat van het handelen (Migchelbrink, 2007). Hier wordt uitgebreid op in gegaan in hoofdstuk 3 Evaluatie.

Zoals is beschreven in paragraaf 2.6.1 Dataverzamelingstechnieken is tijdens deze fase gebruik gemaakt van een combinatie van ervaringsgerichte- groepsreflectie en evaluatie door gesprekken en ongestructureerde en gestructureerde interviews en door systematische onderzoek door observatie, vragenlijsten en ondervragen. Er is een logboek bijgehouden over het handelen gedurende het onderzoek, zodat het onderzoek en de sessies konden worden gemonitord. Daarnaast zijn video-opnames gemaakt waarin de therapeut en de participant in beeld zijn gebracht.

Het actieplan is tijdens het onderzoek bijgesteld. Aanvankelijk was het plan om de spiegelmodellen als interventie in te zetten om het lichaamsbewustzijn te bevorderen. Gedurende het onderzoek werd duidelijk dat binnen de interventie spiegelen, interventies konden worden ingezet om het lichaamsbewustzijn te bevorderen. Vanaf dat punt is het lichaam van de therapeut als een diagnostisch instrument gaan dienen. Door de bewegingen van de participant waar te nemen in het lichaam van de therapeut kon worden waargenomen welke LMA interventies nodig waren of welke LMA items met betrekking tot lichaamsbewustzijn afwezig waren. In fase 2 zijn bewust LMA interventies ter bevordering van het lichaamsbewustzijn ingezet. Vanaf fase 2 is er nog breder onderzocht hoe verschillende spiegelmodellen kunnen worden ingezet om het lichaamsbewustzijn te bevorderen. Ze werden hierdoor niet meer slechts als een interventie gebruikt.

Tussentijds evalueren met betrokkenen Simone Kleinlooh en Minke van de Kamp heeft het mogelijk gemaakt om het plan en het handelen van het onderzoek bij te stellen waar nodig. Door ervaringskennis en door steeds op de onderzoeksvraag te blijven afstemmen is het actieplan bovendien steeds bijgesteld. Na elke sessie en na elke participant is gereflecteerd en het spiegelmodel en het therapeutische handelen zijn daar op aangepast bij de volgende participant. Daardoor kon de verzamelde informatie op een bruikbare manier worden verzameld.

3 Evaluatie

Aan het eind van het onderzoek heeft er een eindevaluatie plaatsgevonden. Dit hoofdstuk vermeldt een selectie van de relevante resultaten van de evaluatie. In paragraaf 3.1 Productevaluatie worden de 'harde' resultaten van het onderzoek beschreven en daarnaast wordt een verklaring/ interpretatie gegeven. Paragraaf 3.2 Procesevaluatie beschrijft het proces van het handelen.

De resultaten van de kwalitatieve en kwantitatieve maten zijn verkregen door de beschreven data-analyse. Om de kwaliteit te waarborgen zijn tijdens het onderzoek kwaliteitscriteria gebruikt, zoals beschreven onder het kopje *kwaliteitscriteria*.



3.1 Productevaluatie

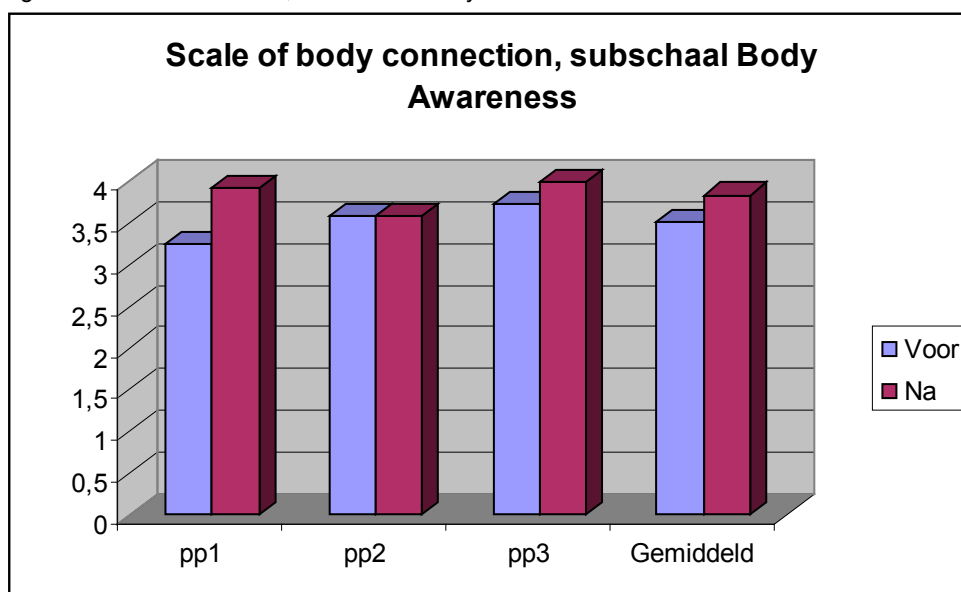
In paragraaf 3.1.1 worden de resultaten van de kwantitatieve maten weergegeven. Deze zijn met Minke van de Kamp geëvalueerd. In paragraaf 3.1.2 worden de resultaten van de kwalitatieve maten weergegeven. De video-opnames zijn met een onafhankelijke beoordelaar, te weten dans- en bewegingstherapeut Katharina Conradi geanalyseerd. De lichaamstekeningen zijn met beeldend therapeut Wilma ten Hacken geëvalueerd. In paragraaf 3.2.3 worden de kwantitatieve en kwalitatieve resultaten met elkaar vergeleken. Met 'pp' wordt in de grafieken participant bedoeld.

3.1.1 Analyse van de kwantitatieve maten

De SBC, SAQ en VAS

Om verandering in het lichaamsbewustzijn waar te kunnen nemen is er een voor- en een eindmeting gedaan. Zo kon er structurele verandering worden waargenomen.

Figuur 6. Resultaten SBC, subschaal Body Awareness



In Figuur 6 zijn de resultaten van de subschaal body awareness van de SBC te zien. Bij participant 1 en 3 is het lichaamsbewustzijn gestegen en bij participant 2 is het lichaamsbewustzijn gelijk gebleven. Het gemiddelde lichaamsbewustzijn van alle participanten is gestegen van 3,5 naar 3,8.

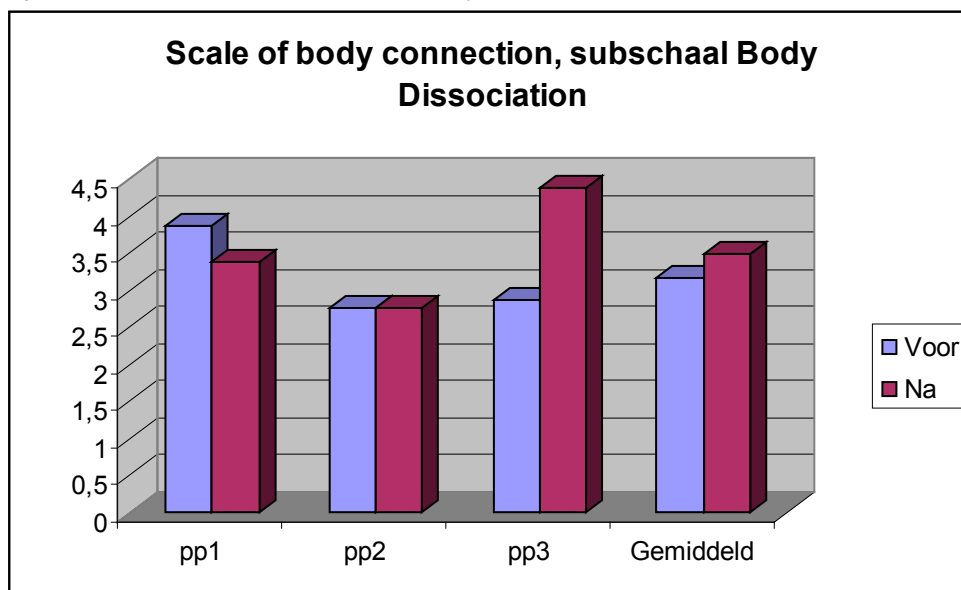
Verklaring/ interpretatie

De stijging is te verklaren, omdat twee participanten hoger hebben gescoord en een gelijk is gebleven. Het verhoogde lichaamsbewustzijn valt te verklaren omdat de participanten twee maanden lang met lichaamsgerichte werkvormen hebben gewerkt. Mehling et al. (2011) constateerden in een onderzoek dat lichamelijke therapievormen het lichaamsbewustzijn bevorderen, zie hoofdstuk 1. Dit onderzoek is hiervan een bevestiging. De onderzoeker heeft echter ook verbale en non-verbale interventies ingezet op het in contact komen met de gewaarwordingen in het eigen lichaam en dit zou eveneens kunnen verklaren waarom de patiënten van dit onderzoek hoger zijn gaan scoren op het lichaamsbewustzijn. De bodyscan, een oefening uit de Mindfulness methode (beschreven in paragraaf 2.6.4), is daarnaast



gebruikt om contact met het eigen lichaam te maken. De onderzoeken naar de effecten van Mindfulness zijn op dit moment nog in volle gang. Positieve effecten zijn al gemeten in de behandeling van onder andere depressies, angststoornissen, fibromyalgie en chronische pijn (Baer, 2003). In de behandeling van trauma zijn deze echter nog niet gemeten. Het werken met deze bodyscan zou kunnen verklaren waarom de patiënten van dit onderzoek hoger scoren. Mogelijk zijn de resultaten van de participanten 'gekleurd' door de toepassing van de bodyscan.

Figuur 7. Resultaten SBC, subschaal Body Dissociation



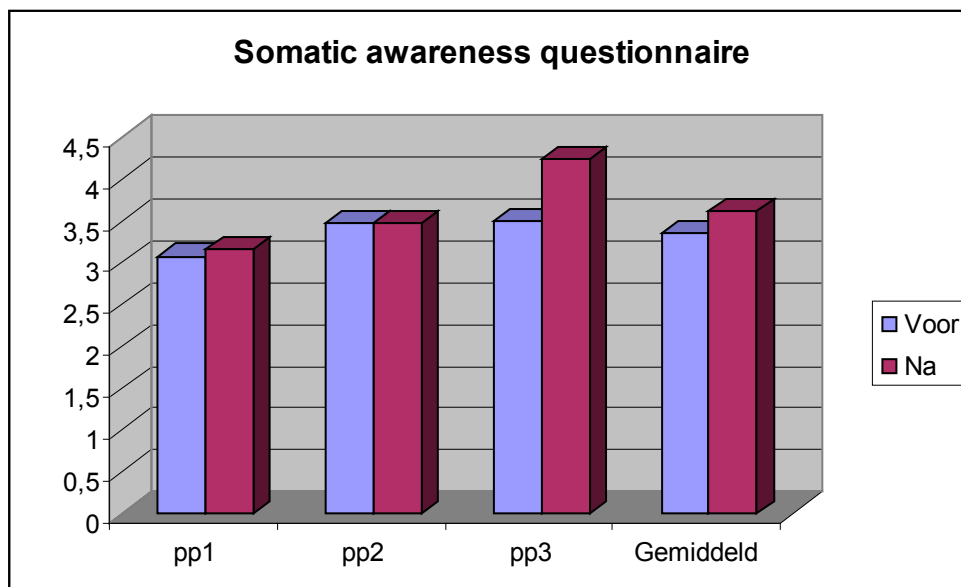
In Figuur 7 zijn de resultaten te zien van de subschaal body dissociation. Bij participant 1 is de lichamelijke dissociatie gedaald, bij participant 2 is er geen verandering opgetreden en bij participant 3 is een stijging van de lichamelijke dissociatie zichtbaar. De gemiddelde lichamelijke dissociatie van alle participanten is gestegen van 3,1 naar 3,6.

Verklaring/ interpretatie

De gemiddelde stijging is te verklaren, omdat een participant is gedaald, een gelijk is gebleven en een aanzienlijk hoger heeft gescoord. Daardoor is het gemiddelde van alle participanten gestegen. Het beoogde effect in de lichaamsgerichte behandeling is dat de body dissociation van de patiënt daalt. Iemand sluit zich dan namelijk minder af van negatieve gewaarwordingen in het lichaam en kan daardoor deze gewaarwordingen beter reguleren en hanteren. Theoretisch is het echter te verklaren dat de body dissociation stijgt als iemand hoger scoort op de subschaal body awareness. Hoe meer iemand zich bewust wordt van zijn lichamelijke gewaarwordingen (welke verband houden met emotie), hoe meer iemand zich (onbewust) probeert af te sluiten van deze gewaarwordingen. Bij participant 3 is te zien dat hij hoger scoort op de subschaal body awareness en hoger scoort op de subschaal body dissociation. Een andere verklaring voor de hogere score op de body dissociation van participant 3 zou kunnen zijn dat deze moeite had met het invullen van de vragenlijst. Tijdens de voormeting heeft hij geen hulp gekregen van de onderzoeker met het invullen. Tijdens de eindmeting is de vragenlijst daarentegen met hulp van de onderzoeker ingevuld. Voor de onderzoeker werd duidelijk in de eindmeting dat de participant moeite had met de Nederlandse taal en het begrijpen van de vragen. Hierdoor kunnen de antwoorden van de participant minder betrouwbaar zijn.



Figuur 8. Resultaten SAQ



In Figuur 8 is zichtbaar dat het lichaamsbewustzijn gemeten op de SAQ bij participant 1 en 3 is gestegen en bij participant 2 is geen verandering opgetreden ten opzichte van de voormeting. Het gemiddelde lichaamsbewustzijn van alle participanten is gestegen van 3,3 naar 3,6. In wetenschappelijk onderzoek is naar voren gekomen dat bij de gemiddelde Nederlandse bevolking de score op 3,19 ligt (Tophoff, 2004).

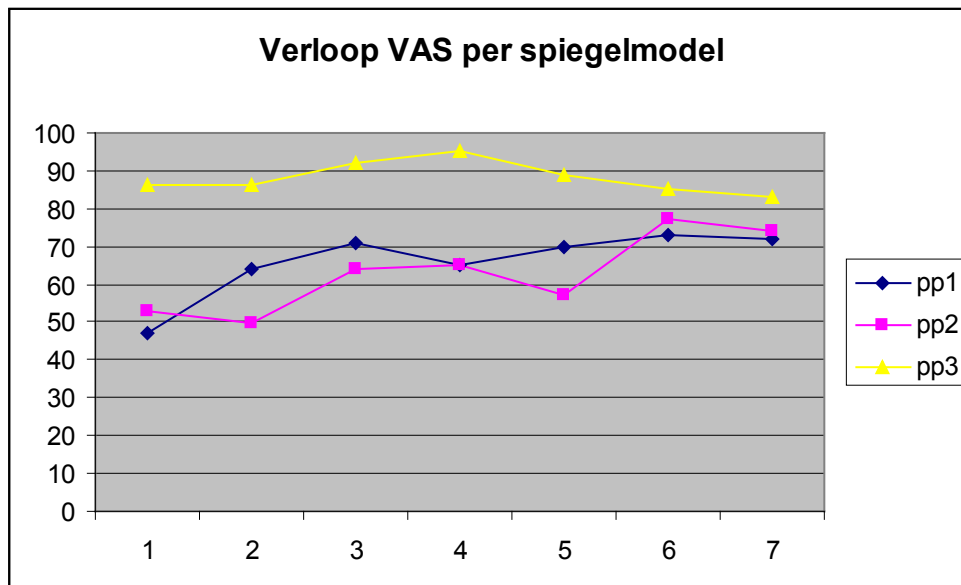
Verklaring/ interpretatie

De gemiddelde stijging is te verklaren, omdat participant 1 en 3 hoger scoren en bij participant 2 is de score gelijk gebleven. De gemiddelde score is daardoor omhoog gegaan. Een mogelijke verklaring voor het hoger scoren zou dezelfde kunnen zijn als de verklaring voor de hogere score op de subschaal body awareness.

Na elke sessie is er een vragenlijst afgenomen middels de VAS die bestond uit VAS items, zodat kleine veranderingen in het lichaamsbewustzijn per spiegelmodel konden worden waargenomen, zie Figuur 9.



Figuur 9. Verloop VAS per spiegelmodel



Legenda

- 1= Initiëren
- 2= oceanisch spiegelen
- 3= parallel spiegelen
- 4= uitgestelde imitatie
- 5= contrasteren
- 6= spiegelmodel naar eigen keuze van participant
- 7= spiegelmodel naar eigen keuze van participant

In Figuur 9 is het verloop van de VAS per spiegelmodel en per participant zichtbaar. Het verloop verschilt per participant en per spiegelmodel zijn er verschillen te zien. Vanaf sessie 6 en 7 is zichtbaar dat de lijnen minder stijgen en dalen.

Verklaring/ interpretatie

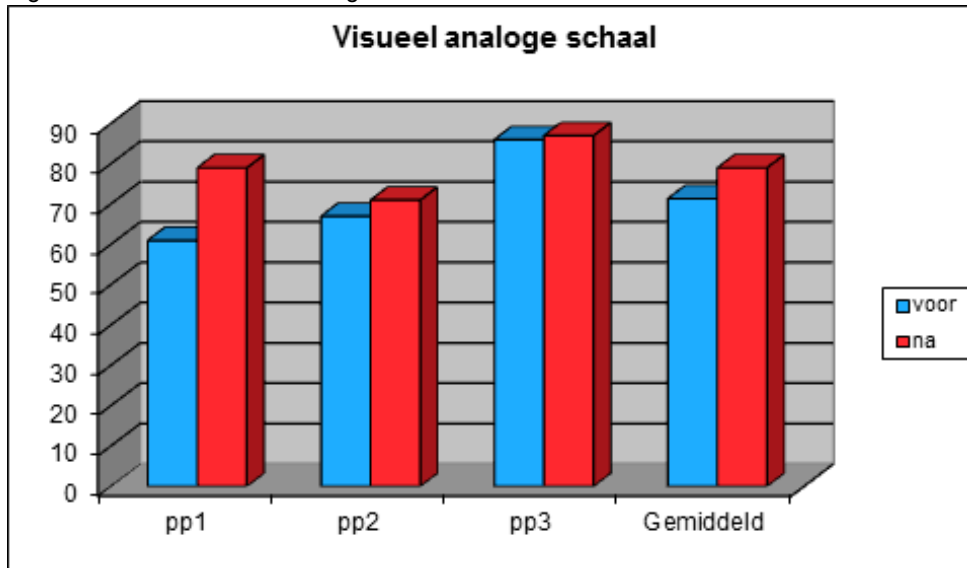
De uiteenlopende resultaten per spiegelmodel zijn als volgt te verklaren. Elke participant heeft een ander lichaam en achtergrond en logischerwijs een andere persoonlijke voorkeur voor een spiegelmodel. De persoonlijke voorkeur voor een spiegelmodel is ook gebleken uit de interviews die zijn gehouden. Verder is het logisch dat patiënten zich per dag verschillend voelen of een verminderde concentratie kunnen hebben. Dit kan invloed hebben op het kunnen waarnemen van het eigen lichaam en dus op de resultaten van de VAS.

De lichte toename van het lichaamsbewustzijn in het verloop van de sessies valt te verklaren, doordat de participanten zich steeds meer op hun gemak voelden in het onderzoek. Dit is gebleken uit bevindingen van de onderzoeker. Twee participanten maakten bijvoorbeeld gedurende het onderzoek meer oogcontact en waren tegen het einde van het onderzoek minder gespannen en meer open. Doordat ze zich meer op hun gemak voelden, konden ze beter in contact met hun lichaam komen met behulp van de interventies van de onderzoeker. Het was zichtbaar voor de onderzoeker dat er steeds meer naar het eigen lichaam en de eigen behoeftes geluisterd kon worden en dat hier naar gehandeld werd door de participant.

De verminderde stijging en daling van de lijnen bij sessie 6 en 7 heeft mogelijk te maken met het feit dat de participanten in deze sessies een spiegelmodel hadden gekozen dat het meest prettig voor de participant was. Daardoor is het verklaarbaar dat het lichaamsbewustzijn stabiel wordt gedurende de laatste sessies.



Figuur 10. Resultaten VAS vragen



In Figuur 10 is zichtbaar dat het gemiddelde bewustzijn op de VAS gestegen van 71 naar 79.

Verklaring/ interpretatie

De gemiddelde score op de VAS van de participant is gedurende het onderzoek gestegen. Dit kan wederom komen, omdat lichaamsgericht werken het lichaamsbewustzijn bevordert. Door de onderzoeker zijn in de tweede en derde fase van het onderzoek LMA interventies ingezet ter bevordering van het lichaamsbewustzijn en dit zou ook kunnen hebben bijgedragen. Waarom de lijnen bij sessie 6 en 7 nader tot elkaar komen is vooralsnog niet te verklaren. Dit zou toeval kunnen zijn. Het verloop van de lijnen in sessie 6 en 7 is bij alle participanten redelijk stabiel. Dit zou kunnen komen, doordat dit de modellen waren waarbij de participant zich het meest prettig voelde om contact met het lichaam te maken.

De LMA coding sheet

In de uiteindelijke uitvoering van de analyse van het bewegingsmateriaal is weinig geturfd op het coding sheet en zijn er meer opmerkingen over de observaties geplaatst. Daarom zijn er geen waarden gekoppeld aan de enkele geturfd items. De analyse is daarom verder beschreven in onder subparagraaf 3.1.2, onder het kopje *De LMA observaties en de LMA coding sheet*.

3.1.2 Analyse van de kwalitatieve maten

De analyse van de open vragen is gedaan door van alle participanten belangrijke termen te selecteren en te clusteren tot een of meerdere woorden van dezelfde betekenis. Deze zijn vervolgens ingevoerd in een programma op www.worlde.net. Woorden die vaker voorkwamen zijn in de onderstaande figuren vetter en groter. Woorden die minder vaak voorkwamen zijn dunner en kleiner.

Om de verwachtingen van het onderzoek en de therapie-ervaring van de participanten te onderzoeken zijn algemene en open vragen in de voormeting gesteld. Dit is gedaan om te onderzoeken of de participant open stond voor (eventuele) nieuwe ervaringen en veranderingen en of er een behoefte was om meer kennis en inzicht te krijgen in de signalen en gewaarwordingen van het lichaam.



Figuur 11. Resultaten open vragen van de voormeting; verwachtingen

Verrassing
Lichaamssignalen Herkennen
Luisteren Naar Mijn Lichaam
Lichaamsbewustzijn
Voelen Wat Er In Mij Omgaat
Geen Verwachtingen
Emoties Leren Herkennen

In Figuur 11 is zichtbaar dat de verwachtingen van het onderzoek variëren. Het valt op dat de participanten open stonden, zichzelf wilden laten verrassen en meer lichaamsbewustzijn wilden ontwikkelen, zodat ze meer inzicht krijgen in hun lichaam en emoties. Daarnaast valt op dat er geen verwachtingen waren. Herkennen van lichaamssignalen en hier mee leren omgaan, was ook belangrijk voor een participant. De vraag of de participant meer lichaamsbewustzijn zou willen ontwikkelen, werd door een participant beantwoord met: "Ja, omdat ik merk dat er veel emoties in mij zitten maar dat ik er niet 'bij' kan, dit zorgt voor veel stress."

Verklaring/ interpretatie

De resultaten variëren, omdat elke participant andere persoonlijke verwachtingen en een andere (klinische) achtergrond heeft. Het is daarom lastig om een eenduidige verklaring te geven voor de gevonden resultaten.

Om te kunnen onderzoeken hoe de participanten het in het algemeen hebben ervaren om bezig te zijn met het lichaam(sbewustzijn) zijn aan het eind open vragen afgenomen.

Figuur 12. Resultaten open vragen van de eindmeting; ervaringen

Bijzonder
Rustige Muziek
Inspanning
Behoeftes Van Het Lichaam
Fijn
Aanrader
Raar
Leuk

In Figuur 12 is zichtbaar dat participanten aangeven dat ze bewuster zijn geworden van de behoeftes van het lichaam. Termen als 'fijn' en 'bijzonder', 'aanrader' en 'raar' zijn ook opgeschreven. Een participant schreef: "Het was fijn. Heb soms het gevoel een hoofd te zijn en verder niets, heb me nu meer bezig gehouden met wat er aan mijn hoofd vastzit."



Verklaring/ interpretatie

Een belangrijke verklaring voor het positief ervaren van de sessies zou kunnen zijn dat de onderzoeker vaak heeft aangesloten bij de behoeftes van de participanten. De onderzoeker heeft de participanten daarnaast uitgenodigd om tijdens het bewegen de behoeftes van het eigen lichaam te volgen. Dit zou een positieve beleving kunnen faciliteren. Zoals is beschreven in hoofdstuk 1, beschrijft Bernstein (1995) dat door dans- en bewegingstherapie de relatie met het lichaam kan worden verbeterd en positieve gevoelens over het lichaam kunnen worden hersteld.

Om de ervaringen van de participant tijdens het spiegelen te onderzoeken, de houding van de therapeut en wat er belangrijk was om het lichaamsbewustzijn te kunnen bevorderen, zijn open vragen en interviews afgenomen. De vragen hadden eveneens betrekking op het bewustzijn van het eigen lichaam en prettige en onprettige gewaarwordingen in het eigen lichaam.

Figuur 13. Resultaten open vragen na elke sessie



Figuur 14. Resultaten open interviews



De belangrijkste termen en woorden zijn zichtbaar in Figuur 13. Over het algemeen waren het positief geformuleerd antwoorden. Een participant schreef: “Meer bewustzijn van bewegingen, voelde ineens pijn die ik nog niet eerder had opgemerkt.”

In Figuur 14 is zichtbaar dat de term ‘lichaamsbewustzijn’ het meest naar voren komt in de antwoorden, ‘lichaam als een geheel bewegen’ en ‘bewust worden van mijn behoeftes’. Dit werd als positief ervaren.



Een participant antwoordde: “Ik ben gaan voelen wat er nou echt allemaal in mijn lichaam gebeurt (...) je voelt gewoon echt ieder spiertje, tintelingen.”

Verklaring/ interpretatie

Zie verklaring bij Figuur 11 en 12.

De LMA observaties en de LMA coding sheet

Om kleine veranderingen in het lichaam(sbewustzijn) en de bewegingen van de participant te kunnen waarnemen is van elke sessie een video-opname gemaakt. De video-opname is geanalyseerd middels LMA observaties en door items in het coding sheet te turven, op te tellen en te omcirkelen. Vervolgens is aan de observaties en ontwikkeling betekenis verleend.

Van participant 1 en 2 zijn van sessie 1, 3 en 7 telkens vijf minuten geanalyseerd. Deze 5 minuten van de sessie waren willekeurige minuten van de sessie, maar waarin de onderzoeker de beweging van de participant spiegelde en niet andersom. Op die manier is er meer sprake van authentieke bewegingen van de participant en kon er verandering worden waargenomen in het bewegingspatroon, zonder dat deze beïnvloed werden door de interventies van de onderzoeker.

Van participant 3 zijn geen video-opnames gemaakt, omdat hij hier geen toestemming voor heeft gegeven. Het bewegingspatroon van deze participant is geanalyseerd door participerende observaties van de onderzoeker en aan de hand van LMA observaties en aantekeningen van de sessies. Hierbij was er dus geen sprake van een onafhankelijke beoordelaar.

Figuur 15 geeft de analyse weer van de gemiddelde verandering per LMA item van alle participanten.

Figuur 15. Resultaten LMA

	Observatie over het algemeen Begin	Observatie over het algemeen Eind	Ontwikkeling over het algemeen in het bewegingspatroon
Lichaams-verbindingen	Participanten maken weinig gebruik van lichaamsverbindingen	Participanten maken iets meer gebruik van lichaamsverbindingen	Participanten maken iets meer gebruik van hun lichaamsverbindingen. Hierdoor lijkt het lichaam georganiseerder te bewegen en stromen de bewegingen meer door
Aanzet van de beweging is centraal	De aanzet van de beweging is veel vanuit de ledematen	De aanzet van de beweging is meer vanuit het centrum en de heupen	Participanten bewegen iets meer vanuit het centrum en iets minder vanuit de ledematen, waardoor de bewegingen meer doorstromen
Shapeflow & Shapeflow-ondersteuning	Er is weinig shapeflow en shapeflow-ondersteuning aanwezig	Er is shapeflow aanwezig, zoals zichzelf 'uitschudden' en haren wegwapperen Er is iets meer shapeflow-ondersteuning aanwezig; er wordt iets meer met de romp bewogen	Er is iets meer shapeflow aanwezig, omdat er 'herstellende' bewegingen worden gemaakt Er is iets meer shapeflow-ondersteuning aanwezig; er wordt iets meer met de romp bewogen
Weight sensing	Er is weinig gebruik van gewicht en weinig gronding	Er is iets meer gebruik van gewicht	Er is iets meer gebruik van gewicht en nog steeds weinig gronding



In de Spiegel van de Dans

Een actiegericht onderzoek met traumapatiënten in de zorg

Algemene thema's	extrovert, expressief, functioneel, introvert, inspanning	extrovert, expressief, functioneel, herstel, introvert	Er wordt minder functioneel bewogen en meer vanuit de impulsen
Gebruik van de ruimte	<i>Dit is in het begin zeer uiteenlopend!</i> Er wordt gebruik gemaakt van de algemene ruimte Kleine persoonlijke ruimte Perifere benadering van de persoonlijke ruimte Indirect in de ruimte Twee dimensionaal	Er wordt gebruik gemaakt van de ruimtelagen Er wordt iets meer drie- dimensionaal bewogen Grote persoonlijke ruimte	Participanten lijken meer de ruimte te durven gebruiken en in te nemen Bewegingen worden steeds meer driedimensionaal, waar- door het lichaam meer als een geheel beweegt
Opvallendheden	Weinig gebruik van effort Gericht op therapeut	Plezierbeleving en gebruik van fantasie tijdens het bewegen	Iets meer gebruik van effort
Conclusie & betekenisverlening: Participanten lijken iets meer lichaamsbewustzijn ontwikkeld te hebben en zich meer 'thuis' te voelen in het lichaam, in de manier van bewegen en in de ruimte. Er is meer sprake van autonomie waardoor meer naar de behoeftes van het eigen lichaam geluisterd kan worden.			

Verklaring/ interpretatie

De verandering van het bewegingspatroon en het zich meer 'thuis' voelen in het lichaam is mogelijk te verklaren, doordat er door de onderzoeker gerichte interventies zijn ingezet op het veranderen van het bewegingspatroon. Herman (1992) stelt, zoals is vermeld in de probleemstelling, dat voor het herstel van trauma een gevoel van thuis voelen in het lichaam belangrijk is, want door het trauma is het lichaam geen veilige plaats. De participanten hebben acht sessies lichaamsgericht gewerkt en dit kan ook van invloed zijn op het ontwikkelen van een gevoel van thuis in het lichaam. Daarnaast is het enigszins logisch dat ze zich steeds meer op hun gemak voelen in het onderzoek, bij de onderzoeker en in de therapieruimte. Dit kan eveneens het gevoel van zich 'thuis' voelen in het lichaam faciliteren.

De lichaamstekeningen

Om per sessie veranderingen in het lichaam te kunnen waarnemen is aan het eind van elke sessie een lichaamstekening afgenomen. Per participant is in Figuur 16 een overzicht weergegeven van de voormeting, de eindmeting en de ontwikkeling. Dit is gedaan omdat de lichaamstekeningen zeer uiteenlopend waren en er niet een 'gemiddelde' kon worden vastgesteld tijdens de analyse. In bijlage 7 is een anonieme voor- en eindmeting van een lichaamstekening bijgevoegd.



Figuur 16. Resultaten analyse lichaamstekeningen

	Voor	Na	Ontwikkeling/ betekenisverlening
Pp 1	Het is zichtbaar dat er een aantal delen wit zijn gebleven. Participant lijkt zich bewust van de organen; maag, blaas en hoofd (migraine). De achterkant van het lichaam is amper ingekleurd.	Er is meer over het gehele lichaam ingekleurd. Er is veel minder wit aan de voorkant en het is minder gefraseerd ingekleurd.	Participant lijkt zich nog steeds bewust van de organen, de migraine. Aan het eind lijkt de participant meer het lichaam als een geheel te ervaren, omdat het hele lichaam is ingekleurd. De achterkant van het lichaam is nog steeds niet ingekleurd.
Pp 2	Wat opvalt is dat er veel langs de 'randen' van het lichaam wordt getekend en gefraseerd. Er is zeer veel wit zichtbaar.	Er zijn iets meer verschillende kleuren gebruikt en meer randen langs het lichaam getekend. Er is veel wit zichtbaar.	Participant lijkt de buitenkant van het lichaam en de huid waar te kunnen nemen en minder wat 'eronder' zit. Er is weinig ontwikkeling zichtbaar.
Pp 3	Wat opvalt is dat over het hele lichaam spanningen worden waargenomen. Er is weinig onderscheiding qua gevoelens en kleur. De tekening is redelijk chaotisch ingekleurd.	Wat opvalt is dat er meer kleurgebruik is in de tekening. Nog steeds is vrijwel het hele lichaam ingekleurd, maar er is meer diversiteit en het is minder chaotisch ingekleurd. Er wordt meer ontspanning en warmte waargenomen.	Participant lijkt meer verschillende gevoelens te kunnen onderscheiden. Tijdens het bewegen lijkt er meer ontspanning en prettige gevoelens waargenomen te worden.

Verklaring/ interpretatie

Het verschil in de lichaamstekeningen en de ontwikkeling kan komen, doordat elke participant een eigen manier van tekenen heeft. De ene participant durft zich bijvoorbeeld makkelijker te 'laten zien' op papier dan de ander. Wat ook van invloed kan zijn geweest, is het feit dat het lichaamstekeningen van naakte mensen waren. Mogelijk kan dit voor sommige participanten spanningen hebben opgeroepen. Daarnaast zijn lichaamsgerichte interventies ingezet om meer in contact te komen met het lichaam. Dit kan verklaren waarom er bij een participant meer onderscheid in gevoelens is en waardoor bij een participant het lichaam meer als een geheel wordt ingekleurd.

3.1.3 Vergelijking resultaten kwantitatieve en kwalitatieve maten

Uit een vergelijking met de kwantitatieve en kwalitatieve maten valt te concluderen dat er overeenkomsten en verschillen zijn. De overeenkomsten zijn dat er een stijging is van het lichaamsbewustzijn, een zichtbaar groter gevoel van zich 'thuis' voelen in het lichaam en dat er meer naar (de behoeftes van) het lichaam kan worden geluisterd. Daarnaast tonen de lichaamstekeningen per spiegelmodel een grote diversiteit, die ook zichtbaar is in de grafiek van de VAS. In de kwantitatieve maat (de VAS per spiegelmodel) en de kwalitatieve maat (de lichaamstekeningen per spiegelmodel) is de overeenkomst dat er per participant en per spiegelmodel verschillen zijn.

Verschillen zijn zichtbaar tussen de ontwikkeling van de lichaamstekeningen en de ontwikkeling in het lichaam(sbewustzijn). Er is minder ontwikkeling zichtbaar bij de lichaamstekeningen en meer bij de LMA observaties en in de vragenlijsten SBC en SAQ. Een kanttekening die moet worden gemaakt, is dat er bij slechts drie participanten onderzoek is gedaan. De kans dat de resultaten op toeval berusten is derhalve niet uit te sluiten. Over het algemeen zijn echter de overeenkomsten groter dan de verschillen.



3.2 Procesevaluatie

Ervaringsgerichte (groeps)reflectie is toegepast om tijdens het onderzoek het proces te monitoren. Hiervoor is gebruik gemaakt van zelfreflectie met behulp van een logboek en aantekeningen en de video-opnames en interactieve reflectie- en evaluatiegesprekken met de betrokkenen, zoals beschreven in paragraaf 2.7 Actiefase.

Kwaliteitscriteria

Onderstaande kwaliteitscriteria en technieken zijn gebruikt om de kwaliteit te waarborgen.

Samenwerking

Hierbij gaat het er om dat de beoogde samenwerking tussen de onderzoeker en betrokkenen uit de verf komt (Migchelbrink, 2007). Om de kwaliteit van de samenwerking te waarborgen heeft de onderzoeker gebruik gemaakt van haar sociale, communicatieve en reflectieve competenties. Daarnaast is er veel contact onderhouden met de participanten en betrokkenen over algemene zaken, zoals (herinneringen aan) gemaakte afspraken.

Reflectie

Er is beoogd dat er sprake is van een continue en interactieve reflectie tijdens het gehele onderzoek. Hiervoor heeft de onderzoeker gebruik gemaakt van eigen observaties, logboek aantekeningen en door het ondervragen van patiënten. Hierdoor kan het beste de voortgang en de uitvoering in kaart kan worden gebracht (Migchelbrink, 2007).

Kennisbronnen

Er is gebruik gemaakt van meerdere kennisbronnen tijdens het onderzoek, zoals systematisch onderzoek, ervaringskennis en reflectie. Zodoende kon het onderzoek waar nodig bijgesteld worden en de verzamelde informatie op een bruikbare manier worden verzameld. Dit is beschreven in de paragrafen 2.5 Diagnostische fase, 2.6 Ontwikkelfase en 2.7 Actiefase.

Bruikbaarheid

De verzamelde informatie is bruikbaar en van betekenis voor een probleemgebied binnen de traumabehandeling, binnen lichaamsgerichte behandeling en voor andere dans- en bewegingstherapeuten/ lichaamsgerichte therapeuten, zoals is beschreven in paragraaf 4.2 Aanbevelingen voor de praktijk en vervolgonderzoek. Bovendien is het bruikbaar voor het methodisch handelen van de onderzoeker. In het nieuwe werkmodel van de afstuderende student wordt de bruikbare kennis en informatie geïntegreerd, zoals beschreven in paragraaf 4.3 Nieuwe werkmodel. De verzamelde informatie in deze scriptie wordt aangeboden aan PsyQ Haaglanden en ter beschikking gesteld op de HBO-Kennisbank op internet en aan de bibliotheek van de Hogeschool Zuyd.

Transparantie

De stappen, doelen en methoden van het onderzoek waren helder en navolgbaar en passen bij het te onderzoeken probleem. Het onderzoek is gemonitord en de sessies zijn vastgelegd op videomateriaal. Voor de betrokkenen was het duidelijk en navolgbaar middels o.a. overzichtelijke tabellen waar de onderzoeker mee bezig was. Elke spiegelsessie werd er aan de participanten uitgelegd wat de bedoeling was.



Kritische en zorgvuldige omgang met aannames

Hiervoor is er gekeken naar verschillende interpretaties van de betrokkenen en hier is op gereflecteerd. Er is rekening gehouden met tegenstrijdige gezichtspunten. Bovendien is er rekening mee gehouden dat er door de betrokkenen door een verschillende 'bril' wordt gekeken. Een beeldend therapeut kijkt bijvoorbeeld anders naar de lichaamstekeningen dan een dans- en bewegingstherapeut. Maar ook dans- en bewegingstherapeuten onderling kunnen met een andere 'bril' kijken. De onderzoeker heeft bovendien geen gebruik gemaakt van externe observator op haar handelen. Haar visie kan hierdoor gekleurd zijn. Bovendien heeft de onderzoeker 'blinde vlekken' voor haar eigen handelen. Daarnaast zijn de kwantitatieve maten als eerst geanalyseerd en dit zou er voor kunnen zorgen dat de blik van de onderzoeker gekleurd is tijdens de analyse van de kwalitatieve maten. De onderzoeker ziet wellicht hetgeen zij er in 'wil' en verwacht te zien. Dit maakt het onderzoek minder objectief.

Er zijn slechts twee observatoren betrokken geweest bij de analyse van de video-opnames. Dit zou er voor kunnen zorgen dat er minder kritisch met aannames kon worden omgegaan, omdat zij zich mogelijk konden laten beïnvloeden door elkaar en daardoor minder objectief waren.

Verantwoording

In de reflecties is door de onderzoeker onderbouwd en verantwoording afgelegd over wat zij beoogde. Het handelen is door reflectie, logboeken, video-opnames en participerende observatie gevolgd. Er is door de onderzoeker gekeken hoe het gebeuren werd ingeschat en wat het heeft opgeleverd. Dit blijkt uit hoofdstuk 2 Onderzoeksmethode en 3 Evaluatie.

Betrouwbaarheid en validiteit

Beoogd is dat het onderzoek op een gedegen, eerlijke, controleerbare en inzichtelijke manier is uitgevoerd. Hierdoor ontstaat vertrouwen in de onderzoeksresultaten en levert het onderzoek kennis en resultaten op die te vertrouwen is.

Er is sprake van betrouwbaarheid en validiteit wanneer zowel onderzoeker als onderzochten instemmen met de resultaten en wanneer van beide zijden de kennis adequaat wordt bevonden. De meeste resultaten, analyses en interpretaties zijn teruggekoppeld aan de participanten samen met instemming van de juistheid. Daardoor is er sprake van een redelijke betrouwbaarheid en validiteit van de onderzoeksgegevens. Echter niet alle gegevens zijn teruggekoppeld vanwege het beëindigen van het contract van de onderzoeker en een gebrek aan tijd.

4 Discussie

In dit hoofdstuk wordt teruggekeken op de resultaten en het onderzoeksproces. In paragraaf 4.1 wordt met een kritische blik teruggekeken op het onderzoek en wordt een sterke/ zwakte analyse beschreven. Naar aanleiding van deze analyse volgen er in paragraaf 4.2 aanbevelingen voor een vervolgonderzoek en voor de beroepspraktijk. Tot slot volgt in paragraaf 4.3 de integratie in het nieuwe werkmodel van de afstuderende student. In paragraaf 4.4 worden de onderzoeksvragen door de onderzoeker in een conclusie beantwoord.

4.1 Sterkte/ zwakte analyse van het onderzoek

Deze scriptie beschrijft het onderzoek naar spiegelenmodellen binnen een probleemgebied bij trauma, namelijk dat bij patiënten vaak weinig lichaamsbewustzijn is. Tijdens het onderzoek is er gebruik gemaakt van het bewegingsobservatie systeem LMA. Een zwak punt is dat er onvoldoende bekend en onderzocht is over hoe het lichaamsbewustzijn kan worden geobserveerd via LMA. Hier zal op een



In de Spiegel van de Dans

Een actiegericht onderzoek met traumapatiënten in de zorg

gestandaardiseerde manier onderzoek naar gedaan moeten worden.

Een kritisch punt van het onderzoek is verder, dat de spiegelmodellen van Eberhard ter inspiratie zijn genomen en als basis zijn gebruikt voor een model dat inzetbaar is om te onderzoeken welke modellen in mindere of meerdere mate bijdragen aan het lichaamsbewustzijn. Je kunt je afvragen of deze spiegelmodellen, die vanuit een systeem van de ontwikkelingspsychologie zijn ontworpen, toe te passen zijn voor een ander doel en gebruikt moeten worden om te onderzoeken welke spiegelmodellen in mindere of meerdere mate bijdragen aan het lichaamsbewustzijn.

Een sterk punt daarentegen is, dat er zorgvuldig is gekeken naar elementen uit deze spiegelmodellen van Eberhard en deze zijn getoetst met betrekking tot het bevorderen van het lichaamsbewustzijn. De modellen zijn niet in zijn geheel gebruikt voor het onderzoek. Voor de onderzoeker betekende dit dat het voorgenomen actieplan met de inzet van de spiegelmodellen in zijn totaliteit moest worden losgelaten. Er is verder aan de slag gegaan met de spiegelmodellen en er is meer afstand genomen van de spiegelmodellen. Hierdoor heeft de onderzoeker zich meer kunnen richten op het bevorderen van het lichaamsbewustzijn en het hoe van de spiegelenmodellen door de therapeut in relatie tot het bevorderen van het lichaamsbewustzijn. Naast de subvraag *welke spiegelmodellen dragen in mindere of meerdere mate bij aan het lichaamsbewustzijn*, ontstond hierdoor de subvraag *hoe kunnen deze modellen ter inspiratie worden genomen en in mindere of meerdere mate bijdragen aan het lichaamsbewustzijn?* Dit heeft bijgedragen aan het kunnen beantwoorden van de onderzoeksvraag *hoe kunnen verschillende spiegelmodellen worden ingezet om het lichaamsbewustzijn van traumapatiënten te bevorderen?*

Een sterk punt is in zekere zin, dat naarmate het onderzoek vorderde er LMA interventies zijn ingezet op de interventie spiegelen. Hierbij is het lichaam van de therapeut als instrument ingezet om LMA interventies in te zetten. Zoals in de probleemstelling staat beschreven, is dit niet nieuw. Zoals ook in de literatuur staat beschreven kan middels spiegelen een geschikte manier worden gevonden om de patiënt te benaderen met betrekking tot zijn probleem. De onderzoeker heeft echter onderzocht wat de patiënt nodig heeft om meer contact met het lichaam te kunnen maken en dit is vervolgens getoetst. De onderzoeker heeft hierdoor ontdekt dat juist de interventies en houding van de therapeut tijdens het spiegelen belangrijk zijn ter bevordering van het lichaamsbewustzijn. Daardoor is er nog meer gekeken naar het hoe van de spiegelmodellen om het lichaamsbewustzijn te bevorderen.

De focus kon niet tijdens de gehele sessie op het bevorderen van het lichaamsbewustzijn liggen. Tijdens het onderzoek heeft de onderzoeker gemerkt dat het lastig was om niet als mens en therapeut betrokken te zijn bij de situatie en gevoelens van patiënten op dat moment. De onderzoeker hield tegelijkertijd rekening met de behoefte en situatie van de patiënt op dat moment en kon zich in die zin minder op het onderzoek richten. Dit had enerzijds een positief effect op de patiënt en het contact maken met het lichaam waardoor hij zich beter kon laten zien en meer open stond om te exploreren. Anderzijds verschoof de focus hier zo nu en dan door. Het aansluiten bij de behoeftes van de patiënt is echter in de behandeling van belang.

Een ander zwak punt is het volgende. Om een veilige opbouw te kunnen laten ontstaan en de patiënt niet in het diepe te gooien, is er gebruik gemaakt van een opwarmingsoefening, namelijk de bodyscan. Je kunt je afvragen in hoeverre het gericht observeren van spanningen en lichaamsgewaarwordingen tijdens deze bodyscan een positief effect heeft gehad op het invullen van de vragenlijsten na elke sessie. De vragenlijsten hadden betrekking op de ervaringen tijdens het spiegelen en niet op de bodyscan. Onduidelijk is in hoeverre patiënten dit (onbewust) hebben meegenomen tijdens het invullen van de vragenlijst. Een patiënt gaf aan dat zij dankzij de bodyscan haar lichaam 'van binnen uit' heeft kunnen waarnemen in plaats van 'buitenaf', zoals daar voor het geval was. Zij gaf aan dat de bodyscan zeer heeft bijgedragen aan het kunnen waarnemen van haar lichaam.

Doordat de onderzoeker tegelijkertijd observator was tijdens de sessies, is er bovendien sprake van zogenaamde blinde vlekken voor het eigen handelen van de therapeut. Het handelen van de therapeut is niet door een externe observator onderzocht. De onderzoeker onderzocht het eigen therapeutische handelen zelfstandig. Daardoor kan worden gesteld dat de onderzoeker niet objectief genoeg kon zijn.

Er valt te concluderen dat er te weinig tijd was voor het onderzoek. De onderzoeksgroep is met drie participanten aan de geringe kant om definitieve conclusies te kunnen trekken. Tijdens de sessie was over het algemeen te weinig tijd om zowel het spiegelen zorgvuldig te onderzoeken als de vragenlijsten zorgvuldig in te vullen. Met name voor allochtone patiënten kost het invullen van de vragenlijsten tijd. Bovendien is in het algemeen onduidelijk in hoeverre participanten sociaal wenselijke antwoorden hebben gegeven. Verder is er voor de analyse van de open vragen geen gebruik gemaakt van codering



en dit is een belangrijk aspect voor de betrouwbaarheid van kwalitatief onderzoek. Vanwege de beperkte tijd is er voor gekozen om de interviews niet te coderen, maar om wordle.net te gebruiken. Dit komt enigszins overeen met het coderen bij kwalitatief onderzoek.

De eindmeting heeft vanwege gebrek aan tijd meteen na de laatste sessie plaatsgevonden. Hierdoor zou het kunnen zijn dat de scores van de patiënt in de eindmeting zijn gekleurd door de laatste sessie. Dit is een zwak punt.

Het observeren van het videomateriaal is met slechts twee observatoren gedaan, waarvan een externe. Dit is een zwak punt, omdat meerdere observatoren de objectiviteit vergroot en daardoor zijn de conclusies betrouwbaarder.

Een sterk punt is dat er veel actoren aan het onderzoek verbonden zijn geweest. Hierdoor is kennis en ervaring gedeeld en is de kwaliteit vergroot. Dit komt de betrouwbaarheid van het onderzoek ten goede. Samen kun je meer zien en zijn er meerdere opties. Door ervaringskennis van de onderzoeker en reflectie is het onderzoek steeds bijgesteld en is de focus op het hoe van het inzetten van de spiegelmodellen door de therapeut gebleven.

Een ander sterk punt is dat er gebruik is gemaakt van drie verschillende vragenlijsten, waarvan twee gestandaardiseerde en een zelfontwikkelde. Dit komt de verzadiging en daarmee de kwaliteit ten goede. De validiteit van een van de twee vragenlijsten is bevestigd.

Elk spiegelmodel is drie keer met een participant onderzocht en daarmee is het methodisch handelen van de afstuderende student in elk spiegelmodel goed onder de loep genomen. Omdat het een heterogene patiëntengroep was, kon de onderzoeker zich breed ontwikkelen in elk spiegelmodel. Dit is tot slot een sterk punt aan het onderzoek, omdat het methodisch handelen van de afstuderende student en het medium dans en beweging in dit onderzoek voorop staat.

4.2 Aanbevelingen voor de praktijk en vervolgonderzoek

In deze paragraaf wordt ingegaan op aanbevelingen voor vervolgonderzoek en de beroepspraktijk die voortkomen uit de sterkte/ zwakte analyse. De onderzoeker benadrukt dat op dit onderzoek kan worden ingehaakt door (meerdere) studenten. Een vervolgstap zou zijn om grootschaliger onderzoek te doen om te kunnen onderzoeken of de bevindingen van dit onderzoek ook bij een grotere onderzoekspopulatie geldt.

Om een eventueel grootschaliger vervolgonderzoek te kunnen starten is het belangrijk dat er allereerst twee vragen onderzocht worden: hoe kan via LMA het lichaamsbewustzijn worden geobserveerd? En welke LMA interventies en items zijn belangrijk om het lichaamsbewustzijn te bevorderen? Een eerste aanbeveling die hierbij wordt gemaakt voor vervolgonderzoek is dat er een gestandaardiseerd observatie-instrument wordt gebruikt. Hierdoor ontstaat informatie over de kwaliteit, validiteit en betrouwbaarheid van het instrument. Om definitieve conclusies te kunnen trekken over hoe het lichaamsbewustzijn is te observeren via LMA is meer onderzoek en overeenstemming over de LMA items nodig door meerdere dans- en bewegingstherapeuten. Pas als deze vraag is beantwoord, kunnen er conclusies worden getrokken over welke LMA items van toepassing zijn om het lichaamsbewustzijn te kunnen observeren (en bevorderen). Er blijkt een nieuwsgierigheid bij meerdere dans- en bewegingstherapeuten naar hoe het lichaamsbewustzijn geobserveerd kan worden. Voor een eventueel vervolgonderzoek is dit van belang, maar ook voor de praktijk. Op die manier kan er binnen traumabehandeling, maar ook binnen andere doelgroepen het lichaamsbewustzijn worden bevorderd. In de klinische praktijk is het van belang om het lichaamsbewustzijn van patiënten te bevorderen. Bovendien zouden bij de LMA observaties in de evaluatie meerdere observatoren betrokken moeten worden om definitieve conclusies te kunnen trekken. Er zou daarnaast met meerdere dans- en bewegingstherapeuten onderzocht moeten worden hoe de spiegelmodellen van Eberhard bruikbaar zijn met betrekking tot het bevorderen van het lichaamsbewustzijn. Daarmee zijn er meerdere neuzen dezelfde kant op gericht en is er meer overeenstemming over de bruikbaarheid van de spiegelmodellen voor dit onderzoek. Door een gebrek aan tijd is er slechts in een kort tijdsbestek gekeken naar de bruikbaarheid van de spiegelmodellen en met slechts een actor.

De onderzoekspopulatie was in verband met het korte tijdsbestek erg klein. In een vervolgonderzoek is het aan te bevelen om meer participanten te includeren. Zo kunnen meer resultaten vergeleken worden en kunnen definitieve conclusies worden getrokken. Voor studenten is aan te bevelen om in een grootschaliger (kwantitatief en kwalitatief) vervolgonderzoek te doen om te kunnen toetsen hoe



verschillende spiegelmodellen kunnen worden ingezet om het lichaamsbewustzijn te bevorderen en welke in mindere of meerdere mate bijdragen aan het bevorderen van het lichaamsbewustzijn.

Er zou voor een langere onderzoeksperiode gekozen moeten worden, zodat meerdere spiegelmodellen onderzocht kunnen worden. Voor de sessies is aan te bevelen dat er langer dan een uur de tijd wordt genomen. Het invullen van de vragenlijsten en de lichaamstekeningen vraagt tijd en deze was er niet altijd.

Om de werkwijze van de therapeut nog uitgebreider te kunnen onderzoeken, zou een onafhankelijke observator betrokken moeten worden. Daardoor kunnen valkuilen en blinde vlekken ten opzichte van het handelen van de therapeut zichtbaar worden.

Tot slot zou gekeken moeten worden of de bodyscan van positieve invloed is op het kunnen waarnemen van het eigen lichaam tijdens het spiegelen. Een aanbeveling zou zijn om een opwarmingsoefening te gebruiken die de resultaten van het spiegelen niet 'kleurt'.

Voor de praktijk blijft benadrukt dat het bevorderen van het lichaamsbewustzijn bij patiënten van groot belang is. Niet alleen binnen de traumabehandeling, maar binnen alle lichaamsgerichte behandelingen. De ontwikkelde spiegelmodellen kunnen door de beroepspraktijk ook voor andere therapeutische doeleinden worden ingezet. Dit komt door de verschillende eigenschappen en bewegingsthema's van de spiegelmodellen, zie subparagraaf 2.6.4 Ontwikkelde spiegelmodellen ter bevordering van het lichaamsbewustzijn.

4.3 Nieuwe werkmodel

In dit onderzoek snijdt het mes aan twee kanten. De onderzoeker heeft geleerd hoe zij op systematische manier haar eigen werkmodel kan aanvullen en vernieuwen. Tegelijkertijd heeft het een werkmodel en product opgeleverd dat niet alleen voor de onderzoeker, maar ook voor de beroepspraktijk interessant en innovatief is. Het accent lag voor de afstuderende dans- en bewegingstherapeut echter iets meer op het leren dan op het product. De resultaten van dit onderzoek zullen desondanks geïntegreerd worden in een nieuw werkmodel. Door dit onderzoek kan nu worden onderbouwd waarom spiegelen binnen de traumabehandeling geïndiceerd is. De afstuderende student en de afgestudeerde dans- en bewegingstherapeut kan het spiegelen met meer kennis en vertrouwen inzetten en bovendien bewuster. Daarnaast kan diagnostische informatie worden verkregen over de patiënt door in de beweging af te stemmen op de patiënt. Dit is echter niet nieuw en beschreven in de literatuur, zie hoofdstuk 1 Probleemstelling. Dit onderzoek bevestigt dit. Wat nieuw is, is dat tijdens het spiegelen specifieke LMA interventies in combinatie met verbale interventies zouden kunnen worden ingezet om het lichaamsbewustzijn te bevorderen. De diagnostische fase is hiervoor van belang, omdat in deze fase onderzocht kan worden welke LMA interventies de patiënt nodig heeft.

Het is de theorie (met een zeer kleine *t*) van de onderzoeker dat spiegelen in combinatie met interventies en een oordeelvrije houding van de therapeut het lichaamsbewustzijn kan bevorderen. Er kan namelijk vanuit een opmerkelijke en oordeelvrije manier adequaat contact met het lichaam en de emoties worden gemaakt. Mindfulness is momenteel een hype in de GGZ, zoals vermeld in paragraaf 2.6.4. Sla een willekeurig psychologietijdschrift open en Mindfulness komt wel ergens aan bod. Psychologen en cognitief therapeuten geven veelvuldig cursussen in Mindfulness. Voor dans- en bewegingstherapeuten is werken vanuit een effectieve methode belangrijk, net als andere behandelaren. Daarom is het belangrijk om een Evidence Based werkmodel te ontwikkelen. De theorie over de 'mindfulle' werking van spiegelen in relatie tot het bevorderen van het lichaamsbewustzijn is nog een theorie met een zeer kleine *t*, maar hopelijk kunnen de effecten in de toekomst middels wetenschappelijk onderzoek worden aangetoond. Voor dans- en bewegingstherapeuten is het in deze huidige tijd belangrijk om Evidence Based te werken, om ons vakgebied goed te kunnen positioneren.

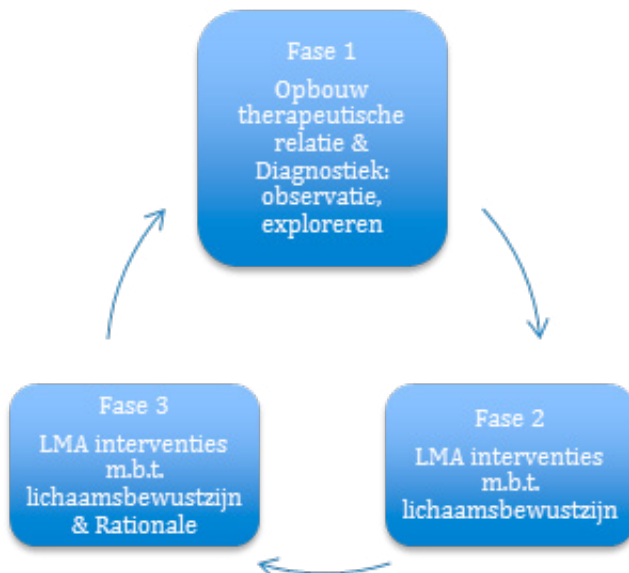
Binnen Practise Based Evidence wordt de ervaringskennis van zowel de professional als de patiënt bottom-up in een proces van co-creatie systematisch onderzocht (Smeijsters, 2008). Daarmee heeft de afstuderende student vanuit reflectie ervaringskennis en Practice Based Evidence opgebouwd. Hieruit is haar nieuwe werkmodel ontwikkeld.

Het nieuwe werkmodel en daarmee het nieuwe methodisch handelen van de afstuderende student kan het beste worden omschreven als een cyclisch proces. Volgens Van Keulen (2007) wordt in de dans- en



bewegingstherapie met een cyclisch proces bedoeld dat gedurende de behandeling steeds weer wordt gekeken naar wat op dat moment actueel is/ zichtbaar wordt in de (uitdrukkings)beweging en daarop wordt aangesloten. Dit komt het meest tot uitdrukking in het afstemmen op het bewegingsproces van de patiënt. Dit afstemmen gebeurt op basis van observatie van en in interactie met de patiënt. Het afstemmen krijgt vorm in de keuzes die de therapeut neemt in het handelen. Aan deze keuzes liggen gedachten/ overwegingen ten grondslag; een rationale (Van Keulen, 2007). Het is voor de afstuderende student nu voor de hand liggend om in eerste instantie het spiegelen in te zetten om af te stemmen en te observeren, omdat in deze therapeutische techniek veel ervaringskennis is opgedaan middels dit onderzoek. Keuzes die in het vervolg worden gemaakt zullen gebaseerd zijn op wat er zichtbaar wordt en waarneembaar is tijdens het spiegelen. De afstuderende student zal door dit onderzoek eveneens meer op haar intuïtie kunnen vertrouwen tijdens het spiegelen. Deze is ontstaan door eigen ervaringskennis in het medium en verder ontwikkeld door het uitvoeren van dit onderzoek.

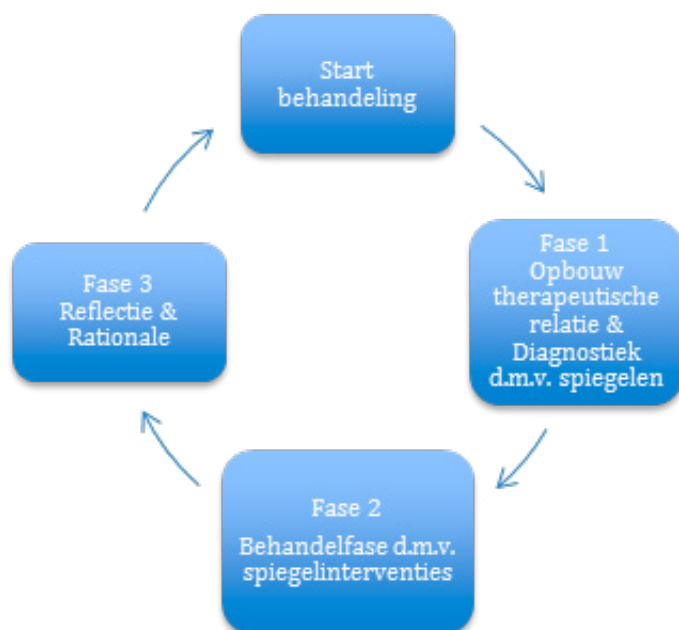
Figuur 17. Cyclisch proces van handelen m.b.t. het lichaamsbewustzijn bevorderen



In Figuur 17 is globaal een nieuw werkmodel weergegeven met als doelstelling het lichaamsbewustzijn te bevorderen. Dit kan binnen de traumabehandeling zijn, maar ook binnen andere behandelingen waar het bevorderen van lichaamsbewustzijn geïndiceerd is. Waar het spiegelen voorheen onbewust en bewust werd ingezet door de afstuderende student zal het voortaan bewust worden ingezet om in een eerste fase een therapeutische relatie op te bouwen en voor de diagnostiek en vervolgens om doelgerichte (spiegel) interventies in te kunnen zetten. Het belang van deze eerste fase is voor de student door dit onderzoek duidelijk naar voren gekomen. Deze is nodig voor fase 2; de behandelfase. In de derde fase kan samen met de patiënt een rationale worden gegeven aan het proces en indien nodig kan het handelen worden bijgesteld en kan het proces weer 'opnieuw' beginnen door verder te exploreren en te observeren wat de patiënt nodig heeft. Dit cyclisch proces is door het onderzoek duidelijk naar voren gekomen en de opbouw in fases zal de afstuderende student voortaan bewuster inzetten binnen de behandeling.



Figuur 18. Cyclisch proces van handelen m.b.t. spiegelen



In Figuur 18 is een cyclisch proces globaal weergegeven van een behandeling waarin de afstuderende student het spiegelen in fases inzet. Er kunnen interventies worden ingezet om het lichaamsbewustzijn te bevorderen, maar ook voor andere therapeutische doeleinden.

4.4 Beantwoording van de vraagstelling

Terugkomend op de onderzoeksvraag *hoe kunnen verschillende danstherapeutische spiegelmodellen worden ingezet om het lichaamsbewustzijn van traumapatiënten te bevorderen?* kan worden geconcludeerd dat deze vraag deels is beantwoord. Er is meer zicht verkregen op hoe verschillende spiegelmodellen kunnen worden ingezet om het lichaamsbewustzijn te bevorderen. Daarnaast is zicht verkregen op welke interventies, therapeutische houding en behandel fases daarbij nodig zijn, zie paragraaf 2.6.4. Spiegelen kan als hulpmiddel worden ingezet om diagnostische informatie over het lichaam (sbewustzijn) van de patiënt te verkrijgen. De therapeut verkrijgt deze informatie door tijdens het spiegelen de beweging van de patiënt waar te nemen in het eigen lichaam. Deze informatie kan vervolgens verbaal aan de patiënt worden gespiegeld en worden teruggegeven, zodat de patiënt zich bewuster wordt van zijn houding en bewegingen. Tevens kan het als hulpmiddel dienen om LMA interventies in te zetten ter bevordering van het lichaamsbewustzijn. Er is echter meer onderzoek nodig naar welke specifieke LMA interventies nodig zijn om het lichaamsbewustzijn te bevorderen. Hiervoor is het bovendien nodig dat er meer onderzoek wordt gedaan naar hoe het lichaamsbewustzijn kan worden geobserveerd via LMA. Uit de resultaten van dit onderzoek kan worden verondersteld hoe het lichaamsbewustzijn geobserveerd kan worden. Dit onderzoek dient als het ware als een vooronderzoek om op een gestandaardiseerde manier te kunnen onderzoeken hoe het lichaamsbewustzijn via LMA geobserveerd kan worden.

Om de subvraag *welke spiegelmodellen dragen in mindere of meerdere mate bij aan het bevorderen van het lichaamsbewustzijn van traumapatiënten?* te kunnen beantwoorden is grootschaliger onderzoek nodig om definitieve conclusies te kunnen trekken. Er zijn verschillende spiegelmodellen te onderscheiden. Het verschilt per patiënt welk spiegelmodel in mindere of meerdere mate geschikt is om het lichaamsbewustzijn te bevorderen. Dit blijkt uit dit onderzoek en uit de ervaringskennis van de patiënt en de onderzoeker. Het is belangrijk dat de lichamelijke spanningen van de patiënt werkbaar zijn, zodat er adequaat contact met het lichaam kan worden gemaakt. Daarom is het belangrijk om in de



behandeling te werken met een spiegelmodel dat aansluit bij de patiënt.

Door het in kaart brengen van de spiegelmodellen van Eberhard is de subvraag *welke spiegelmodellen zijn er voor de dans- en bewegingstherapeut te onderscheiden?* beantwoord. Het systeem van spiegelmodellen zoals deze in recente literatuur zijn beschreven, zijn in bijlage 8 toegevoegd.

Terugkomend op de hypothese dat spiegelen een hulpmiddel zou kunnen zijn om het lichaamsbewustzijn van patiënten op een empathische en zorgvuldige manier te bevorderen, kan het volgende worden geconcludeerd. Spiegelen kan als hulpmiddel worden ingezet om meer in contact te komen met het lichaam. Daarom is het een adequate methode om in de traumabehandeling in te zetten. Voor traumapatiënten is het inzetten van spiegelmodellen relevant, omdat er een behoefte is aan het leren herkennen van lichaamssignalen, bewust te zijn van hun lichaam en behoeftes en ontspanning, zo blijkt uit dit kleinschalige praktijkonderzoek.

Samenvatting

Bij traumapatiënten is vaak sprake van een laag lichaamsbewustzijn. Lichaamsbewustzijn draagt bij aan het reguleren van lichamelijke spanningen en het omgaan met emoties. Daarom is het wenselijk en logisch om in de behandeling van trauma het lichaamsbewustzijn te bevorderen. Door middel van verschillende spiegelmodellen is onderzocht hoe het lichaamsbewustzijn bij traumapatiënten kan worden bevorderd. Enerzijds was er vanuit de praktijk een behoefte aan het in kaart brengen van de verschillende spiegelmodellen en aan een hulpmiddel om patiënten meer met het lichaam in contact te laten komen. Anderzijds was er een nieuwsgierigheid naar het hoe van spiegelen bij trauma door de afstuderende student.

Er was gekozen voor een actiegericht onderzoek. Het verbreden van het methodisch handelen van de dans- en bewegingstherapeut in opleiding stond centraal. De vraagstelling luidde: *hoe kunnen verschillende danstherapeutische spiegelmodellen in de traumabehandeling worden ingezet om het lichaamsbewustzijn te bevorderen?* De subvragen luiden: *welke verschillende spiegelmodellen zijn er voor de dans- en bewegingstherapeut te onderscheiden?* En *welke spiegelenmodellen kunnen in mindere of meerdere mate bijdragen aan het bevorderen van het lichaamsbewustzijn?* Dit onderzoek had tot gevolg dat er verschillende spiegelmodellen in kaart zijn gebracht.

Door middel van kwantitatieve en kwalitatieve maten is de vraagstelling beantwoord. Bij drie traumapatiënten zijn verschillende spiegelmodellen onderzocht en ontwikkeld tot spiegelmodellen met bijbehorende therapeutische houding en interventies die het in contact komen met het lichaam kunnen faciliteren. Er bleken raakvlakken met de Mindfulness methode te zijn.

De resultaten van het onderzoek geven meer zicht op hoe spiegelen kan worden ingezet om het lichaamsbewustzijn te bevorderen. Uit de resultaten van de meetinstrumenten SBC, SAQ en de VAS bleek dat spiegelen gedurende een periode van twee maanden het gemiddelde lichaamsbewustzijn van drie patiënten bevorderd. Om definitieve conclusies te trekken is grootschaliger onderzoek nodig. Bovendien valt theoretisch te stellen dat lichaamsgericht werken op zichzelf al een positief effect kan hebben op de bevordering van lichaamsbewustzijn.

De subvraag *welke spiegelmodellen zijn er voor de dans- en bewegingstherapeut te onderscheiden?* is beantwoord, omdat er in recente literatuur spiegelmodellen zijn gevonden en deze zijn in de ontwikkelfase van dit onderzoek in kaart gebracht. Voor dans- en bewegingstherapeuten en andere lichaamsgerichte therapeuten wordt hierdoor duidelijker welke spiegelmodellen te onderscheiden zijn.

De subvraag *welke spiegelmodellen kunnen in mindere of meerdere mate bijdragen aan het vergroten van het lichaamsbewustzijn?* kan in zekere mate beantwoord worden. Uit de resultaten van de VAS blijkt dat het per patiënt verschilt welk spiegelmodel bijdraagt aan het contact maken met het eigen lichaam. Grootschaliger onderzoek zal moeten aantonen welke spiegelmodellen gemiddeld in mindere of meerdere mate het lichaamsbewustzijn bevorderen.

Dit onderzoek kan als het ware worden gezien als een kleinschalig vooronderzoek waar op kan worden ingehaakt door andere studenten en waarmee verder grootschaliger vervolgonderzoek kan worden gestart.



Bronvermelding

- American Psychiatric Association (1995). *Beknopte handleiding bij de diagnostische criteria van de DSM- IV*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Baer, R. A. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention. A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology, Science and Practice*, 10, 125-143.
- Baljon, M., Kramers, M. en Verveld, S. (1998). Waar woorden tekort schieten. Psychomotorische en creatieve groepstherapie voor seksueel getraumatiseerde vrouwen. *Maandblad geestelijke volksgezondheid* 53, 1212-1221.
- Bernstein, B., (1995). Dancing Beyond Trauma: Women Survivors of Sexual Abuse. In; Levy, F., J (Ed) *Dance and Other Expressive Art Therapies*. Routledge London.
- Berrol, C. (2006). Neuroscience meets dance/ movement therapy: Mirror neurons, the therapeutic process and empathy. *The Arts in Psychotherapy*, 33 (2006), 302- 315.
- Brandsma, R. (2007). *Beter nu. Breng mindfulness in je leven*. Scriptum.
- Damasio, A., R. (2003). *'The Feeling of What Happens'*. Uitgeverij Wereldbibliotheek bv, Amsterdam.
- Dixhoorn, J.J. van (2001). *Ontspanningsinstructie, principes en oefeningen*. Amsterdam: Elsevier gezondheidszorg.
- Eberhard-Kaechele, M. (2008). Heimkehr zu sich selbst: Affektregulation und Selbstvertrauen nach Traumatisierung. In C. Moore & U. Stammermann (Hrsg.), *Bewegung aus dem Trauma: Traumazentrierte Tanz- und Bewegungspsychotherapie* (S. 165-192). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Eberhard-Kaechele, M. (2012). Memory, metaphor, and mirroring in movement therapy with trauma patients. In Koch, S.C., Fuchs, T., Summa, M. & Müller, C. (Hrsg.), *Body Memory, Metaphor and Movement*. Amsterdam: John Benjamins, 267-287.
- Gijsbers van Wijk, C.M.T. & Kolk, A.M. (1996). *Psychometric evaluation of symptom perception related measures. Personality en individual differences*.
- Herman, J.L. (1992). *Trauma and Recovery*. New York: Basic Books.
- Keulen, I. van (2010). *Module C2.4: waarnemen en observeren. Afstudeerrichting dans-beweging*. Hogeschool Zuyd, Faculteit Gezondheid & Zorg, Heerlen.
- Keulen, I. van (2007). Dans in beweging. Een conceptueel model voor dans-bewegingstherapie (Niet gepubliceerd).
- Kil, J. en Prins, E. (2010, januari). *Vaktherapeutische interventies in de Justitiële Jeugd Inrichting en Gesloten Jeugdzorg: Handleiding dans en bewegingstherapie*. Niet gepubliceerde handleiding, N.b.
- Koch, S. C., B. Weidinger-von der Recke / Traumatized refugees: An integrated dance and verbal therapy approach. *The Arts in Psychotherapy*, 36 (2009), 289–296.
- Loenen, S. (2009). *Gezien worden. De danstherapeutische techniek spiegelen in de Justitiële Jeugd Inrichting en Gesloten Jeugdzorg*. (Scriptie) Hogeschool Zuyd, Faculteit Gezondheid & Zorg, Heerlen.
- McGarry, L. M. & Russo, F. A. (2011). Mirroring in Dance/Movement Therapy: Potential mechanisms behind empathy enhancement. *The Arts in Psychotherapy*, 38 (2011), 178–184.
- Mehling et al.: Body Awareness: a phenomenological inquiry into the common ground of mind-body therapies. *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine*, 2011 6:6.
- Meijer, K. (2006). *Handboek Psychosomatiek. Theorie-diagnostiek-methode voor hulpverlening bij psychosomatische klachten*. Baarn: Hbuitgevers.
- Migchelbrink, F. (2007). *Actieonderzoek in zorg en welzijn*. Amsterdam: SWP.
- Ogden, P., Minton, K. & Pain, C. (2006). *Trauma and the body: a sensorimotor approach to psychotherapy*. New York ; London: W. W. Norton.
- Perquin, L. & A. Pesso (2000). Pesso-psychotherapie bij de behandeling van de gevolgen van seksueel misbruik. *Tijdschrift voor Pesso Psychotherapie*, 16 (3), 69-109.
- Price, C. (2005). Body-oriented therapy in recovery from child sexual abuse: an efficacy study. *Altern ther health med*; 11 (5), 46-57.



- Price, C.J. & Thompson, E.A. (2007). Measuring dimensions of body connection: body awareness and bodily dissociation. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*. November, Vol. 13, No. 9: 945-953.
- Rogers, C. (1961). *On becoming a person. A therapist's view of psychotherapy*. Boston: Houghton Mifflin Company.
- Scheffers, W.J. & Schreuder, B.J.N. (2005). Seksespecifieke hulpverlening bij seksueel geweld: de focale mannengroep. In: J. de Lange (Red.). *Een vak apart, artikelen over psychomotorische therapie*. Utrecht: 't Web-Netwerk rondom Bewegen.
- Smeijsters, H. (2008). *Handboek creatieve therapie*. Bussum: Coutinho.
- Tophoff, M.M. (2005). Opmerkzaamheidstraining in het perspectief van de cliëntgerichte psychotherapie. *Tijdschrift Cliëntgerichte Psychotherapie*, 43-1, 30-39.
- Vermetten, E., Kleber, R.J. & Van der Hart, O. (2012). *Handboek Posttraumatische stressstoornissen*. Utrecht: de Tijdstroom.
- Zwart, M. (2001). Impulscontrole in psychomotorische therapie met getraumatiseerde vluchtelingen. *Maandblad geestelijke volksgezondheid* 56, 218-230.



Bijlagen

Bijlage 1 PICO vragen

Onderstaande PICO-vragen heb ik opgesteld om onderzoeksliteratuur te zoeken over mijn thema. Hiervoor heb ik gezocht met de termen trauma/ptss, mirroring en mirror neurons en body awareness. In eerste instantie wilde ik weten wat er allemaal al over spiegelen binnen de doelgroep trauma was geschreven. Maar dit leverde weinig resultaten op. Ik vond wel veel interessante artikelen over spiegelneuronen en dans- en bewegingstherapie, zoals 'Mirroring in Dance/Movement Therapy: Potential mechanisms behind empathy enhancement' uit het tijdschrift The Arts in Psychotherapy. Deze heb ik in de databank Science Direct gevonden.

Ik ben daarna breder gaan zoeken met de termen trauma/ptss en dance/movement therapy en mind body therapy en body awareness. Dit leverde bruikbare artikelen op uit het tijdschrift The Arts in Psychotherapy, zoals 'Traumatised refugees: An integrated dance and verbal therapy approach'. In de databank Pubmed heb ik een interessant onderzoeksartikel gevonden over body awareness en mind body therapy, genaamd 'Body Awareness: a phenomenological inquiry into the common ground of mind-body therapies'.

P: Patiënt met PTSS
I: Verschillende spiegeltechnieken
C:
O: Vergroten van het lichaamsbewustzijn

P: Patiënt met PTSS
I: Dans- en bewegingstherapie
C:
O: Herstel



Bijlage 2 Zoekgeschiedenis

De (onderzoeks)artikelen die ik heb gevonden over mijn onderwerp, heb ik gevonden in de databanken Science Direct en PubMed, via de Hogeschool Zuyd bibliotheeksite.

Van auteur Eberhard heb ik een hoofdstuk uit een boek toegestuurd gekregen per mail. Dit boek was recent uitgebracht en moeilijk te verkrijgen. Daarom heb ik de auteur gemaild en om het hoofdstuk gevraagd.

Via docenten van mijn opleiding ben ik aan nuttige en zeer recente literatuur gekomen over verschillende spiegelmodellen. Deze staan ook beschreven in het hoofdstuk dat Eberhard mij heeft toegestuurd.

Via de bibliotheek van de Hogeschool Zuyd heb ik naar boeken gezocht met termen als mirroring, spiegelen, trauma, posttraumatische stressstoornissen, lichaamsbewustzijn en psychosomatiek. Dit leverde bruikbare en recente boeken op zoals Handboek Posttraumatische stressstoornissen (2012) en Handboek Psychosomatiek. Boeken zoals Het spiegelende brein en Changing Minds in Therapy, Emotion, Attachment, Trauma & Neurobiology waren erg interessant, maar heb ik uiteindelijk niet gebruikt.

Via bronvermeldingen in scripties die ik vond op de HBO-kennisbank of toegestuurd heb gekregen van de auteur heb ik ook literatuur en artikelen gevonden die ik relevant vond. De scripties die ik relevant vond waren Gezien worden (2009) van auteur Silke Loenen en Dansend door het leven, met of zonder klachten (2011) van Margot Kerstens. Ook heb ik veel gehad aan bronvermeldingen in de master thesis van Simone Kleinlooh. Deze thesis heeft zij mij toegestuurd.

Samen met Minke van de Kamp ben ik een artikel aan het schrijven voor het vakblad voor Vaktherapie. Sommige artikelen en literatuur die we hebben gebruikt voor het artikel waren ook relevant voor mijn literatuurstudie, zoals van o.a Baljon, Ogden, Perquin, Price, Scheffers en Zwart.

In het tijdschrift voor Vaktherapie heb ik een artikel gevonden waarin relevante literatuur te vinden was, namelijk van Van Dixhoorn (2001). Het artikel had betrekking op psychomotorische diagnostiek en lichaamsbewustzijn.

In een scriptie over lichaamsbewustzijn, die ik heb gevonden via Google op internet ben ik aan onderzoeksliteratuur gekomen over lichaamsbewustzijn en informatie over de betrouwbaarheid van de meetinstrumenten SAQ en SBC. En via Minke van de Kamp heb ik onderzoeksliteratuur over de meetinstrumenten verkregen.



Bijlage 3 Vragenlijst van de voormeting

Vragenlijst van de voormeting

Deze vragenlijst bestaat uit twee delen. Het eerste deel bestaat uit algemene vragen die gericht zijn op uw lichaamsbewustzijn en hoe u reageert op dat bewustzijn. Het tweede deel bestaat uit open en gesloten vragen over danstherapie en spiegelen.

Aan het einde van uw behandeling zal er weer een vragenlijst worden afgenomen, zodat deze vergeleken kan worden met uw antwoorden van de voormeting. Hierdoor kan gekeken worden of er een verandering is opgetreden in uw lichaamsbewustzijn.

U kunt uw antwoorden altijd nog inzien en bespreken en uw gegevens zullen anoniem blijven en niet gepubliceerd worden.

Mocht u vragen hebben over deze vragenlijst, dan kunt u deze gerust aan mij stellen.

Gelieve invullen en inleveren vóór aanvang van de behandeling.

Met vriendelijke groet,
Sabine Seijerlin

Uw naam:

Datum:

Deel 1

Instructie: Deze vragenlijst bevat vragen over hoe bewust u zich bent van uw lichaam en hoe u reageert op dat bewustzijn. Omcirkel het cijfer dat het best weergeeft hoe u zich over het algemeen voelt.

Er zijn geen juiste antwoorden, antwoord zo eerlijk mogelijk.

Twee vragen hebben betrekking op seksuele activiteit; daaronder vallen alle vormen van seksuele activiteit, dus ook zelfbevrediging.

Als u op geen enkele wijze seksueel actief bent, hoeft u deze vragen niet te beantwoorden.

Uw antwoord moet betrekking hebben op de afgelopen twee maanden.

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

helemaal niet	niet	soms	regelmatig	altijd
1	2	3	4	5

2. Ik kan mijn emoties moeilijk herkennen

helemaal niet	niet	soms	regelmatig	altijd
1	2	3	4	5

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

helemaal niet	niet	soms	regelmatig	altijd
1	2	3	4	5



4. Ik ben bewust van mijn emotionele reactie wanneer iemand mij op een zorgzame manier aanraakt

helemaal niet	niet	soms	regelmatig	altijd
1	2	3	4	5

5. Mijn lichaam voelt tijdens ongemakkelijke situaties verstijfd aan, alsof het verdoofd is

helemaal niet	niet	soms	regelmatig	altijd
1	2	3	4	5

6. Ik merk hoe mijn lichaam verandert als ik boos ben

helemaal niet	niet	soms	regelmatig	altijd
1	2	3	4	5

7. Ik heb het idee alsof ik van buitenaf naar mijn lichaam kijk

helemaal niet	niet	soms	regelmatig	altijd
1	2	3	4	5

8. Tijdens seksuele activiteit ben ik me bewust van wat ik daarbij voel

helemaal niet	niet	soms	regelmatig	altijd
1	2	3	4	5

9. Ik kan mijn adem door mijn lichaam voelen stromen als ik diep uitadem

helemaal niet	niet	soms	regelmatig	altijd
1	2	3	4	5

10. Ik voel me niet verbonden met mijn lichaam

helemaal niet	niet	soms	regelmatig	altijd
1	2	3	4	5

11. Het is moeilijk voor mij om bepaalde emoties te uiten

helemaal niet	niet	soms	regelmatig	altijd
1	2	3	4	5

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

helemaal niet	niet	soms	regelmatig	altijd
1	2	3	4	5

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

helemaal niet	niet	soms	regelmatig	altijd
1	2	3	4	5



In de Spiegel van de Dans

Een actiegericht onderzoek met traumapatiënten in de zorg

14. Ik luister naar informatie van mijn lichaam over mijn emotionele toestand

helemaal niet	niet	soms	regelmatig	altijd
1	2	3	4	5

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

helemaal niet	niet	soms	regelmatig	altijd
1	2	3	4	5

16. Ik leid mezelf af van gevoelens van lichamelijk ongemak

helemaal niet	niet	soms	regelmatig	altijd
1	2	3	4	5

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

helemaal niet	niet	soms	regelmatig	altijd
1	2	3	4	5

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

helemaal niet	niet	soms	regelmatig	altijd
1	2	3	4	5

19. Ik voel me niet verbonden met mijn lichaam tijdens seksuele activiteit

helemaal niet	niet	soms	regelmatig	altijd
1	2	3	4	5

20. Het is moeilijk voor mij om aandacht te besteden aan mijn emoties

helemaal niet	niet	soms	regelmatig	altijd
1	2	3	4	5

De volgende vragenlijst bevat een aantal uitspraken die meer of minder op U van toepassing kunnen zijn.

Geef telkens aan in hoeverre de uitspraak voor U opgaat.

1. Ik merk dat mijn lichaam verschillend reageert op diverse soorten voedsel.

☐	☐	☐	☐	☐
Helemaal niet	Nauwelijks	Enigszins	Nogal	Zeer

2. Als ik mij stoot weet ik of het een blauwe plek wordt of niet.

☐	☐	☐	☐	☐
Helemaal niet	Nauwelijks	Enigszins	Nogal	Zeer

3. Ik voel het altijd wanneer ik me zó ingespannen heb, dat ik er de volgende dag last van heb.

☐	☐	☐	☐	☐
Helemaal niet	Nauwelijks	Enigszins	Nogal	Zeer



In de Spiegel van de Dans

Een actiegericht onderzoek met traumapatiënten in de zorg

4. Ik ben me altijd bewust van veranderingen in mijn energie niveau, wanneer ik bepaald voedsel heb gegeten.
- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Helemaal niet | Nauwelijks | Enigszins | Nogal | Zeër |
5. Ik voel van te voren aankomen wanneer ik griep krijg.
- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Helemaal niet | Nauwelijks | Enigszins | Nogal | Zeër |
6. Ik weet wanneer ik koorts heb, zonder dat ik mijn temperatuur hoef op te nemen.
- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Helemaal niet | Nauwelijks | Enigszins | Nogal | Zeër |
7. Ik kan onderscheid maken tussen moeheid door honger en moeheid door gebrek aan slaap.
- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Helemaal niet | Nauwelijks | Enigszins | Nogal | Zeër |
8. Ik kan precies voorspellen op welk moment van de dag slaapgebrek me op zal gaan breken.
- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Helemaal niet | Nauwelijks | Enigszins | Nogal | Zeër |
9. Ik ben me bewust van de wisselingen in mijn activiteitsniveau gedurende de dag.
- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Helemaal niet | Nauwelijks | Enigszins | Nogal | Zeër |
10. Zodra ik 's morgens opsta weet ik hoeveel energie ik die dag zal hebben.
- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Helemaal niet | Nauwelijks | Enigszins | Nogal | Zeër |
11. Als ik naar bed ga weet ik hoe goed ik die nacht zal slapen.
- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Helemaal niet | Nauwelijks | Enigszins | Nogal | Zeër |
12. Ik merk duidelijk lichamelijke verschijnselen op als ik moe ben.
- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Helemaal niet | Nauwelijks | Enigszins | Nogal | Zeër |
13. Ik merk vaak specifieke reacties in mijn lichaam op bij veranderingen in het weer.
- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Helemaal niet | Nauwelijks | Enigszins | Nogal | Zeër |
14. Ik kan voorspellen hoeveel slaap ik 's nachts nodig heb om uitgerust wakker te worden.
- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Helemaal niet | Nauwelijks | Enigszins | Nogal | Zeër |
15. Als mijn inspanningspatroon verandert, weet ik precies wat voor een effect dat zal hebben op mijn energieniveau.
- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Helemaal niet | Nauwelijks | Enigszins | Nogal | Zeër |
16. Er lijkt voor mij een 'juiste' tijd te zijn om 's avonds te gaan slapen.
- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Helemaal niet | Nauwelijks | Enigszins | Nogal | Zeër |
17. Als ik extreem hongerig ben merk ik duidelijke lichamelijke reacties op.
- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Helemaal niet | Nauwelijks | Enigszins | Nogal | Zeër |
18. Plotselinge harde geluiden maken me echt van streek.
- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Helemaal niet | Nauwelijks | Enigszins | Nogal | Zeër |



In de Spiegel van de Dans

Een actiegericht onderzoek met traumapatiënten in de zorg

19. Ik voel me erg onplezierig op een plek waar het te warm of te koud is.

☐ Helemaal niet ☐ Nauwelijks ☐ Enigszins ☐ Nogal ☐ Zeer

20. Ik merk dat ik me vaak bewust ben van allerlei dingen die in mijn lichaam plaatsvinden.

☐ Helemaal niet ☐ Nauwelijks ☐ Enigszins ☐ Nogal ☐ Zeer

21. Ik heb het snel door wanneer mijn maag samentrekt van de honger

☐ Helemaal niet ☐ Nauwelijks ☐ Enigszins ☐ Nogal ☐ Zeer

22. Ik ben gevoelig voor inwendige lichamelijke spanningen.

☐ Helemaal niet ☐ Nauwelijks ☐ Enigszins ☐ Nogal ☐ Zeer

23. Ik merk onmiddellijk wanneer mijn mond of keel droog worden.

☐ Helemaal niet ☐ Nauwelijks ☐ Enigszins ☐ Nogal ☐ Zeer

24. Ik kan vaak mijn hart voelen kloppen.

☐ Helemaal niet ☐ Nauwelijks ☐ Enigszins ☐ Nogal ☐ Zeer

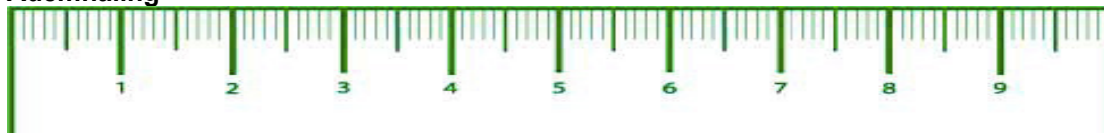
25. Ik ben me zeer bewust van veranderingen in mijn lichaamstemperatuur.

☐ Helemaal niet ☐ Nauwelijks ☐ Enigszins ☐ Nogal ☐ Zeer

De volgende items kunnen meer of minder op u van toepassing zijn. Geef met een streep aan in hoeverre u in uw dagelijkse leven bewust bent van deze items.

Dus in hoeverre bent u zich bewust van uw;

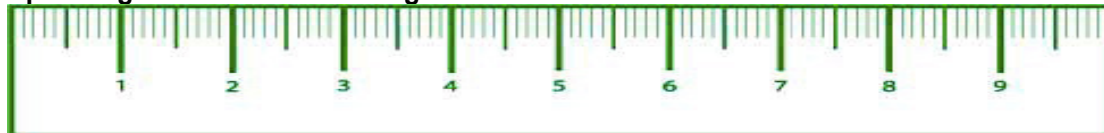
Ademhaling



Niet bewust

Heel erg bewust

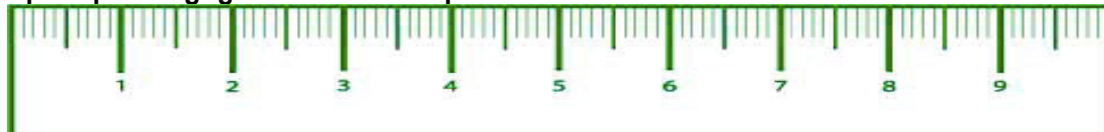
Spanning/ onrust/ zenuwachtigheid in het lichaam



Niet bewust

Heel erg bewust

Spierspanning/ gebruik van uw spieren



Niet bewust

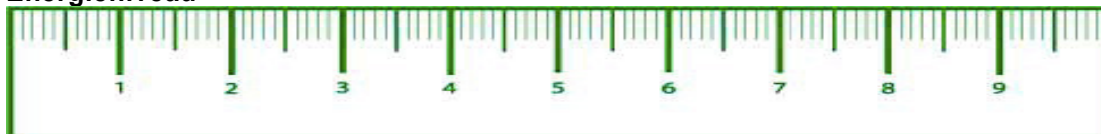
Heel erg bewust



In de Spiegel van de Dans

Een actiegericht onderzoek met traumapatiënten in de zorg

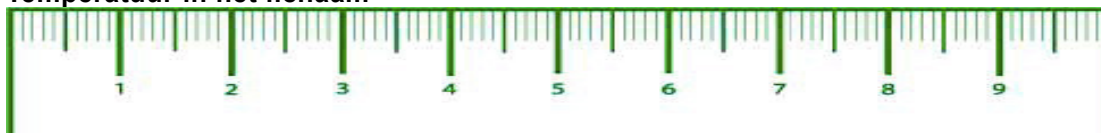
Energieniveau



Niet bewust

Heel erg bewust

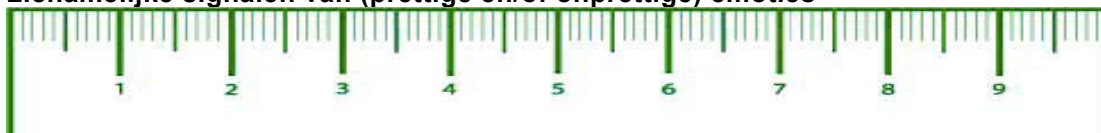
Temperatuur in het lichaam



Niet bewust

Heel erg bewust

Lichamelijke signalen van (prettige en/of onprettige) emoties

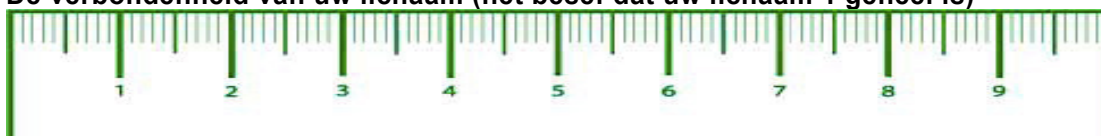


Niet bewust

Heel erg bewust

In hoeverre heeft u een beseft van;

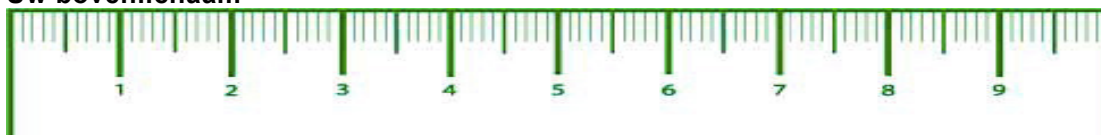
De verbondenheid van uw lichaam (het beseft dat uw lichaam 1 geheel is)



Geen beseft

Heel veel beseft

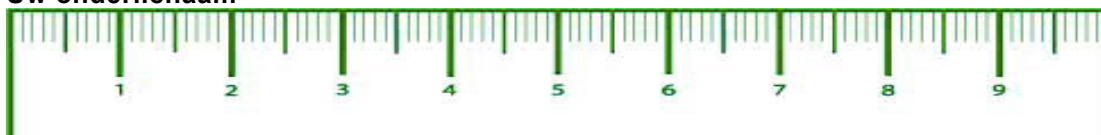
Uw bovenlichaam



Geen beseft

Heel veel beseft

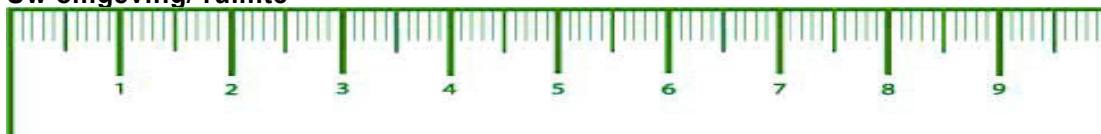
Uw onderlichaam



Geen beseft

Heel veel beseft

Uw omgeving/ ruimte

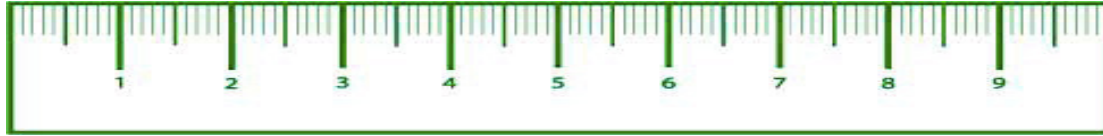


Geen beseft

Heel veel beseft



De ander



Geen besef

Heel veel besef

Deel 2

Instructie: Er zijn geen juiste antwoorden, antwoord zo eerlijk mogelijk.

1. Heeft u ervaring met danstherapie of andere lichaamsgerichte therapie? Zo ja, wat zijn uw ervaringen?

2. Sport, danst of beweegt u veel of heeft u dat in het verleden gedaan?

3. Wat verwacht u van deze vorm van behandeling?

4. Wat wilt u graag bereiken met deze behandeling?

5. Zou u het prettig vinden om bewuster te worden en meer kennis en inzicht te hebben van de signalen en sensaties van uw lichaam? Zo, ja, kunt u uitleggen waarom?

BEDANKT VOOR HET INVULLEN!!!



Bijlage 4 Vragenlijst van de eindmeting

Vragenlijst van de eindmeting

Deze vragenlijst bestaat uit twee delen. Het eerste deel bestaat uit algemene vragen die gericht zijn op uw lichaamsbewustzijn en hoe u reageert op dat bewustzijn. Het tweede deel bestaat uit open en gesloten vragen over de danstherapeutische sessies en de activiteiten.

Door deze eindmeting kunnen uw antwoorden vergeleken worden met uw antwoorden van de voormeting. Hierdoor kan gekeken worden of er een verandering is opgetreden in uw lichaamsbewustzijn.

Met vriendelijke groet,
Sabine Seijerlin

Uw naam:

Datum:

Deel 1

Instructie: Deze vragenlijst bevat vragen over hoe bewust u zich bent van uw lichaam en hoe u reageert op dat bewustzijn. Omcirkel het cijfer dat het best weergeeft hoe u zich over het algemeen voelt.

Er zijn geen juiste antwoorden, antwoord zo eerlijk mogelijk.

Twee vragen hebben betrekking op seksuele activiteit; daaronder vallen alle vormen van seksuele activiteit, dus ook zelfbevrediging.

Als u op geen enkele wijze seksueel actief bent, hoeft u deze vragen niet te beantwoorden.

Uw antwoord moet betrekking hebben op de afgelopen twee maanden.

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

helemaal niet	niet	soms	regelmatig	altijd
1	2	3	4	5

2. Ik kan mijn emoties moeilijk herkennen

helemaal niet	niet	soms	regelmatig	altijd
1	2	3	4	5

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

helemaal niet	niet	soms	regelmatig	altijd
1	2	3	4	5

4. Ik ben bewust van mijn emotionele reactie wanneer iemand mij op een zorgzame manier aanraakt

helemaal niet	niet	soms	regelmatig	altijd
1	2	3	4	5



5. Mijn lichaam voelt tijdens ongemakkelijke situaties verstijfd aan, alsof het verdoofd is

helemaal niet	niet	soms	regelmatig	altijd
1	2	3	4	5

6. Ik merk hoe mijn lichaam verandert als ik boos ben

helemaal niet	niet	soms	regelmatig	altijd
1	2	3	4	5

7. Ik heb het idee alsof ik van buitenaf naar mijn lichaam kijk

helemaal niet	niet	soms	regelmatig	altijd
1	2	3	4	5

8. Tijdens seksuele activiteit ben ik me bewust van wat ik daarbij voel

helemaal niet	niet	soms	regelmatig	altijd
1	2	3	4	5

9. Ik kan mijn adem door mijn lichaam voelen stromen als ik diep uitadem

helemaal niet	niet	soms	regelmatig	altijd
1	2	3	4	5

10. Ik voel me niet verbonden met mijn lichaam

helemaal niet	niet	soms	regelmatig	altijd
1	2	3	4	5

11. Het is moeilijk voor mij om bepaalde emoties te uiten

helemaal niet	niet	soms	regelmatig	altijd
1	2	3	4	5

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

helemaal niet	niet	soms	regelmatig	altijd
1	2	3	4	5

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

helemaal niet	niet	soms	regelmatig	altijd
1	2	3	4	5

14. Ik luister naar informatie van mijn lichaam over mijn emotionele toestand

helemaal niet	niet	soms	regelmatig	altijd
1	2	3	4	5



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

helemaal niet	niet	soms	regelmatig	altijd
1	2	3	4	5

16. Ik leid mezelf af van gevoelens van lichamelijk ongemak

helemaal niet	niet	soms	regelmatig	altijd
1	2	3	4	5

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

helemaal niet	niet	soms	regelmatig	altijd
1	2	3	4	5

18. Ik merk dat mijn lichaam anders aanvoelt na een rustgevend ervaring

helemaal niet	niet	soms	regelmatig	altijd
1	2	3	4	5

19. Ik voel me niet verbonden met mijn lichaam tijdens seksuele activiteit

helemaal niet	niet	soms	regelmatig	altijd
1	2	3	4	5

20. Het is moeilijk voor mij om aandacht te besteden aan mijn emoties

helemaal niet	niet	soms	regelmatig	altijd
1	2	3	4	5

De volgende vragenlijst bevat een aantal uitspraken die meer of minder op U van toepassing kunnen zijn.

Geef telkens aan in hoeverre de uitspraak voor U opgaat.

1. Ik merk dat mijn lichaam verschillend reageert op diverse soorten voedsel.

☐	☐	☐	☐	☐
Helemaal niet	Nauwelijks	Enigszins	Nogal	Zeër

2. Als ik mij stoot weet ik of het een blauwe plek wordt of niet.

☐	☐	☐	☐	☐
Helemaal niet	Nauwelijks	Enigszins	Nogal	Zeër

3. Ik voel het altijd wanneer ik me zó ingespannen heb, dat ik er de volgende dag last van heb.

☐	☐	☐	☐	☐
Helemaal niet	Nauwelijks	Enigszins	Nogal	Zeër

4. Ik ben me altijd bewust van veranderingen in mijn energie niveau, wanneer ik bepaald voedsel heb gegeten.

☐	☐	☐	☐	☐
Helemaal niet	Nauwelijks	Enigszins	Nogal	Zeër

5. Ik voel van te voren aankomen wanneer ik griep krijg.

☐	☐	☐	☐	☐
Helemaal niet	Nauwelijks	Enigszins	Nogal	Zeër



In de Spiegel van de Dans

Een actiegericht onderzoek met traumapatiënten in de zorg

6. Ik weet wanneer ik koorts heb, zonder dat ik mijn temperatuur hoef op te nemen.

☐ Helemaal niet ☐ Nauwelijks ☐ Enigszins ☐ Nogal ☐ Zeer

7. Ik kan onderscheid maken tussen moeheid door honger en moeheid door gebrek aan slaap.

☐ Helemaal niet ☐ Nauwelijks ☐ Enigszins ☐ Nogal ☐ Zeer

8. Ik kan precies voorspellen op welk moment van de dag slaapgebrek me op zal gaan breken.

☐ Helemaal niet ☐ Nauwelijks ☐ Enigszins ☐ Nogal ☐ Zeer

9. Ik ben me bewust van de wisselingen in mijn activiteitsniveau gedurende de dag.

☐ Helemaal niet ☐ Nauwelijks ☐ Enigszins ☐ Nogal ☐ Zeer

10. Zodra ik 's morgens opsta weet ik hoeveel energie ik die dag zal hebben.

☐ Helemaal niet ☐ Nauwelijks ☐ Enigszins ☐ Nogal ☐ Zeer

11. Als ik naar bed ga weet ik hoe goed ik die nacht zal slapen.

☐ Helemaal niet ☐ Nauwelijks ☐ Enigszins ☐ Nogal ☐ Zeer

12. Ik merk duidelijk lichamelijke verschijnselen op als ik moe ben.

☐ Helemaal niet ☐ Nauwelijks ☐ Enigszins ☐ Nogal ☐ Zeer

13. Ik merk vaak specifieke reacties in mijn lichaam op bij veranderingen in het weer.

☐ Helemaal niet ☐ Nauwelijks ☐ Enigszins ☐ Nogal ☐ Zeer

14. Ik kan voorspellen hoeveel slaap ik 's nachts nodig heb om uitgerust wakker te worden.

☐ Helemaal niet ☐ Nauwelijks ☐ Enigszins ☐ Nogal ☐ Zeer

15. Als mijn inspanningspatroon verandert, weet ik precies wat voor een effect dat zal hebben op mijn energieniveau.

☐ Helemaal niet ☐ Nauwelijks ☐ Enigszins ☐ Nogal ☐ Zeer

16. Er lijkt voor mij een 'juiste' tijd te zijn om 's avonds te gaan slapen.

☐ Helemaal niet ☐ Nauwelijks ☐ Enigszins ☐ Nogal ☐ Zeer

17. Als ik extreem hongerig ben merk ik duidelijke lichamelijke reacties op.

☐ Helemaal niet ☐ Nauwelijks ☐ Enigszins ☐ Nogal ☐ Zeer

18. Plotselinge harde geluiden maken me echt van streek.

☐ Helemaal niet ☐ Nauwelijks ☐ Enigszins ☐ Nogal ☐ Zeer

19. Ik voel me erg onplezierig op een plek waar het te warm of te koud is.

☐ Helemaal niet ☐ Nauwelijks ☐ Enigszins ☐ Nogal ☐ Zeer

20. Ik merk dat ik me vaak bewust ben van allerlei dingen die in mijn lichaam plaatsvinden.

☐ Helemaal niet ☐ Nauwelijks ☐ Enigszins ☐ Nogal ☐ Zeer



In de Spiegel van de Dans

Een actiegericht onderzoek met traumapatiënten in de zorg

21. Ik heb het snel door wanneer mijn maag samentrekt van de honger

☐ Helemaal niet ☐ Nauwelijks ☐ Enigszins ☐ Nogal ☐ Zeer

22. Ik ben gevoelig voor inwendige lichamelijke spanningen.

☐ Helemaal niet ☐ Nauwelijks ☐ Enigszins ☐ Nogal ☐ Zeer

23. Ik merk onmiddellijk wanneer mijn mond of keel droog worden.

☐ Helemaal niet ☐ Nauwelijks ☐ Enigszins ☐ Nogal ☐ Zeer

24. Ik kan vaak mijn hart voelen kloppen.

☐ Helemaal niet ☐ Nauwelijks ☐ Enigszins ☐ Nogal ☐ Zeer

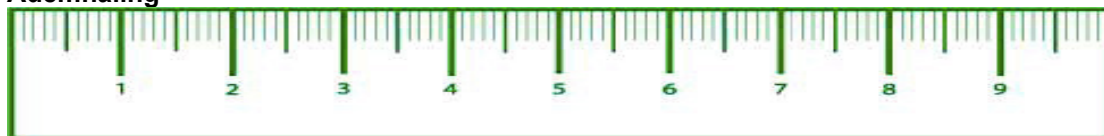
25. Ik ben me zeer bewust van veranderingen in mijn lichaamstemperatuur.

☐ Helemaal niet ☐ Nauwelijks ☐ Enigszins ☐ Nogal ☐ Zeer

De volgende items kunnen meer of minder op u van toepassing zijn. Geef met een streep aan in hoeverre u in uw dagelijkse leven bewust bent van deze items.

Dus in hoeverre bent u zich bewust van uw;

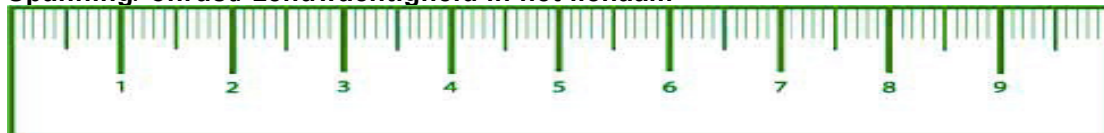
Ademhaling



Niet bewust

Heel erg bewust

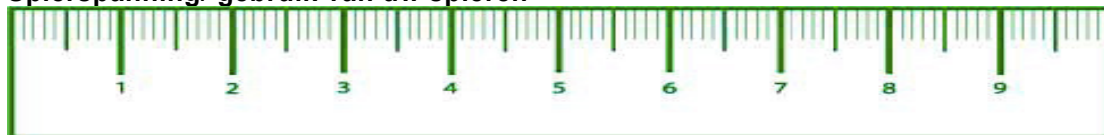
Spanning/ onrust/ zenuwachtigheid in het lichaam



Niet bewust

Heel erg bewust

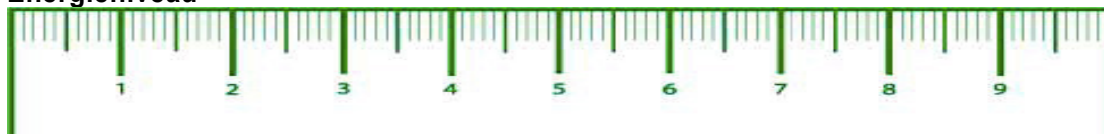
Spierspanning/ gebruik van uw spieren



Niet bewust

Heel erg bewust

Energieniveau

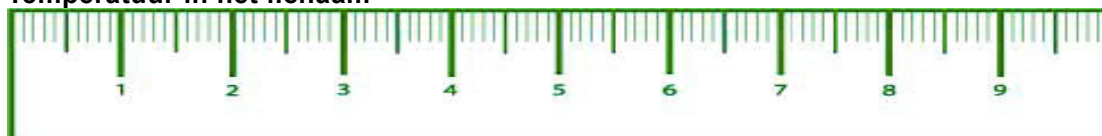


Niet bewust

Heel erg bewust



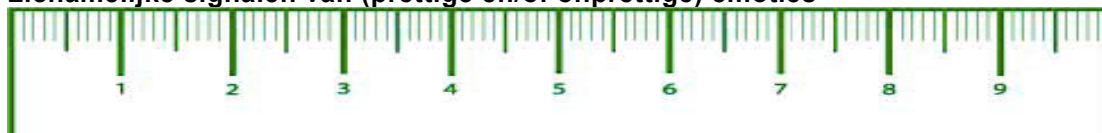
Temperatuur in het lichaam



Niet bewust

Heel erg bewust

Lichamelijke signalen van (prettige en/of onprettige) emoties

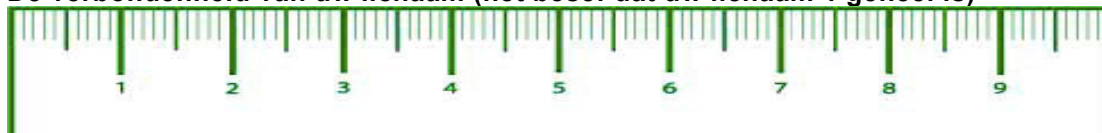


Niet bewust

Heel erg bewust

In hoeverre heeft u een beseft van;

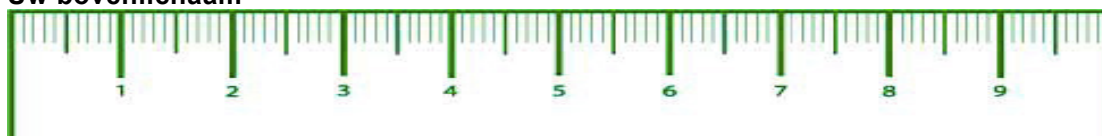
De verbondenheid van uw lichaam (het beseft dat uw lichaam 1 geheel is)



Geen beseft

Heel veel beseft

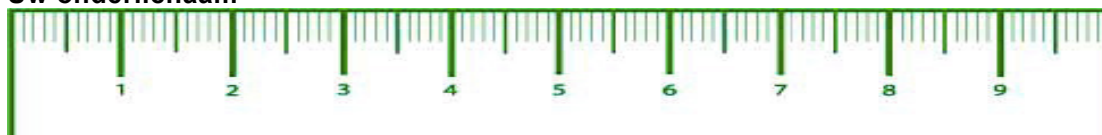
Uw bovenlichaam



Geen beseft

Heel veel beseft

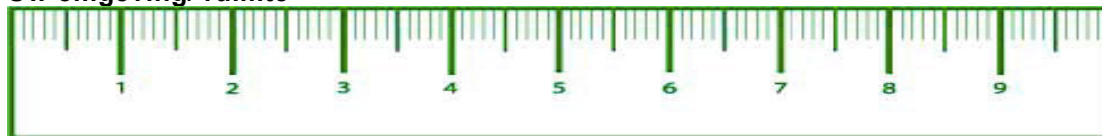
Uw onderlichaam



Geen beseft

Heel veel beseft

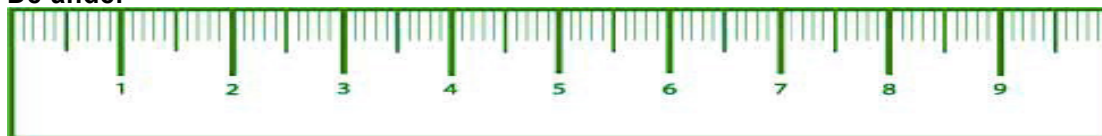
Uw omgeving/ ruimte



Geen beseft

Heel veel beseft

De ander



Geen beseft

Heel veel beseft





Bijlage 5 Vragenlijst na elke sessie

Vragenlijst na elke sessie

Instructie: Deze vragenlijst bestaat uit twee delen. Deel 1 bevat items die betrekking hebben op uw lichaam. Deel 2 bevat open en gesloten vragen over uw (lichamelijke) ervaringen tijdens de activiteiten.

Uw naam:

Datum:

Deel 1

Instructie: Geef met een streepje aan in hoeverre u tijdens de afgelopen sessie bewust was van deze items.

Dus in hoeverre was u zich bewust van uw;

Ademhaling

Niet bewust

Heel erg bewust

Spanning/onrust/zenuwachtigheid in het lichaam

Niet bewust

Heel erg bewust

Spierspanning/ gebruik van uw spieren

Niet bewust

Heel erg bewust

Energieniveau

Niet bewust

Heel erg bewust

Temperatuur in het lichaam

Niet bewust

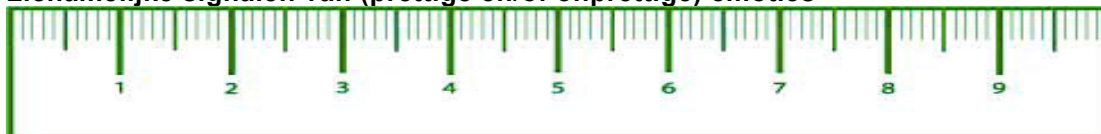
Heel erg bewust



In de Spiegel van de Dans

Een actiegericht onderzoek met traumapatiënten in de zorg

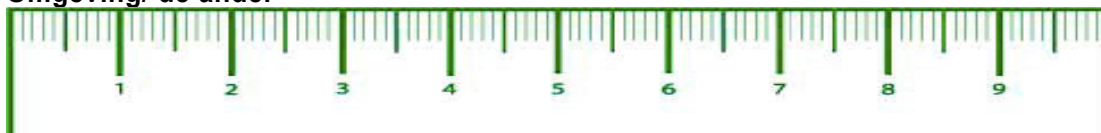
Lichamelijke signalen van (prettige en/of onprettige) emoties



Niet bewust

Heel erg bewust

Omgeving/ de ander

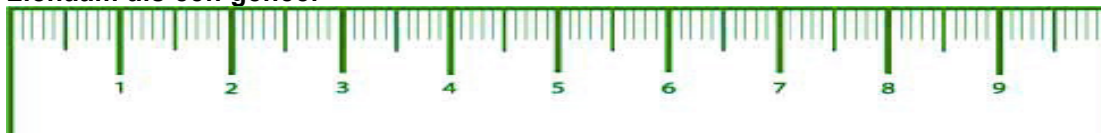


Niet bewust

Heel erg bewust

In hoeverre bewoog/ gebruikte u uw;

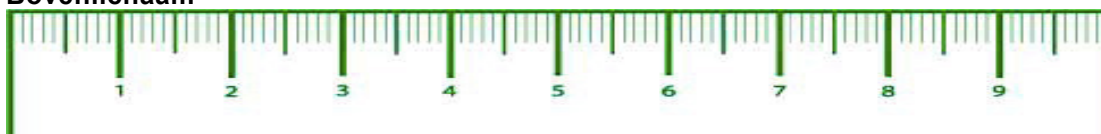
Lichaam als één geheel



Helemaal niet

Zeer

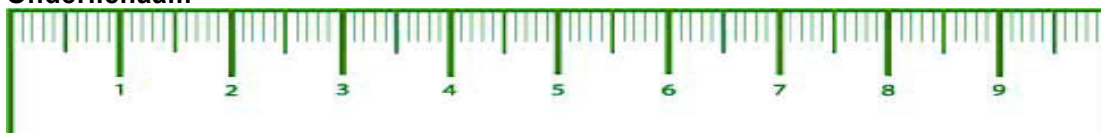
Bovenlichaam



Helemaal niet

Zeer

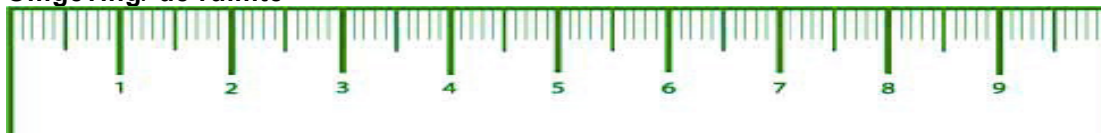
Onderlichaam



Helemaal niet

Zeer

Omgeving/ de ruimte



Helemaal niet

Zeer



Deel 2

Instructie: Beantwoord onderstaande open en gesloten vragen zo eerlijk mogelijk. Er zijn geen goede of foute antwoorden.

1. Wat heeft u ervaren tijdens de activiteiten met betrekking tot uw lichaam, uw lichaamssignalen en sensaties in het lichaam?

2. Tijdens welke activiteit was u het meest bewust van uw lichaam, lichaamssignalen en sensaties in het lichaam?

Kunt u hier meer over vertellen?

3. Tijdens welke activiteit was u het minst bewust van uw lichaam, lichaamssignalen en sensaties in het lichaam?

Kunt u hier meer over vertellen?

4. Wat vindt u het meest prettig aan de manier waarop de therapeut de activiteit aanbiedt?



5. Wat vindt u het meest onprettig aan de manier waarop de therapeut de activiteit aanbiedt?

6. Bij welke activiteit heeft u de meeste prettige gewaarwordingen, signalen en sensaties ervaren in uw lichaam?

Kunt u deze omschrijven?

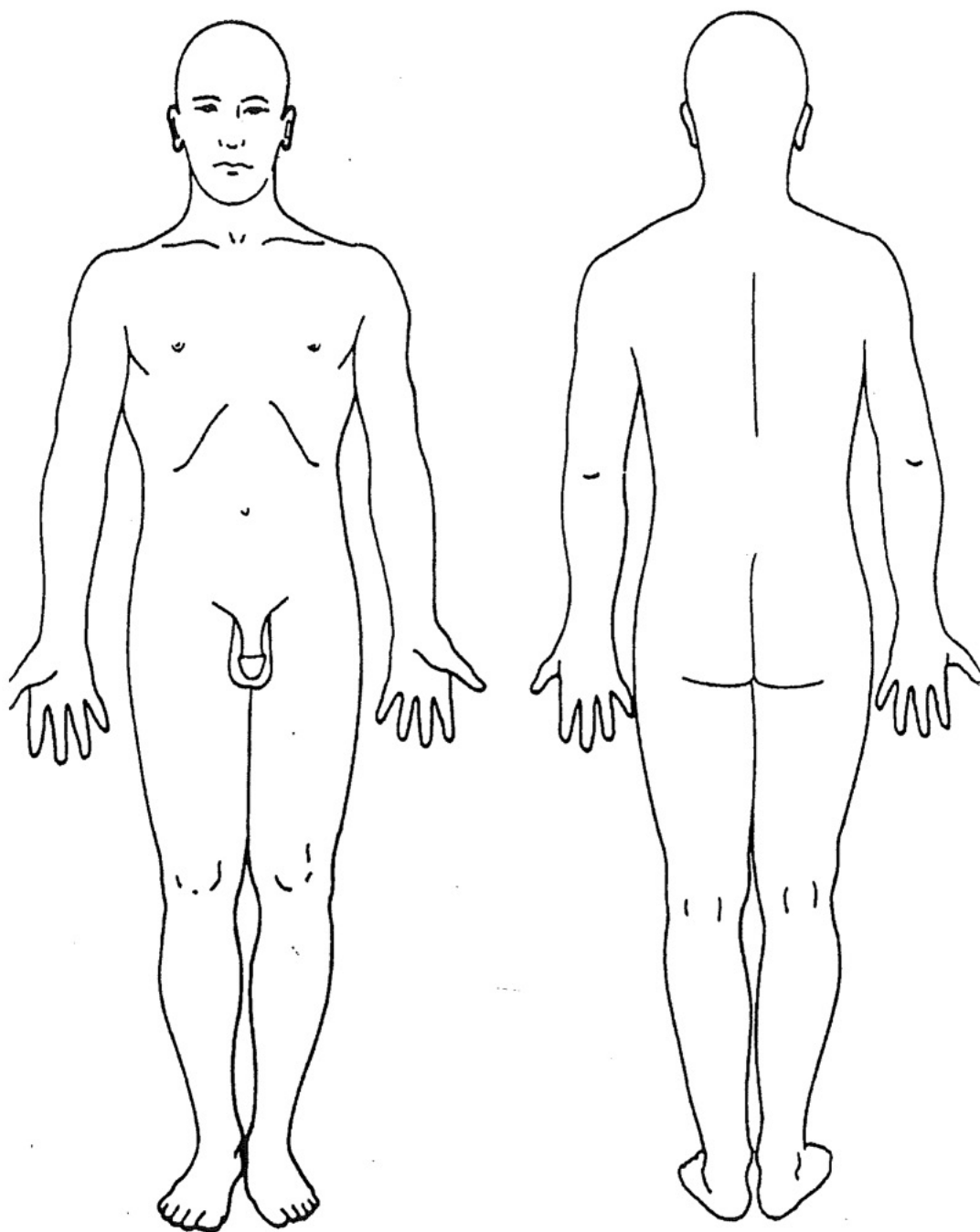
7. Bij welke activiteit heeft u de meeste onprettige gewaarwordingen, signalen en sensaties ervaren in uw lichaam?

Kunt u deze omschrijven?

8. Merkt u dat uw lichaamsbewustzijn vermindert na afloop van de activiteit of blijft deze in stand na afloop van de activiteit?



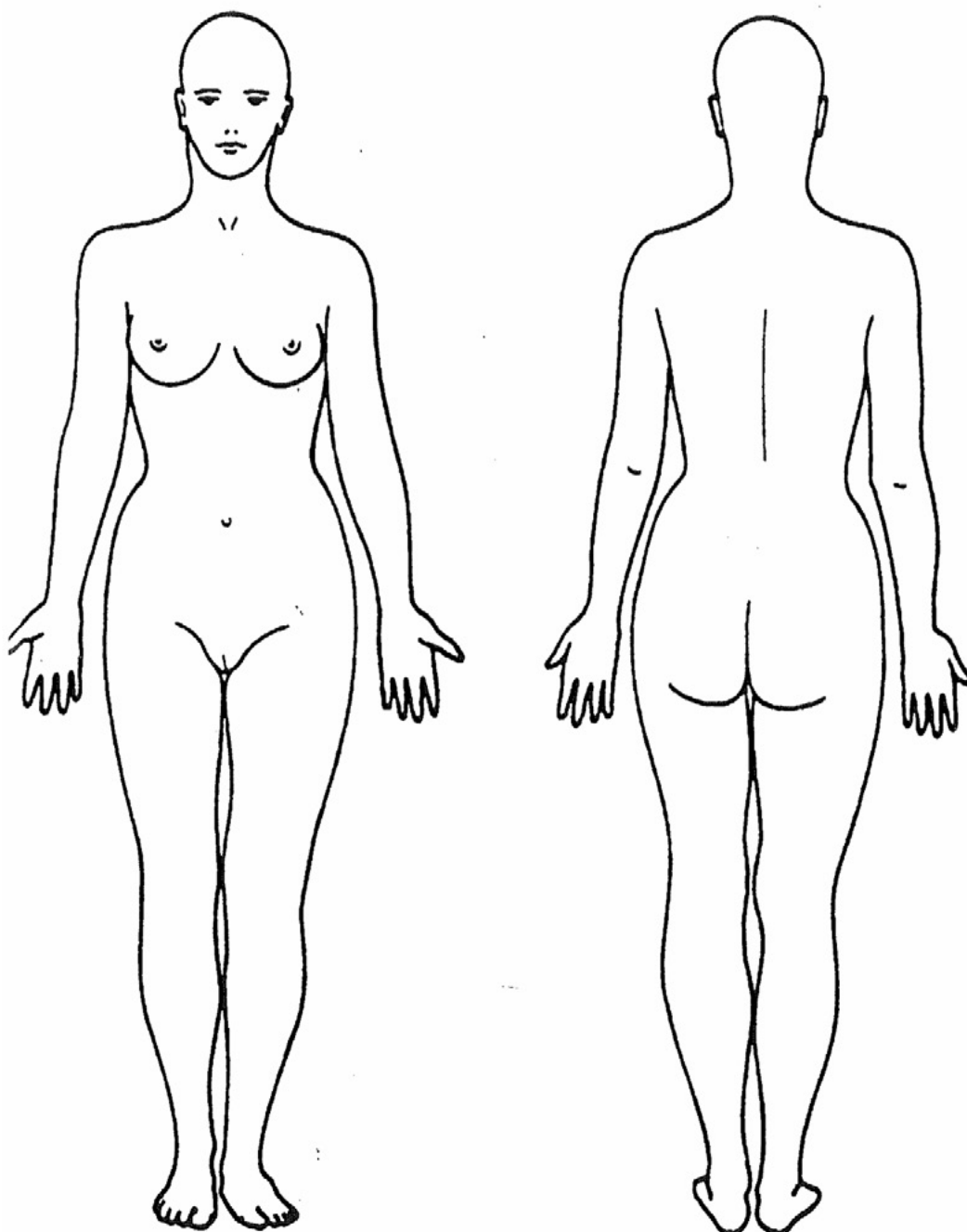
Bijlage 6 Lichaamstekeningen





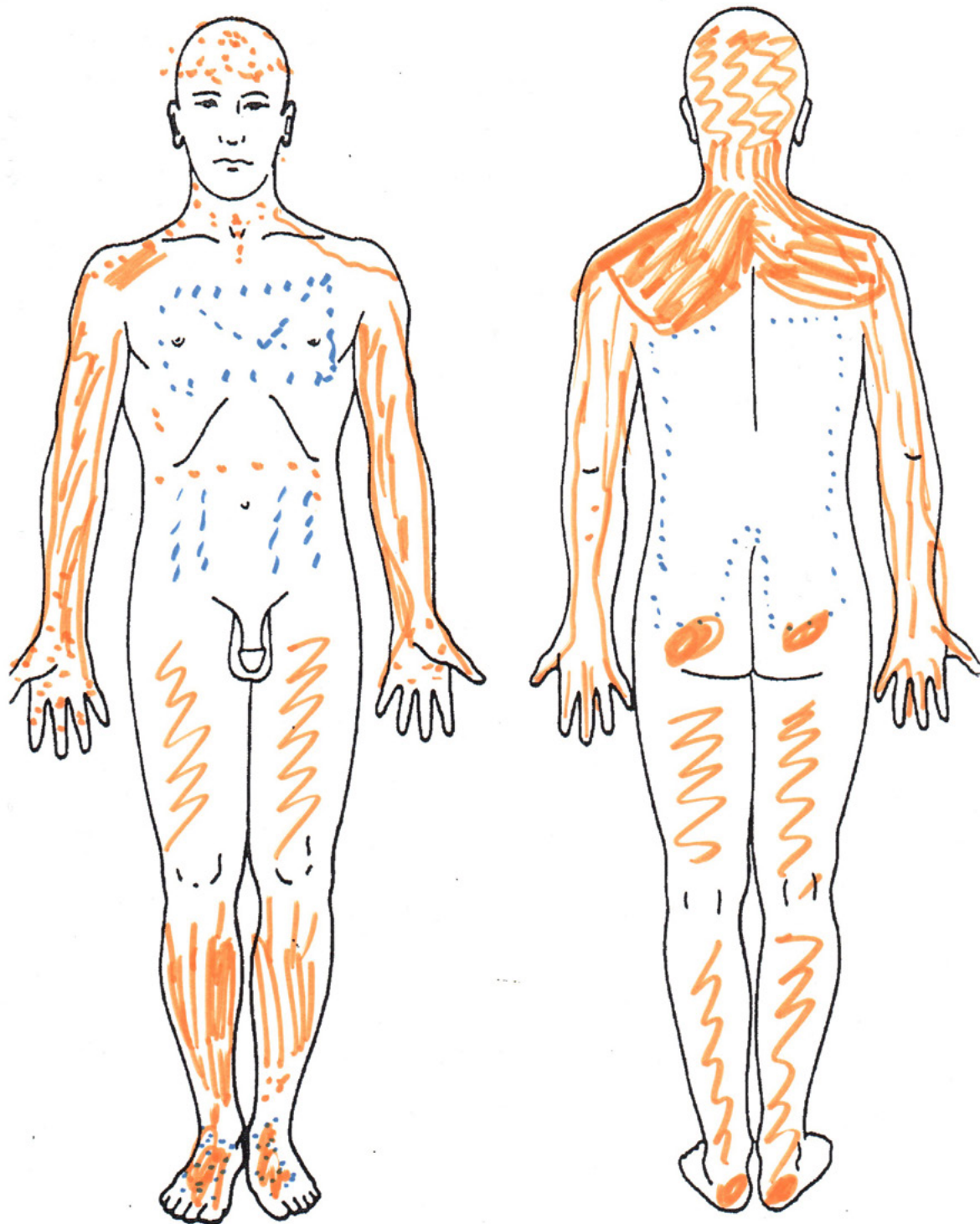
In de Spiegel van de Dans

Een actiegericht onderzoek met traumapatiënten in de zorg





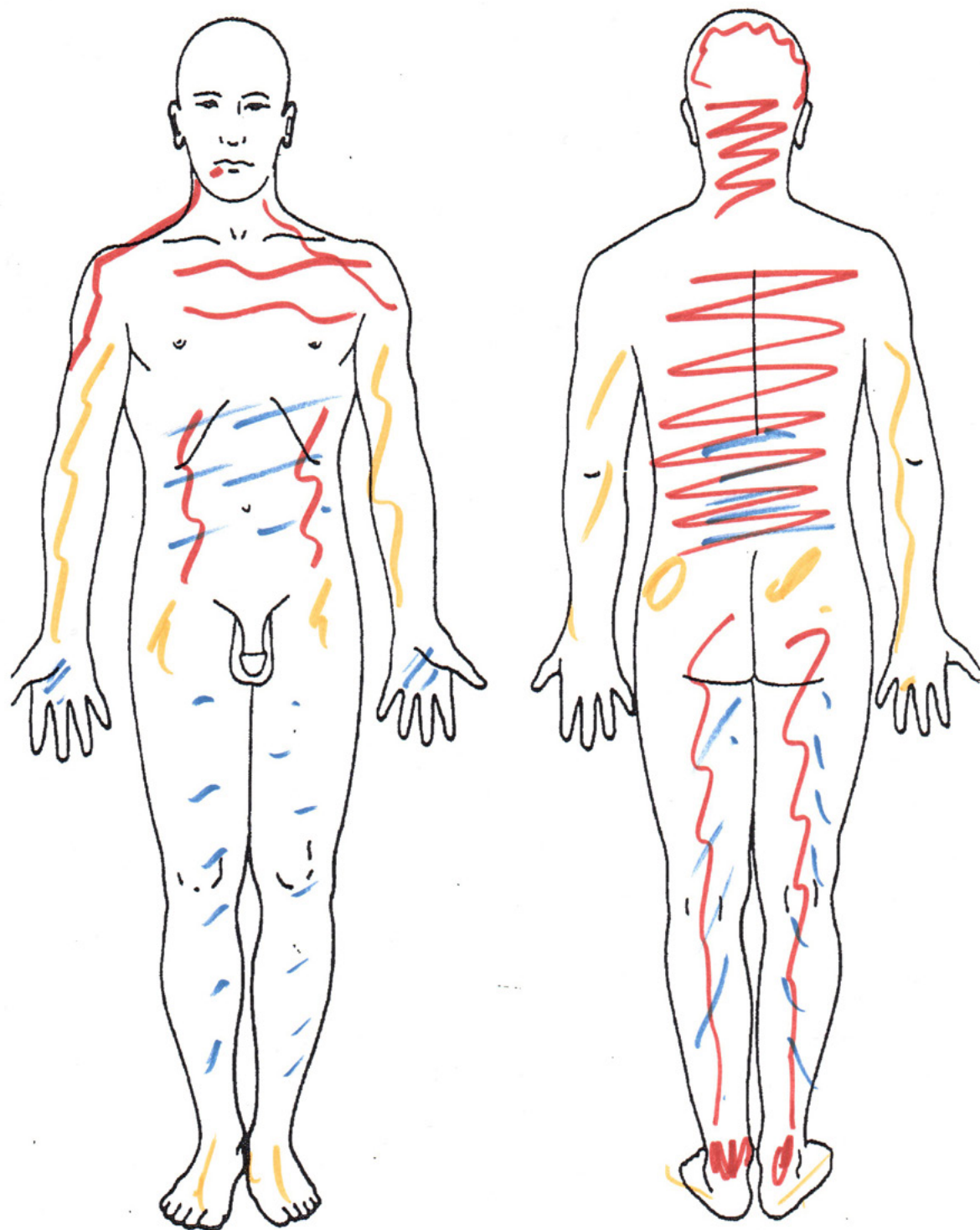
Bijlage 7 Anonieme lichaamstekening voor en eind





In de Spiegel van de Dans

Een actiegericht onderzoek met traumapatiënten in de zorg





Bijlage 8 Systeem van spiegelmodellen van Eberhard

Entwicklungssystematik von Spiegelungs- und Interaktionsmodalitäten in der Tanztherapie			
Nr.	Modalität	Eigenschaften/Beschreibungen	Mentalisierungsentwicklung
1	Initiieren	Primäre Selbstwirksamkeit. Regulationsvoraussetzungen: Bewegung beginnen, fortführen, terminieren (z. B. Blick zuwenden, halten, abwenden)	Kontingenz-Entdeckung = Selbstentdeckung Kausales Denken: ursachenorientiert, 0 bis 3 Monate
2	Medial/ ozeanisches Spiegeln	Fusionserleben: Unterscheidung von Sender und Empfänger löst sich in Synchronizität auf. Impliziert Transzendenz oder mangelnde Selbst-Andere-, Differenzierung oder nichtpersonale Wahrnehmung.	„Perfekte“ Kontingenz bei unscharfem Sehen und im Umgang mit Gegenständen, Selbstexploration
3	Konkordantes Spiegeln		
3a	Modales Spiegeln	Spiegeln im wörtlichen Sinne: vis-à-vis mit gemeinsamer Achse, gleicher Dynamik-, Form- und Körperteileinsatz, egozentrische Perspektive. Affektabstimmung, implizites Lernen, soziale Selbstwirksamkeit.	Hohe, aber nicht perfekte (soziale) Kontingenz = Exploration der sozialen Umwelt 3 bis 6 Monate
3b	Transmodales Spiegeln	Dynamik/Form wird mit Stimme, einem anderen Ausdrucksmedium oder einem anderen Körperteil gespiegelt; Affektabstimmung, Explorationsförderung	Mittlere Kontingenz, Exploration der dinglichen Umwelt, 6 bis 9 Monate
3c	Paralleles (in-phase) Spiegeln	Modales Spiegeln, in verschiedene Orientierungen (neben- /vor-/hintereinander). Gemeinsam auf etwas Drittes bezogen sein, Interessen teilen. Äquivalenzmodus: „Was ich sehe, ist die Realität.“	Gemeinsame Aufmerksamkeit (<i>joint attention</i>), Lesen emotionaler Bewertung (<i>social referencing</i>) Teleologisches Denken: wirkungsorientiert, ab 9 Monaten
3d	Gegengleiches (anti-phase) Spiegeln	Angleichen zyklischer Bewegungsmuster in anti-phasischer Koordination, z. B. vor-rück vs. rück-vor, auf-zu vs. zu-auf, rechts-links vs. links-rechts. Vis-à-vis hat jeder eine eigene Bewegungsachse: alterzentrisch vs. egozentrisch	Perspektivenübernahme Stufe I: teleologisch, bzgl. Handlungen 14 Monate Stufe II: epistemisch, bzgl. visuelle Perspektiven 24 Monate
4	Nachahmen	Zeitlich verzögertes Spiegeln, Speicherung der Bewegung im Gedächtnis, Identifikationsprozesse. Ersetzen von einem Objekt durch ein anderes im Nachspiel = Beginn der Symbolisierung und dem Als-ob-Modus: „Ich kann eine Parallelrealität schaffen.“ Vorstellung der unsichtbaren (mental)en Gründe für das Verhalten von Menschen (Wünsche, Absichten, Emotionen), Differenzierung eigene/fremde Gründe.	ab 9 Monaten I: mentales Ursachenprinzip (Wünsche, Absichten); sich im Spiegel erkennen, ab 14 Monaten Symbolisierung , ab 18 Monaten
5	Kontrastieren	Ein für die Intention der initiierten Bewegung wesentlicher Aspekt wird ins Gegenteil gekehrt, z. B. schnell vs. langsam, rück vs. vor, laut vs. leise. Ambivalent: das Gegenteil zu tun differenziert, die Reibung im Widerstand verbindet.	Konzeptuelles Denken , z. B. Gegensätze, Positionen, Formen. Intentionales Denken II: Differenzierung eigen/Fremd- Überzeugungen , ab 2. Lebensjahr
6	Variieren	Die gleiche Grundbewegung wird individualisiert und erweitert (z. B. gleiche Bewegung variiert in der Größe, der Geschwindigkeit). Anpassung an diverse Situationen. Eigenregulierung von Affekten.	Vorläufer: Verhaltensanpassung ab 9 Monaten Repräsentationales Denken , ab 3. bis 4. Lebensjahr
6a	Markieren (Engl. <i>marked</i> = deutlich, merklich)	Leichte Übertreibung oder Variierung des Ausdrucks signalisiert den „Als-ob“-Modus, abgekoppelt von den Folgen in der physikalischen Realität. Externalisierung von Affekten im Spiel oder im künstlerischen Gestalten. Sich abgrenzen von den Affekten anderer Personen.	Repräsentationales Denken, „Als-ob“-Spiel mit mentalen Inhalten (Gefühle, Absichten, Überzeugungen) ab 3. Lebensjahr



In de Spiegel van de Dans

Een actiegericht onderzoek met traumapatiënten in de zorg

7	Komplemen- tieren	Interdependente Beziehung: Rollen konstituieren einander, z. B. Träger-Getragener, Jäger-Gejagter, Beschützer- Schützling etc. Reflektierender Modus: Integration und Interdependenz von real/imaginär, eigen/fremd. Fähigkeit, Affekte anderer Personen zu regulieren.	Vollständige Repräsentanzen und <i>theory of mind</i> , Perspektivenübernahme Stufe III: Täuschung verstehen, 4. bis 6. Lebensjahr
---	------------------------------	---	---



Bijlage 9 LMA Coding sheet “In de Spiegel van de Dans”

Coding Sheet *In de Spiegel van de Dans*

Naam observator:

Naam geobserveerde:

Nummer video:

Algemene thema's				Opmerkingen
<u>Binnenkant</u> <u>Buitenkant</u> <u>Functioneel</u> <u>Expressief</u> <u>Inspanning</u> <u>Herstel</u>				

BODY		Weinig	Gemiddeld	Veel	Opmerkingen
<u>Bewegingsverloop</u>	Succesievelijk Simultaan Sequentially				
<u>Lichaamsverbindingen</u>	Kop/staart/hiel Boven/onder Lichaamshelften Diagonaal				
<u>Aanzet van de beweging</u> -lichaamsgebieden - lichaamsdelen	Centraal Proximaal Ledematen Distaal				
<u>Opvallendheden:</u>					



In de Spiegel van de Dans

Een actiegericht onderzoek met traumapatiënten in de zorg

SPACE		Weinig	Gemiddeld	Veel	Opmerkingen
<u>Benadering kinesiëer</u>	Groot Klein				
<u>Opvallendheden:</u>					

SHAPE		Weinig	Gemiddeld	Veel	Opmerkingen
<u>Shapeflow</u>					
<u>Shapeflow-Ondersteuning</u>					
<u>Opvallendheden:</u>					

EFFORT		Weinig	Gemiddeld	Veel	Opmerkingen
<u>Flow</u>	Gebonden Vrij				
<u>Tijd</u>	Plotseling Volhoudend				
<u>Gewicht</u>	Licht Sterk				
<u>Ruimte</u>	Direct Indirect				
<u>Fighting side</u> <u>Indulging side</u>					
<u>Opvallendheden:</u>					