



☆Funk ya Body☆

Een actiegericht onderzoek over de invloed van ☆Funk☆ binnen dans- en bewegingstherapie op de lichaamsbeleving van jonge vrouwen met eetstoornissen

Auteur: J. Zerbin
Studentnummer: 0918113
Begeleiding: N. Janssen
Opleiding: Zuyd Hogeschool Heerlen, Faculteit Gezondheid en Zorg
Creatieve Therapie, dans- en bewegingstherapie

05.06.2013

Inhoudsopgave

Voorwoord.	Pagina 3
Inleiding.	Pagina 4
Hoofdstuk 1: Probleemstelling.	Pagina 5- 11
§ 1.1. Probleemgebied.	Pagina 5- 7
§ 1.2. Uiteenzetting bestaande resultaten.	Pagina 7- 10
§ 1.3. Belangrijke begrippen.	Pagina 10
§ 1.4. Vraagstelling.	Pagina 11
§ 1.5. Doelstelling.	Pagina 11
Hoofdstuk 2: Onderzoeksopzet.. . . .	Pagina 12- 17
§ 2.1. Onderzoekstype/ methode.	Pagina 12- 13
§ 2.2. Voorfase/ oriëntatiefase.	Pagina 13- 14
§ 2.3. Diagnostische fase.	Pagina 15- 17
2.3.1. Probleemsituatie.	Pagina 15
2.3.2. Indicatie dans- bewegingstherapie.	Pagina 15
2.3.3. Indicatie Funk.	Pagina 16
2.3.4. Randvoorwaarden.	Pagina 16- 17
§ 2.4. Ontwikkelfase.	Pagina 17- 18
2.4.1. Fasering.	Pagina 17- 18
2.4.2. Actieplan.	Pagina 18
§ 2.5. Actiefase.	Pagina 18- 21
2.5.1. Overzicht.	Pagina 18- 21
2.5.2. Aanpassingen.	Pagina 21
§ 2.6. Evaluatie en kwaliteit.	Pagina 21- 25
2.6.1. Procesevaluatie.	Pagina 22- 23
2.6.2. Productevaluatie.	Pagina 23- 24
2.6.3. Kwaliteit.	Pagina 24- 25
Hoofdstuk 3: Resultaten.	Pagina 26- 34
§ 3.1. Resultaten vragenlijst.	Pagina 26- 29
3.1.1. Gesloten vragen.	Pagina 26- 28
3.1.2. Open vragen.	Pagina 29
§ 3.2. Resultaten bewegingsobservaties.	Pagina 29- 32
§ 3.3. Analogie.	Pagina 33
§ 3.4. Samenvatting resultaten.	Pagina 34
Hoofdstuk 4: Discussie en conclusie.	Pagina 35- 48
§ 4.1. Onderzoek.	Pagina 35- 41
4.1.1. Randvoorwaarden.	Pagina 35- 36
4.1.2. Interpretatie en verklaring resultaten.	Pagina 36- 40
4.1.2.1. Resultaten vragenlijst.	Pagina 36- 38
4.1.2.2. Resultaten bewegingsobservaties.	Pagina 38- 40
4.1.2.3. Houding, methode en werkwijze therapeut.	Pagina 40- 41
4.1.2.4. Samenvatting.	Pagina 41

§ 4.2. Sterkte/ zwakte analyse.	Pagina 41- 42
§ 4.3. Realisatie.	Pagina 42- 44
§ 4.4. Vervolgonderzoek.	Pagina 45- 46
§ 4.5. Werkmodel.	Pagina 46
4.5.1. Vergelijking.	Pagina 46
4.5.2. Nieuwe werkplan.	Pagina 46- 48
Hoofdstuk 5: Samenvatting.	Pagina 49
Literatuurlijst.	Pagina 50
Bijlage.	Pagina 51- 68
Bijlage 1: PICO- vraag.	Pagina 52
Bijlage 2: Zoekgeschiedenis.	Pagina 53
Bijlage 3: Vragenlijsten.	Pagina 54- 61
Bijlage 4: Tabel: Antwoorden op open vragen.	Pagina 62- 63
Bijlage 5: Format sessie uitschrijvingen.	Pagina 64
Bijlage 6: Omschrijving Funk- danspassen.	Pagina 65
Bijlage 7: HV - moduskaarten.	Pagina 66- 68

Voorwoord

"Nobody cares if you can't dance well. Just get up and dance"
(Barry, n.d.)

De vraag hoe je er tijdens het dansen uitziet is voor veel mensen een drempel om überhaupt in beweging te gaan. Wat Dave Barry (n.d.) in zijn citaat zo goed omschrijft is vooral voor mensen met eetstoornissen soms een onoverkomelijk hindernis.

Door de ervaringen die ik tijdens mijn 3 e jaar stage binnen de Uniklinik Köln te Keulen op een afdeling voor jeugdigen met eetstoornissen heb opgedaan, kan ik verschillende geobserveerde aspecten opnoemen, die het "in beweging komen" voor deze doelgroep zo moeilijk maken.

Jonge vrouwen met eetstoornissen kijken kritisch naar zichzelf en hun lichaam. Het contact hiermee en een realistisch zelfbeeld is verstoord. Zij vergelijken zichzelf met anderen en keuren zichzelf af. Daardoor ontstaat een geremdheid om hun eigen lichaam te voelen en te laten zien. Deze stoornis controleert het leven van de betrokkenen en hun bewegingsgedrag. Door deze geremdheid is het voor mensen met eetstoornissen moeilijk om überhaupt eerst in beweging te komen en dan gewoon te dansen zonder erover na te denken hoe zij er uitzien.

Deze geobserveerde aspecten die de geremdheid van de doelgroep vormen hebben mij nieuwsgierig gemaakt hoe ik met behulp van dans- en bewegingstherapie hieraan kan werken.

Tijdens mijn derde jaars stage heb ik met deze nieuwsgierigheid gewerkt. Ik heb binnen de therapie geëxperimenteerd met hoe ik de eetstoornis doelgroep in beweging kon krijgen en wat hiervoor belangrijk was.

Ik heb onder andere met Funk gewerkt en gemerkt dat verschillende aspecten vanuit deze dansstijl bij de doelgroep aansluiten.

Voor mijn afstudeerscriptie van de studie dans- en bewegingstherapie heb ik ervoor gekozen om het thema Funk binnen dans- en bewegingstherapie te onderzoeken. Door de opgedane ervaringen in mijn derde jaars stage wil ik in deze scriptie onderzoeken wat voor invloed Funk heeft op jonge vrouwen met eetstoornissen.

Mijn onderzoek in de praktijk is mede mogelijk gemaakt door Caritas Aachen te Aken, Duitsland. Hiervoor wil ik in eerste instantie mijn dank uitspreken naar Ruth Schwalbach. Zij was mijn contactpersoon van de instelling die mij bij de realisatie van het onderzoek en tijdens het doorvoeren met raad en daad heeft geholpen. Daarnaast de cliënten die vrijwillig aan mijn onderzoek hebben meegewerkt en open over hun ervaringen hebben gesproken. Dankzij deze waardevolle inbreng zijn de resultaten van dit onderzoek tot stand gebracht. Aan hen geldt mij een bijzondere dank.

Verder wil ik dit voorwoord gebruiken om verschillende personen te bedanken en mijn waardering uit te spreken. Zij hebben mij tijdens het schrijven begeleid, gesteund, gemotiveerd en nieuwe invalshoeken aangetoond. Hierdoor heeft iedereen op zijn eigen manier een bijdrage geleverd aan deze scriptie.

Bedankt aan mijn ouders voor jullie steun op verschillende gebieden gedurende de vier jaar van mijn studie. Jullie hebben van begin af aan in mij geloofd en in iedere fase hebben jullie mij de motivatie gegeven om door te gaan. Vooral ook veel dank voor jullie luisterd oor en dat ik altijd langs mocht komen – ook tijdens het schrijven van mijn scriptie.

Verder gaat de dank naar mijn vriend – omdat je rustig al mijn up's and down's hebt opgevangen en steeds wist wat ik nodig had. Ook omdat je op veel momenten mij hebt geholpen om mijzelf weer te focuseren of juist even los te gaan.

Een dank gaat ook naar mijn ijverige vriendinnetjes die mij feedback hebben gegeven ook op mijn lay-out en geduldig mijn steunden gedurende het proces. Ook omdat zij gedurende afgelopen maanden zonder klagen alles hebben aangehoord over het scriptie- schrijven, omdat dat mijn overheersende thema was.

Speciale dank gaat naar mijn scriptiebegeleiding Nanon Janssen. Door de fijne begeleiding en jouw kennis, enthousiasme en interesse, heb je mij gemotiveerd om door te gaan en het vol te houden.

Mijn laatste, en heel bijzondere dank gaat naar Emma Broek. Je bent op het laatste moment zo spontaan ingesprongen en, naast jouw eigen verplichtingen, ben je mijn "taal- en grammatica- feetje" geweest.

Zonder deze mensen had ik dit onderzoek niet kunnen doen. Bedankt!

Inleiding

Deze scriptie is gekoppeld aan het afstudeerproject van het 4de jaar Creatieve Therapie Dans- en Beweging.

Het omschrijft mijn actiegericht onderzoek naar de invloed van Funk binnen dans- en bewegingstherapie met jonge vrouwen met eetstoornissen. De ontwikkelingen en bevindingen binnen dit proces zijn stap voor stap per hoofdstuk omschreven, wat uiteindelijk mijn scriptie is geworden.

Binnen het scriptie komen 5 hoofdstukken met verschillende paragrafen aan bod. Hieronder wordt de inhoud kort toegelicht:

Hoofdstuk 1 omschrijft de *Probleemstelling*. Vanuit het probleemgebied en de resultaten vanuit de literatuur worden de belangrijkste begrippen van dit onderzoek benoemt. Hierop volgt de vraag - en doelstelling.

Hoofdstuk 2 bevat zich met het *Onderzoeksopzet* op verschillende gebieden en paragrafen. Er worden binnen dit onderzoekstype verschillende stappen besproken die ik moest ondernemen om dit onderzoek te realiseren. Hierin wordt o.a. de indicatie, ontwikkeling en fasering benoemt. Verder is in hoofdstuk 2 terug te vinden hoe het onderzoek daadwerkelijk heeft plaats gevonden en hoe de actie eruit zag. De laatste paragraaf van hoofdstuk 2 evalueert op het process- en het product van de daadwerkelijke therapie en beoordeelt de kwaliteit hiervan.

Hoofdstuk 3 geeft de *Resultaten* van dit onderzoek weer. Het derde hoofdstuk houdt zich bezig met de resultaten van de binnen dit onderzoek gebruikte vragenlijsten, en de uitkomsten van bewegingsobservaties puur weer te geven zonder ze te interpreteren en te verklaren. Een analogie van de therapie is ook binnen dit hoofdstuk terug te vinden.

Hoofdstuk 4 omvat de *Discussie en Conclusie*. Hierin worden de resultaten vanuit hoofdstuk 3 geïnterpreteerd en verklaart. Vervolgens wordt een sterke- zwakte analyse opgezet en omschreven hoe het onderzoek is gerealiseerd. Naast een aanbeveling voor een vervolgonderzoek wordt mijn oude werkmodel vergeleken met mijn nieuwe werkmodel. Afsluitend presenteert hoofdstuk 4 het nieuw werkplan dat ik aan hand van dit onderzoek heb ontworpen.

Hoofdstuk 5 geeft een *Samenvatting* van deze scriptie weer. Hierin worden de belangrijkste aspecten van het onderzoek nog eens opgenoemd.

Aan het einde wordt een literatuurlijst weergegeven met de door mij gebruikte bronnen. Tot slot staan in de bijlage mijn PICO-vragen, mijn zoekgeschiedenis, de binnen dit onderzoek gebruikte vragenlijsten, een tabel met antwoorden vanuit de open vragen van de vragenlijst, een format vanuit de sessieomschrijvingen, de omschrijving van de Funk- danspassen en de binnen dit onderzoek gebruikte HV- moduskaarten (Janssen, 2010).

In de tekst worden begrippen vermeld (voorbeeld Uniklinik Keulen¹), dit is een verwijzing naar de Begripsdefiniëring op pagina 10. Het is een teken dat deze begrippen verder worden toegelicht in deze paragraaf.

Hoofdstuk 1: Probleemstelling

In dit hoofdstuk beschrijf ik de opzet van mijn onderzoeksthema voor mijn scriptie en hoe ik aan mijn thema ben gekomen.

In mijn derde jaar heb ik stage gelopen op de afdeling “kinder en jeugdpsychiatrie” in de “Uniklinik Köln¹” te Keulen. Binnen deze afdeling was mijn specifieke doelgroep: jeugdige met eetstoornissen² in de leeftijd van 12 tot 18 jaar.

Ter voorbereiding van mijn scriptie heb ik mijn werkmodel vanuit derde jaar stage onderzocht. Dit heb ik gedaan doormiddel van te kijken hoe ik te werk ben gegaan binnen mijn stage. Hierbij heb ik mij geconcentreerd op de werkvormen die ik heb aangeboden en de interventies die ik tijdens het therapie geven heb gedaan.

§1.1. Probleemgebied

Dit subhoofdstuk omschrijft verschillende thematieken en ervaringen vanuit mijn derde jaar stage. Deze hebben mijn werkmodel beïnvloedt.

– Doelgroep en dans- en bewegingstherapie (vervolgens DBT genoemd)

Tijdens het werken met cliënten met eetstoornissen werd vaak aan mij gevraagd waarom ik binnen deze doelgroep dans- en bewegingstherapie aanbied.

De mensen die hier vragen over stelden hadden een beeld van deze cliënten en de therapieën die effectief zouden zijn voor hen. Zij dachten dat werken met beweging, lichaam en beweging in therapie een contra indicatie zou zijn voor deze doelgroep.

De ervaring die ik tijdens het werken met cliënten met eetstoornissen heb opgedaan is, dat dans- en bewegingstherapie aansluit bij de doelgroep. Cliënten met de diagnose eetstoornis hebben een verstoorde manier van in contact staan met hun lichaam. Zij nemen lichaamsimpulsen anders waar en reageren erop op hun eigen manier. Soms bestaat er al een lichaamsbelevings-stoornis. Hiermee wordt bedoeld dat het lichaam anders wordt waargenomen en gezien (meestal dikker) dan dat hij is (Forster, 2002).

Door DBT kan er weer contact met het lichaam worden gemaakt. Impulsen en sensaties van het lichaam worden opnieuw ervaren en daar wordt een nieuwe betekenisverlening aan toegekend (Damasio en Post, 2003).

Hierdoor kan er een soort van nieuw bewustzijn en een meer reëel lichaamsbeeld ontwikkeld worden. Impulsen en een bewustzijn hiervoor worden meer gevoeld en opgebouwd. Er kan de gezonde omgang met beweging worden aangeleerd.

Werken met dans en beweging leidt er vervolgens toe dat er op een gezonde manier met beweging en dus het ervaren lichaam wordt omgegaan.

Deze vragen die komen vanuit een onduidelijk maatschappelijk beeld naar mijn werk binnen DBT met cliënten met eetstoornissen, was de eerste impuls/idee voor mijn thema van de afstudeerscriptie.

– Dansante uitgangspunt³

Binnen mijn stage heb ik de ervaring opgedaan, dat het dansante uitgangspunt bij jeugdigen met eetstoornissen goed aansluit. Meestal zijn er al ervaringen met een bepaalde dansstijl – die dan vaak excessief (zonder aandacht voor grenzen) is worden gedaan. DBT biedt de mogelijkheid om binnen het werken met een dansant uitgangspunt de gezonde omgang met dans en sport weer aan te leren. Mijn ervaringen zijn, dat door een dansant uitgangspunt het contact en ook de bewegingsactivering voor de cliënten makkelijker is, omdat zij vanuit een dansstijl of vorm in beweging gegaan.

Dit schept een distantie (Janssen, 2005 - 2012) die niet direct de focus legt op het “niet ervaren- of irreëel lichaamsbeeld”⁴ (Kugel, 1973). Dit leidt vaak tot negatieve ervaringen. Door deze distantietechniek wordt de focus gelegd op iets buiten zichzelf (de techniek).

De focus ligt in eerste instantie op dit uitgangspunt in plaats van op hun eigen lichaam. Zij krijgen een middel/ vorm aangeboden, waarop zij zich kunnen richten.

Dit verlaagt de drempel voor de cliënt om dans- en bewegingstherapeutisch bezig te zijn.

Binnen stage heb ik tijdens verschillende therapie sessies “Funk”⁵ als werkvorm toegepast. Deze dansstijl is niet erg bekend en er wordt nog niet veel mee gewerkt. Tegelijkertijd heeft Funk heel veel aspecten, die goed in therapie kunnen worden omgezet. Over de uitleg, werkvormen en technieken van Funk verwijs ik naar de beschrijving van de ontwikkelfase (zie § 2.4. Ontwikkelfase).

– Controle en structuur

Vanuit het praktisch werken tijdens stage merkte ik heel snel, dat mijn manier van therapeut zijn gecontroleerd en gestructureerd is. De opdrachten die ik aanbied zijn duidelijk, zodat de cliënten weten waar zij aan toe zijn. Deze zijn meestal gesloten en waarbij het verloop en eind redelijk vast ligt. Het is mij duidelijk geworden, dat dit gedrag bij de controlebehoefte van de doelgroep (eetstoornissen) aansluit. Ik merkte, dat de cliënten door mijn manier van werken zich aan de ene kant veilig voelden. Aan de andere kant was door deze manier van werken de drempel voor de cliënten nog hoger om tijdens een open werkvorm te participeren. De cliënten waren meestal gemotiveerd voor dans- en bewegingstherapie. Zodra de werkvormen en activiteiten opener werden, sloten zij zich meer af en gingen zij vanuit het doen naar het denken. Dit was vooral zichtbaar in hun gedragingen, bewegingsactivering en mijn bewegingsobservaties. Hoe opener een werkvorm was, hoe geslotener en meer gespannen zij werden. Voor mij als therapeut was het dan moeilijker ze weer actief en lichamelijk mee te trekken en naar de belevenis te gaan.

Uit deze ervaring is voor mij duidelijk geworden, dat het thema “Controle en structuur” belangrijk is binnen het werken met jongen mensen met eetstoornissen.

Door de behoefte aan controle en structuur nam ik een leidende en sturende positie in.

Vervolgens ben ik tijdens de stage op onderzoek gegaan, hoe ik een werkvorm gestructureerd en toch met open elementen kon aanbieden. Dit deed ik om veiligheid te bieden, maar ook om de cliënten uit te dagen en nieuwe mogelijke bewegingsvormen te laten ervaren. Belangrijk hierin vond ik om de cliënten de mogelijkheid te bieden hiermee flexibeler te kunnen omgaan door middel van fixatie op hun oude (bewegings)gedrag.

– Afstemmen en aansluiten

Een ander belangrijke punt van mijn persoonlijk werkmodel is het afstemmen en aansluiten op de cliënt.

Ik heb ontdekt, dat ik als therapeut in beweging veel aansluit en afstem op de cliënt. Hierin werk ik in het medium vooral vanuit de danselementen⁶ en de efforts⁷. Dit doe ik vanuit verschillende intenties – bijvoorbeeld om bewegingsgedrag te verbreden of te versterken of bewegingen te verkleinen. Vanuit mijn werkervaring kan ik zeggen, dat het voor de doelgroep heel belangrijk is om af te stemmen en aan te sluiten. Door hun stoornis hebben zij meestal een onrealistische relatie met zichzelf en hun lichaam en zijn grenzen verloren. Zij bewegen omdat hun cognitie aangeeft wat zij nodig hebben. Wat het lichaam zegt wordt daardoor niet juist waargenomen. Door afstemmen en aansluiten ontstaat de mogelijkheid voor de cliënten om bewegingen te reguleren en bewuster te laten ervaren. Tegelijkertijd biedt het mij als therapeut de kans om de relatie op te bouwen – doordat ik hun bewegingen niet meteen verbaal beperk en wij gezamenlijk op een bewegingsniveau zijn.

Ook toon ik door het afstemmen en aansluiten mijn positie als therapeut. Deze is voornamelijk in de samen – positie⁸ (Verstegen, v. en Lodewijks, 2006). Zoals boven al te lezen is, neem ik de leiding en bied ik structuur. Tegelijkertijd intervenieer ik in de samen – positie. Ik heb in mijn stage vooral gewerkt vanuit de cliënt en zijn behandelvragen. Ik liet de therapie aansluiten bij de cliënten en probeerde vanuit hun thema iets te creëren en dit samen vorm te geven.

– Bewegingsobservaties doelgroep

Ik heb meerdere bewegingsobservaties tijdens het therapie geven gedaan. Hier noem ik de belangrijkste.

→ Op de observatiegebieden (beweging en gedrag):

- ♦ Op lichamelijke niveau hebben cliënten met eetstoornissen in het algemeen een gefragmenteerd lichaamsbeeld. Zij zien (naar eigen uitspraak) hun lichaam niet samenhangend en hebben niet het gevoel, dat het een geheel is. Er is een duidelijke scheiding van hoofd en lichaam en ook centrum en periferie zichtbaar. Verder hebben zij een negatief idee (nooit/heel moeilijk positieve dingen te benoemen/zien) van hun lichaam en voelen zich hierin niet op hun gemak. Hun lichaamsbesef is ten gevolge van de stoornis verstoort.
- ♦ Het affectieve gebied is bij de diagnose eetstoornis erg geremd. De cliënten nemen (vooral) de negatieve gevoelens waar, maar kunnen met deze gevoelens en emoties niet adequaat omgaan of deze uiten en in beweging brengen.

- ♦ Ze nemen zichzelf in de ruimte en in tijd waar, maar durven zichzelf niet positief te benaderen.
- ♦ De cliënten zijn meestal heel creatief, hebben ideeën tot vormgeving en zijn enthousiast, maar mogen dit in het medium of algemeen m.b.t. hun lichaam niet uit of vorm geven – hier ligt meestal een grote drempel.
- ♦ Verbaal zijn cliënten met eetstoornissen heel sterk. Zij vluchten graag van de belevenis binnen het medium naar de verbale hantering van de situatie – vanuit het voelen naar het denken. Of zij zijn überhaupt moeilijk in beweging/het doen en het beleven/voelen te krijgen.

→ LMA⁹ profiel:

→ Categorie Body¹⁰:

- ♦ de bewegingsinitiatie bij deze doelgroep komt meestal vanuit de periferie en wordt heel klein gehouden
- ♦ de kop – staart verbinding is duidelijk zichtbaar en lijkt stijf te zijn; er is een duidelijke scheiding van boven (hoofd) – onder (lichaam)
- ♦ de ademhaling zit hoog
- ♦ de lichaamsbeleving is meestal sequentially. Opeenvolgende bewegingen gaan vaak van periferie naar periferie (kappen het centrum af).

→ Categorie Shape¹¹:

- ♦ In deze categorie is vooral de closing te zien

→ Categorie Space¹²:

- ♦ zichtbare verticale as
- ♦ de kinesfeer (vaak heel klein) wordt vanuit de periferie benaderd
- ♦ bewegingen vinden vaak in de midden laag plaats

→ Categorie Effort¹³:

- ♦ bound flow; indirect space; sustained time

Zoals ik mijn observaties binnen stage hier boven benoem, zijn eetstoornissen in het lichamelijke en bewegingsgedrag duidelijk te zien en het komt eruit voort, dat zij een verstoord beeld van hun lichaam hebben en zich niet op hun gemak voelen.

Vanuit deze vijf grootte thema's (*Doelgroep en dans- en bewegingstherapie; Dansante uitgangspunt; Controle en structuur; Afstemmen en aansluiten; Bewegingsobservaties doelgroep*) en ervaringen die boven staan beschreven heb ik mijn idee voor het thema van mijn onderzoek gevormd.

Door terug te kijken op mijn ervaringen binnen stage heb ik besloten om mijn onderzoek op de doelgroep "Eetstoornissen" te richten. Ik vind de DBT- gerichte werkwijze met deze doelgroep gewoon spannend en interessant. Vooral hoe DBT dansant kan ingezet worden om de geremde lichaamsbeleving¹⁴ van de cliënten te beïnvloeden.

Deze interesse is het uitgangspunt voor mijn literatuurstudie (zie § 1.2. Resultaten uit onderzoek en literatuur) gegeven.

§ 1.2. Resultaten uit onderzoek en literatuur

In deze paragraaf noem ik verschillende inhoudelijke aspecten vanuit verschillende literatuur op, die ik m.b.t. eetstoornissen en dans- en bewegingstherapie heb gevonden, die aansluiten aan mijn observaties (zie boven) en die bijdragen, aan mijn probleemstelling met die daaruit voortkomende vraagstelling voor mijn afstudeerscriptie.

Vanuit de databanken heb ik best veel literatuur kunnen vinden, maar snel ben ik erachter gekomen, dat ik niet zo veel ervan kon gebruiken, omdat het te algemeen was en vooral de betrouwbaarheid en kwaliteit niet goed te beoordelen was.

Vanuit deze ervaring heb ik mijn zoektermen toegespitst. Ook hier vond ik niet perse datgene, wat ik had verwacht, of wilde vinden. De uitkomsten waren mij nog te globaal.

Vanuit de gevonden tijdschriften – artikelen, boeken en afstudeerscripties kreeg ik wel een duidelijker beeld en meer idee, maar ik miste nog een bronnen of inspiratie die duidelijk betrouwbaar waren. Bronnen die mij direct pakte of triggerde en waar ik het gevoel had, dat die helemaal paste. Doordat ik super veel tijd had besteed aan de artikelen op kwaliteit en betrouwbaarheid te beoordelen, dit frustrerend was en omdat het meestal niet mogelijk was, om de manier van onderzoek en waar de uitkomsten vandaan kwamen niet helder waren, ben ik op de idee gekomen vanuit een andere insteek te gaan zoeken.

Zo kwam ik op het idee contact met verschillende professionals op te nemen (oude stagebegeleiding, student creatieve therapie dans- en beweging die binnen stage met de doelgroep eetstoornissen werkt en met haar stagebegeleiding, Psychologen van Eetstoornis-instellingen in Aken en danslerares die ervaringen met Funk hebben). Zij hebben mij verschillende literatuur aanbevolen, die inhoudelijk geschikt zijn voor mijn onderzoek.

Volgens Strassel et al (2011) bestaan binnen DBT weinig evidence- based¹⁵ onderzoeken. Zij hebben onderzocht, hoe het effect van DBT meer evidence- based kan worden en zijn erachter gekomen, dat het belangrijk is, meer onderzoeken op een fundamentele observatiestudie op te bouwen. Hierbinnen wil ik mijn onderzoek vorm geven aan hand van mijn eigen observaties, de begeleidende medewerker vanuit de instelling en de reflectie van de deelnemende cliënten te verzamelen. Daarvoor heb ik 3 betrouwbare bronnen (die van mijzelf en mijn observaties, de cliënten met hun evalueerde ervaringen en de expertkennis van mijn begeleiding Ruth Schwalbach), waardoor aan de evidence- eisen wordt voldaan.

Tijdens het literatuur zoeken binnen de databanken heb ik de ervaring opgedaan, dat ik wel snel artikelen heb vond, maar dat de kwaliteit van de artikelen heel vaak niet aan de beoordelingscriteria van school werd voldaan. Hoe het onderzoek was opgesteld of waar de uitkomsten vandaan kwamen was niet duidelijk omschreven. Zo had ik wel snel bronnen maar twijfelde aan hun betrouwbaarheid. Omdat ik er zo veel tijd aan kwijt was om de betrouwbaarheid en kwaliteit van verschillende bronnen te onderzoeken, heb ik vanuit deze ervaring mij meer op boeken en van deskundigen aanbevolen literatuur gefocusseerd, om mijn onderzoeksvraag op gemanifesteerde uitgangspunten op te bouwen. In de multidisciplinaire richtlijnsontwikkeling voor eetstoornis (Landelijke Stuurgroep, 2006) heb ik verschillende aspecten voor het belang van een therapeutische, lichaamsgerichte benadering van jonge vrouwen met eetstoornissen gevonden. Zij omschrijven, dat er een verhoogd risico van een te verwachten terugval is, als de cliënten binnen therapie niet bezig zijn met hun lichaam. Dit komt volgens hun eruit voor, dat zij dan hun sterke negatieve lichaamsbeleving behouden. Verder omschrijven zij, dat er nog geen wetenschappelijke bewijs voor bestaat hoe de therapeut dit het best kan doen en welke methoden en technieken hij ervoor kan inzetten. Er is een bewijs, dat de non-verbale benadering van cliënten met eetstoornissen heel geïndiceerd is – omdat de cliënten zo vanuit het hoofd naar het gevoel gaan. Dit heeft ermee te maken, dat cliënten met eetstoornissen zoals al eerder benoemt een sterke behoefte aan controle hebben – en zodoende ook aan en cognitieve en verbale aanwezigheid.

Voor mij als dans- en bewegingstherapie- student is deze uitspraak van de Landelijke Stuurgroep voor Eetstoornissen een letterlijke voorstel van indicatie voor DBT met deze doelgroep. Dit heeft ermee te maken, dat DBT een lichaams- en belevenis gericht vaktherapie is, die niet verbaal moet ingezet worden.

Ook binnen het artikel “Veränderung des Körperkonzeptes während stationärer Psychotherapie unter alters-, geschlechts- und diagnose-spezifischen Aspekten” (Stumpf, et al. 2011) wordt een discussie beschreven, die het belang van de behandeling van de lichaamsbeleving bij eetstoornissen benoemt. Zij raden aan, een vervolgonderzoek te maken, dat onderzoekt, waarom bij eetstoornissen de negatieve lichaamsbeleving zo intens is, en hoe er binnen de behandeling kan worden omgegaan.

In het Trimbos zakboek (van ´t Land, Schoemaker en Ruiter, 2008) wordt in een hoofdstuk het belang van de behandeling van eetstoornissen in hun totaliteit benoemt om een terugval te voorkomen. Ik trek hieruit de conclusie, dat alle gebieden binnen een multidisciplinaire behandeling aan bod moeten komen, om de best- mogelijke therapie te kunnen waarborgen, waaruit eventueel een terugval kan voortgekomen worden.

In het Boek “Psychiatrie” van van Vandereycken en Deth (2004) benoemen de auteurs, wat naar hun mening een “goede” therapie bij eetstoornissen zou zijn.

Zij zeggen, dat een “goede” therapie naast het gewichtsherstel en het herstel van een gezond eetpatroon zich ook onder andere bezig houdt met een verandering in zelfbeeld¹⁶ en zelfbeleving¹⁷. Dat aan dit punt in de praktijk vaak te kort wordt gedaan ,wordt al in de afstudeerscriptie “Als ik in de tijd van Rubens had geleefd, was ik een Prachtvrouw geweest..” (H.J.H. Verdonschot, 2007) benoemt.

De auteur heeft zich met DBT en vrouwen met overgewicht en obesitas beziggehouden en snel opgemerkt, dat ook bij deze doelgroep meestal andere behandeldoelen (leren van een gezond eetpatroon en afvallen) op de voorgrond staan en niet het benaderen van een positieve zelfbeeld en zelfbeleving, terwijl dit volgens haar een erg belangrijke aspect van de behandeling is.

Een verdere, belangrijke rol bij de behandeling van eetstoornissen is de motivatie. Deze uitspraak is vaak terug te lezen. Belangrijk voor een effectieve therapie is, dat de cliënt gemotiveerd is om in behandeling te zijn. Zonder een ziekte-inzicht en motivatie is er in de behandeling geen verandering mogelijk (Delfos, 2002).

Omdat jonge vrouwen met eetstoornissen vaak een verstoord/ versterkt gedrag van beweging hebben, sluit een therapie, waar zij (onder begeleiding en steun) mogen bewegen, aan bij hun motivatie. Zij hebben veel zit- en ligtijd. Binnen DBT kunnen zij weer een gevoel voor een gezond bewegingspatroon ontwikkelen. Te gelijke tijd is de drempel om in beweging te gaan en zich te laten zien hoog. Dit is heel afhankelijk van de dagelijkse stemming.

Feldenkrais (1972) die een heel andere behandelinstek (meer functioneel) heeft, omschrijft het belang van de waarneming en beleving van het eigen lichaam en zijn signalen om zijn bewegingsvaardigheden te kunnen exploreren en verbreden en een bewustzijn ervan te kunnen ontwikkelen. Dit is volgens Schwalbach (Psycholoog bij de Caritas, Aken) een heel belangrijke aspect binnen de behandeling.

Schwalbach zelf probeert door waarnemingsoefeningen de connectie met het lichaam en zijn signalen weer op te bouwen en ziet in het punt van de lichaamsbeleving een van de belangrijkste aspecten binnen de behandeling van eetstoornissen. Hierbij sluit DBT enorm goed aan (zie boven).

Ook Laumer et al (1997) benoemen in hun artikel het effect van de Feldenkrais- methode bij cliënten met eetstoornissen. Het effect van hun onderzoek was, dat de cliënten meer besef van hun lichaamsbeleving kregen. Dit geeft mij de motivatie, dat DBT ook zo een effect op cliënten met eetstoornissen kan hebben, omdat DBT zich (in vergelijking met Feldenkrais) meer op het beleven van het doen en niet de functie ervan richt.

Verschillende karakteristieken/ symptomen van vrouwen met eetstoornissen binnen DBT heb ik bij Forster (2002) gevonden:

- Gestoorde lichaamswaarneming en verkeerde interpretatie van signalen
- Geen vertrouwen in het eigen lichaam
- Depersonalisatie (eigen lichaam wordt als vreemd en niet eigen ervaren)
- Scheiding van lichaam en hoofd

Hieruit heeft zij verschillende doelen voor DBT bij vrouwen met eetstoornissen ontwikkeld:

- Lichaamssignalen waar nemen en erop kunnen reageren
- Stemming in de beweging kunnen integreren
- De lichaamsbeleving te sensibiliseren – met overdracht als gevolgdoel in het dagelijkse leven

De werkvormen die Forster (2002) erbij heeft bedacht, zijn allemaal lichaamsgericht en gefocust op de waarneming terwijl zij wel dans- en bewegingstherapeut is. Zij legt de focus op de waarneming omdat zij weet, dat er een bewustwording gecreëert moet worden. Deze mening deel ik, maar voor mij kan het ook anders dan alleen lichaamsgericht. Ik mis het dansante uitgangspunt in de werkvormen.

Het was moeilijk literatuur over Funk als dansstijl te vinden. Er bestaat een hoop literatuur over de muziek en hoe de instrumenten voor Funk kunnen geleerd worden, maar niet, wat de dansstijl Funk inhoudt.

Ik ben op verschillende manieren op zoek gegaan, maar kwam er niet naar een betrouwbare bronnen. Daarom heb ik ervoor gekozen om vanuit mijn eigen ervaring (persoonlijk en als stagiair) te beschrijven, wat er zo bijzonder is aan Funk. Verder heb ik contact opgenomen met verschillende dansers die ervaring met Funk hebben (een waar ik les bij heb gehad) en heb aan hun gevraagd, of zij mij kunnen benoemen, wat voor hun, vanuit hun deskundige ervaringen het bijzondere aan Funk is en hoe zij Funk kunnen definiëren.

Funk bestaat uit een heel animerende muziek. Er zit een doorlopend flow in, die uitdaagt om in beweging te gaan. Voor Funk is als oorspronkelijke dansstijl een bijzonder dansgevoel kenmerkend. Het wordt vaak in verbinding gebracht met lekker vrij iets doen, de sociale interactie aan te gaan en vooral speels met de mimiek te experimenteren. Binnen Funk bestaan wel bepaalde danspassen, maar die moeten niet exact worden uitgevoerd. Hoe zij neer gezet worden is individueel uitvoerbaar. Er bestaat verder de mogelijkheid tot eigen exploratie – het ontdekken/ vormgeven van eigen danspassen of veranderen/aanvullen van aanwezige passen. Dit leidt tot improvisatie en de onderlinge uitdaging/ inspiratie.

Door dit kenmerkend aspect van Funk bestaat er geen mogelijkheid iets fout te doen – alles kan en alles mag, zelfs als het heel kleine bewegingen of isolaties zijn. Dit biedt voor de danser de mogelijkheid vanuit het denken naar het doen en beleven te komen.

Door het onbewuste doen en je inspiratie en impulsen te volgen kan een bewustwording ontstaan van wat er wordt gedaan. Hierdoor vormt er zich een mogelijkheid tot verbreden van nieuwe bewegingskwaliteiten en het bewustwording van de eigene individuele bewegingsmogelijkheden. Er wordt aan het lichaam in zijn totaliteit toegegeven en alle facetten worden mee in de beweging betrokken.

Op Laban¹⁸- niveau bestaat er een grootte bandbreedte aan kwaliteiten. Doordat er de mogelijkheid is om te improviseren (zie boven), is er binnen Funk niks vast gelegd. Daardoor wordt gewaarborgd, dat het individueel aansluit en iedereen vanuit eigen voorkeuren in beweging kan gaan. Daarbij kan je op je eigen tempo exploreren en je bewegingsvoorkeuren ontdekken. Zo kan er een groepsdynamiek ontstaan en groeien doordat iedereen individueel in de groep is.

Vooraf in het begin kan het een drempel zijn zich te laten zien (ook vooral m.b.t. de mimiek). Dit krijgt meer en meer vorm hoe verder je komt, en men durft er meer mee te spelen. Hoe langer/ vaker de groep samen komt, hoe meer onderlinge uitdagingen er ontstaan en er zo- een herkenning en ook identificatie plaats vindt.

§1.3. Belangrijke begrippen

<i>Unikliniek Keulen</i> ¹	= Een groot ziekenhuis met meer dan 80 gebouwen en verschillende speciaal klinieken.
<i>Eetstoornissen</i> ²	= Hiermee bedoel ik de eetstoornis anorexia nervosa of boulimia nervosa
<i>Dansant uitgangspunt</i> ³	= Vanuit een dansstijl/dansstijl in beweging gaan
<i>Irreëel lichaamsbeeld</i> ⁴	= Lichaam wordt irreëel waargenomen - dikker dan dat hij is
<i>Funk</i> ⁵	= De oorspronkelijke dansstijl op de Funkmuziek van de jaren 60
<i>Danselementen</i> ⁶	= Er zijn vier danselementen. Tijd, ruimte, kracht en bewegingsstroom. Door de variatie in danselementen wordt een belangrijk deel van het karakter en de zeggingskracht van de dans bepaald
<i>Effort</i> ⁷	= Een categorie binnen LMA (zie beneden). Effort omschrijft, met welke kwaliteit wordt bewogen
<i>Samen- positie</i> ⁸	= Een positie binnen de "Roos van Leary" (Verstegen, v. en Lodewijks, 2006). Binnen de samen- positie wordt ook nog een verschil tussen boven en onder gedaan. Hier bedoel ik samen- boven- positie. Dit staat voor een helpend gedrag vanuit de therapeut.
<i>LMA</i> ⁹	= Een DBT observatieformulier – een middel om bewegingen te kunnen observeren, benoemen en analyseren.
<i>Categorie Body</i> ¹⁰	= Een onderdeel van LMA waarin de focus op het lichaam ligt en wat erin gezien wordt.
<i>Shape</i> ¹¹	= Een onderdeel van LMA waarin de focus op de ruimte ligt waarin de lichaam beweegt
<i>Space</i> ¹²	= Een onderdeel van LMA waarin de focus op de vorm van het lichaam in de ruimte ligt
<i>Effort</i> ¹³	= zie boven
<i>Lichamsbeleving</i> ¹⁴	= Hoe de lichaam beleefd en waargenomen wordt
<i>Evidence based</i> ¹⁵	= De resultaten zijn gebaseerd op een wetenschappelijke onderzoek
<i>Zelfbeeld</i> ¹⁶	= Het individuele beeld hoe iemand zich zelf ziet
<i>Zelfbeleving</i> ¹⁷	= De individuele beleving van zichzelf
<i>Laban</i> ¹⁸	= De naamgever van LMA (zie boven).

§1.4. Vraagstelling

Vanuit de literatuurstudie waaruit bleek dat er nog geen onderzoek is gedaan naar een “Funk-werkwijze” binnen dans- en bewegingstherapie kwam ik tot de volgende vraagstelling:

Hoe kan “Funk” als dans- en bewegingstherapeutische werkwijze bijdragen aan de lichaamsbeleving van jonge vrouwen met eetstoornissen?

Hierbij zijn de volgende deelvragen aan de orde:

- Hoe kan je Funk binnen DBT inzetten?
- Wat voor een invloed heeft de werkwijze op de lichaamsbeleving van jonge vrouwen met eetstoornissen?
- Welke aspecten van DBT in combinatie met Funk vormen de individuele werkwijze?
- Wat kan de werkwijze “Funk” succesvol in het werken met jonge vrouwen met eetstoornissen binnen DBT maken?
- Welke attitude/therapeutische houding is van belang bij het uitvoeren van deze werkwijze?

§1.5. Doelstelling

Dit onderzoek heeft als doel mijn eigen werkwijze binnen DBT te ontwikkelen. Deze werkwijze zal zich op het dans- en bewegingstherapeutische inzetten van “Funk” en zich vooral op jonge vrouwen met eetstoornissen richten.

Voor het werkveld van DBT betekent het behalen van deze doelstelling een aanvulling op bestaande werkwijzen en een (nieuwe) mogelijkheid aan te tonen hoe Funk therapeutisch kan ingezet worden.

Mijn doel op persoonlijk, professioneel gebied van mijn onderzoeksvraag is, dat ik mijn werkmodel (wat ik in verloop van mijn 3de jaar stage heb ontworpen) kan specialiseren en bevestigen. Ik hoop een uitkomst te krijgen, waarbij ik genoeg data heb, om te bevestigen, dat mijn vernieuwde werkmodel (dat ik tijdens het onderzoek heb vorm gegeven) geschikt en geïndiceerd is voor jonge vrouwen met een eetstoornis. Tijdens het onderzoek wil ik mijn werkmodel verder toelichten, helderder krijgen en er een duidelijke formulering aan geven, zodat het ook voor externe professionals grijpbaar en inzetbaar wordt.

Voor de DBT praktijk wil ik met mijn onderzoeksvraag bijdrage geven aan het behandelspectrum van cliënten met eetstoornissen. Ik wil ze inspireren om open te staan voor onbekende werkvormen en verschillende dansante uitgangspunten. Voor de cliënten aan binnen dit actie onderzoek deelnemen is het doel plezier in de beweging te ervaren, een mogelijkheid van bewegingskwaliteiten/vormgeving te ontdekken en met eigen impulsen aan de slag te kunnen gaan.

Hoofdstuk 2: Onderzoeksopzet

Er worden binnen dit onderzoeksopzet verschillende stappen besproken die ik moest ondernemen om dit onderzoek te realiseren. Hierin wordt o.a. de indicatie, ontwikkeling en fasering benoemt. Verder is hier terug te vinden hoe het onderzoek daadwerkelijk heeft plaats gevonden en hoe de actie eruit zag. De laatste paragraaf van dit hoofdstuk evalueert op het process- en het product van de daadwerkelijke therapie en beoordeelt de kwaliteit hiervan.

§ 2.1. Onderzoeksmethode/ type

Mijn onderzoeksvraag is gericht op mijn therapeutisch handelen in het medium. Hierin wil ik mijn eigen ontworpen werkmodel in de praktijk gaan onderzoeken en een eigen werkwijze ontwikkelen hoe ik Funk kan inzetten bij jonge vrouwen met eetstoornissen. Ik wil voornamelijk kennis en data verzamelen over de appèlwaarde, de bewegingskwaliteiten en de eventuele verandering van bewegingsgedrag bij deze cliënten. Dit doe ik door co- creatie met de praktijk (therapeuten vanuit de Caritas Aken en de cliënten binnen deze instelling). Verder evalueer ik met de cliënten over hun ervaringen en neem ik dit als Audio opnamen op. Ik laat hun aan het begin en aan het eind vragenlijsten invullen, die ik ga analyseren. Hiernaast observeer ik tijdens de sessies.

Mijn onderzoeksvraag is op mijn eigen werkwijze gebaseerd, maar integreert de interesse vanuit de praktijk (focus op de lichaamsbeleving).

“Bij een ontwikkelingsonderzoek gaat het om het door middel van onderzoek ontwikkelen en verbeteren van het (eigen of andermans) beroepsmatig handelen. Met ontwikkeld wordt een observatieschaal, indicatiestelling, werkwijze, behandelproduct enzovoort bedoeld. Het ontwikkelingsonderzoek gaat verder dan inventariseren omdat door analyse en integratie nieuwe kennis tot stand komt”(Smeijsters, 2008, p.368).

Migchelbrink (2007) omschrijft het belang van de formulering van de vraagstelling en het hiermee verbonden onderzoekstype.

Hij benoemt dat “hoe” in het begin van de vraagstelling de indicatie is voor een ontwikkelingsgericht type onderzoek. Dit is een verdere factor die duidelijk maakt, dat ik een ontwikkelend onderzoek doe. Vanuit het onderzoekstype wordt duidelijk, dat ik een actiegericht onderzoek doe.

Omdat ik een eigen nieuwe werkwijze wil ontwikkelen is het nodig om weer de praktijk in te gaan om data's te verzamelen en te evalueren.

Mijn methode oriënteert zich op de Action- learning- methode van Migchelbrink (2007). Deze methode houdt in, dat een groep samen aan een concreet project werkt en tegelijkertijd hierop reflecteert. Deze methode is gebaseerd op de insteek, dat mensen leren (in mijn onderzoek: over zich zelf) als zij actief worden en handelen/doen.

Dit geeft globaal de insteek van mijn onderzoek weer. Ik ga met de cliënten met een concreet project (Funk en de invloed hiervan op de lichaamsbeleving) aan de slag en evalueer met hun over het proces/ project.

Deze evaluatie vormt een belangrijke aspect van mijn onderzoek.

Vanuit deze aspecten wordt duidelijk, dat ik een ontwikkelende vraag heb opgesteld en daaruit tot een actiegerichte onderzoeksmethode ben gekomen.

Verder heb ik voor mijn onderzoek verschillende onderzoekstechnieken gekozen (Migchelbrink, 2007). Ik ga alle drie technieken van Migchelbrink (2007) gebruiken.

Deze zijn: ondervragen, observeren en documentenanalyse.

Na iedere sessie vindt een open gesprek plaats, waar iedereen iets kwijt kan en ik misschien ook naar bepaalde dingen kan vragen (ondervragen). Van deze gesprekken worden audio- opnames gemaakt, die ik achteraf analyseer. Zo heb ik de mogelijkheid om in het moment aanwezig en actief te zijn in het gesprek en zeker te kunnen zijn niks te missen. Deze analyse hoort onder documentenanalyse (zie ook § 2.6. Evaluatiefase). Voor dit onderzoek mag ik de audio- opnames als bron gebruiken. Een voorwaarde van de cliënten was, de opnames vertrouwelijk te behandelen en niet te verstrekken aan derden.

Iedere les ga ik observeren en mijn observaties schriftelijk bewaren. Ook de observaties van de cliënten over zichzelf ga ik verzamelen.

In de eerste en laatste les deel ik vragenlijsten uit met open en gesloten vragen m.b.t. de lichaamsbeleving. De vragenlijsten zijn ontwikkeld door de onderzoeker. Om de kwaliteit van deze vragenlijst te waarderen is er in een peer-groep gewerkt. De onderzoeker heeft de vragenlijst aan medestudenten van creatieve therapie gestuurd en zij hebben feedback gegeven die is verwerkt. Afsluitend heeft Ruth Schwalbach de vragenlijst ingezien en in een gesprek aanvullingen gegeven.

De thema's van de lijst zijn dus uit een multidisciplinaire samenwerking ontstaan. De vragenlijst bestaat uit 8 gesloten vragen met antwoordmogelijkheden op een schaal van 1 tot 5. Waarbij 1 staat voor nooit en 5 voor altijd. De Inhoud van deze vragen richten zich op het lichaamsbewustzijn. Vraag 1, 2, 4, 5, 6, 7 richten zich met name op lichaamsbeleving en Vraag 3 en 8 op bewegingsgedrag. Daarnaast zijn er 2 open vragen opgenomen in de lijst. De cliënten die de vragenlijsten hebben ingevuld zijn:

8 jonge vrouwen in de leeftijd van 19 t/m 25 jaar – gemiddelde: 22 jaar oud, een heeft Anorexia nervosa, 3 Boulimia nervosa en 4 cliënten hebben anorectische en boulimische fasen. De Symptomen van de stoornissen zijn 5 tot en met 10 jaar aanwezig.

Cliënt 7 is aan het begin van de therapie uitgevallen. Daardoor heeft zij de afsluitende vragenlijst niet ingevuld. Met deze reden wordt cliënt 7 binnen de resultaten niet opgenoemd.

Deze documenten ga ik ook voor mijn scriptie evalueren en analyseren.

Door deze hoeveelheid aan onderzoekstechnieken stel ik zeker, dat mijn onderzoek evidence based wordt en ik alle facetten van mijn onderzoek kan verzamelen en hij systematisch is.

Samenvattend kan ik zeggen, dat ik vooral gebruik maak van (participerende) observatie, interviews/open gesprekken met audio- opnames en vragenlijsten (Migchelbrink, 2007).

Door deze manier van data- verzameling hoop ik tot volgende kennis tijdens mijn onderzoek te komen:

- verkrijgen van aanvullende of nieuwe kennis over mogelijke verbeteringsmogelijkheden
- verkrijgen van aanvullende of nieuwe kennis om een inschatting te maken van de realiseerbaarheid en mogelijke aanpassingen van aanpak
- verkrijgen van aanvullende of nieuwe kennis inzake van de in de groep betrokkenen aanwezige competenties
- Van daaruit een ontwikkeling van werkwijze

Door deze complexiteit van evaluatietechnieken en dataanalyse ga ik met mijn onderzoek conform met de criteria voor een evidence- based onderzoek.

§ 2.2. Voorfase en oriëntatiefase

Binnen dit hoofdstuk omschrijf ik de opzet van het onderzoeksterrein.

Dit actieonderzoek is gebaseerd op mijn eigen interesse gecombineerd met de vraag vanuit de praktijk. Op grond van de probleemstelling ben ik op zoek gegaan naar instellingen in Aken die met jonge vrouwen met eetstoornissen werken en die interesse hebben in een door mij opgesteld actieonderzoek.

Hier ben ik bij twee instellingen gekomen die allebei heel geïnteresseerd waren. In eerste instantie was mijn idee om mijn onderzoek in beide instellingen uit te voeren.

Dit met de redenen, dat ik dan meer data kan verzamelen. De doelgroep en leeftijd is in beide instellingen gelijk – het enige verschil is, dat de ene instelling een woongroep is, waar jonge vrouwen, na de psychiatrisch behandeling ,als overgang moeten wonen. De andere instelling werkt ambulant met de cliënten.

In het verloop van de opzet van het onderzoek is mij steeds duidelijker geworden, dat er qua behandelmotivatie een groot verschil is. De ambulante cliënten hebben een andere ziekte-inzicht en zijn met een eigen hulpvraag in behandeling. Dit is bij de stationaire setting niet zo intensief. Ik merkte dat de cliënten hier soms geen ziekte-inzicht hebben en ook geen nut voor hun behandeling zien. Zij zijn meestal door artsen en psychiaters in de behandeling worden geplaatst.

Van daaruit heb ik de keuze gemaakt om mijn onderzoek alleen binnen de instelling te gaan doen, waar de cliënten gemotiveerd zijn voor therapie.

Dit is de "Caritas- Suchthilfe" in Aken. Hier wordt ik begeleid door Ruth Schwalbach. Zij is Psycholoog en werkt binnen deze instelling met jonge vrouwen met eetstoornissen. Verder heeft zij een dans- en bewegingstherapeutische workshop gevolgd en heeft hierdoor minimale kennis ontwikkeld. Ze is heel geïnteresseerd in vaktherapieën en staat open voor nieuwe behandelmodellen.

Onze contactmomenten zijn op multidigitale functie. Wij hebben regelmatig via email in contact en hebben meerdere persoonlijke afspraken gehad.

Zij heeft mij door haar expertkennis geholpen en mij kritische vragen gesteld over wat ik doe. Samen zijn wij in overleg gegaan wat voor de therapie belangrijk is en hoe ik dit het best kan neerzetten. Tijdens het onderzoek heb ik haar over de verloop op de hoogte gehouden en wij hebben samen gereflecteerd.

Verder zijn de cliënten, die aan het project deel nemen bij mijn onderzoek betrokken.

Omdat de Caritas Suchthilfe ambulant werkt en ik binnen mijn onderzoek op motivatie ben aangewezen (zie boven) was het ook de keuze van Ruth Schwalbach en mijzelf om de deelname voor mijn onderzoek vrijwillig op te stellen.

Dit betekent, dat ik een poster heb gecreëerd met de basisinformatie over mijn onderzoek en die binnen de instelling heb opgehangen. Verder heb ik geïnteresseerden uitgenodigd voor een informatie-avond. Binnen deze avond heb ik de cliënten ingelicht over mijn project en daarmee verbonden onderzoek.

De cliënten mochten dan kiezen of zij aan mijn onderzoek willen deelnemen.

Er zijn 8 participerende deelnemers voor mijn onderzoek.

De overeenkomsten zijn, dat het jonge vrouwen zijn (17 t/m 25 jaar) die bij de Caritas Suchthilfe i.v.m. Eetstoornissen of symptomen ervan ambulant in behandeling zijn. Ik heb er bewust voor gekozen, het aanbod alleen op vrouwen te richten. Dit heeft ermee te maken, dat daardoor de intimiteit gewaarborgd wordt en de drempel om zich te laten zien met de aanwezigheid van mannen niet nog hoger wordt gelegd.

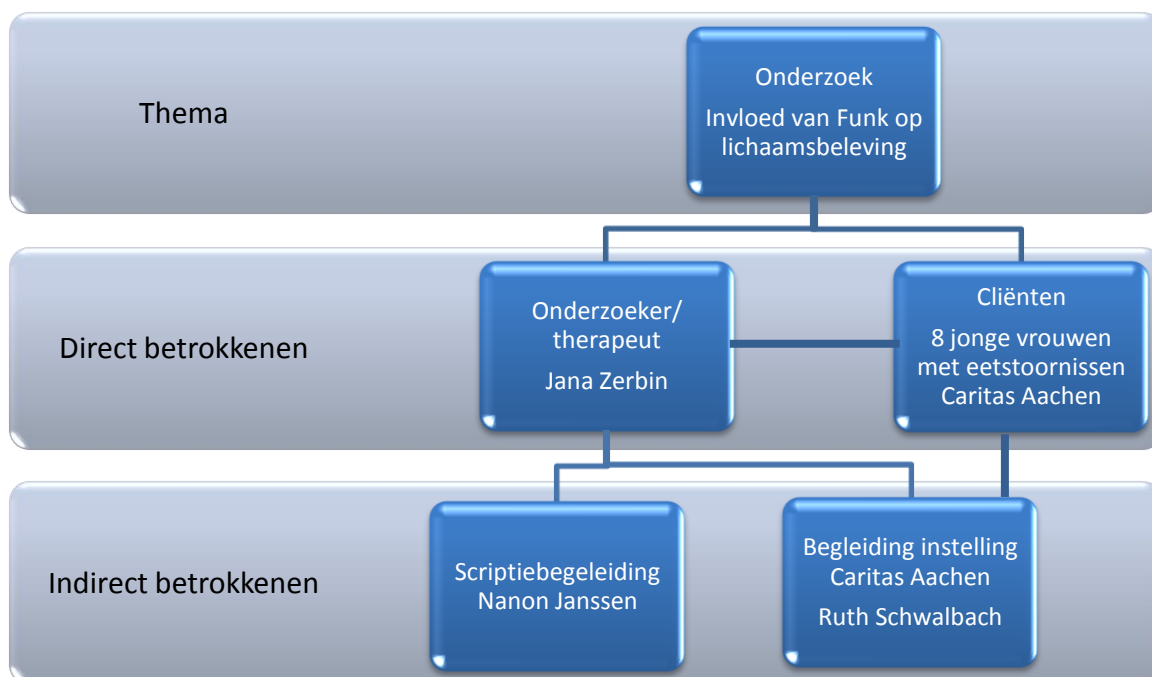
Verdere betrokkene is mijn scriptiebegeleider Nanon Janssen, die naast haar werkzaamheden als docent op Hogeschool Zuyd, binnen haar eigen praktijk ervaring heeft met het dans-bewegingstherapeutisch werken aan een positieve zelfbeeld en lichaamsbeleving.

Mijn entree als onderzoeker binnen de instelling gebeurt op een studentonderzoeker- status. Ik bied daar vanuit mijn kennis en studie een project aan, en kan data verzamelen voor het onderzoek t.o.v. mijn afstudeerproject.

Voor de cliënten ben ik de onderzoeker, projectleider en dans-en bewegingstherapeut. Binnen dit verband gaat onze relatie gelijkwaardig zijn, omdat ik op hun hulp en evaluatie ben aangewezen voor mijn onderzoek. Ik heb met deze mensen alleen tijdens mijn onderzoeksaanbod contact en geen verdere informatie of participatie over hun verdere behandeling.

Dit onderzoek heeft als doel mijn eigen werkwijze binnen DBT te ontwikkelen. Deze werkwijze zal zich op het dans- en bewegingstherapeutische richten van "Funk" bij jonge vrouwen met eetstoornissen. In de volgende figuur ga ik de betrokkenen nog eens schematisch en hiërarchisch weer geven.

Schema 1: Betrokkenen onderzoek



§ 2.3. Diagnostische fase

De diagnostische fase staat vooral in het teken van op welke manier er tot een gezamenlijke diagnose wordt gekomen met de betrokkenen. Voordat ik met mijn onderzoek daadwerkelijk in de praktijk kon beginnen, was het eerst van belang om samen met de instelling te bespreken wat de gezamenlijke diagnose en indicatie van de cliënten was. Dit bespraken we om randvoorwaarden te kunnen scheppen.

2.3.1. Probleemsituatie

Om tot een gezamenlijke diagnose te komen heb ik contact opgenomen met de Caritas Aachen. Ruth Schwalbach en ik hadden meerdere bijeenkomsten, waarin wij veel uitwisseling hebben gedaan. Eerst hebben wij samen de doelgroep en hun kenmerken gekristalliseerd en vervolgens hebben we naar mogelijke problemen of richtingen gekeken, die ik in mijn onderzoek kan betrekken.

Tijdens deze fase heb ik gebruik gemaakt van de techniek ondervraging (Migchelbrink, 2007).

De onderzoeksvraag komt vanuit mij, en Caritas Aachen kon zich er zeker in vinden en heeft mijn vraag gespecialiseerd (focus op lichaamsbeleving).

Zij vinden het interessant om antwoord te krijgen op mijn vraag, omdat in hun instelling nog geen dans- en bewegingstherapie geïntroduceerd is. Zij zijn geïnteresseerd in de uitkomst van mijn onderzoek omdat het een aanvulling van hun behandelingsopzet is.

Het was belangrijk continu met de instelling in contact te blijven om vanuit dezelfde uitgangspunten de ontwikkeling en voortgang van de therapie te kunnen reflecteren.

Ik had vaak mailcontact met Ruth Schwalbach en daarnaast ook gesprekken omdat wij vanuit verschillende therapievormen aan de slag gingen. Hierdoor hadden wij de mogelijkheid om onze verschillende werkwijzen te bespreken en vragen te kunnen stellen aan elkaar.

Deze manier van uitwisseling was voor het onderzoek heel waardevol, omdat de gebeurtenissen op deze manier in de complexiteit konden worden besproken.

Zoals binnen dit verslag al is benoemd, ga ik mijn onderzoek met en over jonge vrouwen met eetstoornissen doen.

Naar aanleiding van de gesprekken met Ruth Schwalbach ben ik tot volgende bekende ,gezamenlijke diagnose (jonge vrouwen met eetstoornissen) gekomen ,voor de cliënten van mijn doelgroep van de Caritas Aachen. Ik heb er bewust voor gekozen om alleen vrouwen bij mijn onderzoek te betrekken en daarmee de drempel om met en voor andere in beweging te gaan, te verlagen. De keuze voor jonge vrouwen als doelgroep heeft met de alternatieve dansvorm "Funk" , maar ook met het overheersend cliënteel vanuit de instelling te maken.

"Eetstoornissen" is open gehouden met de reden dat veel jonge vrouwen met een eetstoornis verschillende symptomen van verschillende eetstoornissen laten zien.

Zij hebben soms een anorectische fase, waarin zij niets eten , gevolgd door een boulimische fase, waarin zij het eten weer overgeven. Daarom heb ik gekozen mij te richten op het bekende mediumgedrag. Dit mediumgedrag is gebaseerd op eigen observaties binnen mijn 3de jaar stage, de informatie van mijn oude stagebegeleiding en van de begeleiding Caritas Aachen Ruth Schwalbach. Deze manier van diagnosticeren noemt volgens Migchelbrink (2007) de observatietechniek. Omdat het observaties vanuit het verleden zijn en ik deze als richtlijn gebruik en naar overeenkomsten en verschijnselen kijk, valt het meer onder de techniek "reflecteren".

Zo is de overkoepelende probleemsituatie binnen de diagnostische fase ,de doelgroep eetstoornis met het bekende mediumgedrag (zie §1.1. Probleemgebied).

2.3.2. Indicatie dans- en bewegingstherapie

Dans- en bewegingstherapie is volgens mij voor het werken met de doelgroep "Eetstoornissen" heel geïndiceerd, omdat er onder andere lichaamsgericht wordt gewerkt. Zoals al in § 1.1. onder de bewegingsobservaties van de doelgroep en § 1.2. de resultaten uit literatuuronderzoek staat beschreven, hebben de cliënten met eetstoornissen een onrealistisch beeld en een onrealistische relatie met hun lichaam (Forster, 2002). Binnen dans- en bewegingstherapie kan er op een ervaringsgerichte manier worden aangesloten. Hierdoor wordt de mogelijkheid geboden om in het hier en nu waar te nemen hoe het lichaam voelt en wat voor signalen het geeft. Door naar deze signalen te luisteren en door het lichaam bewust in te zetten, kan meer lichaamsbewustzijn- en beleving ontstaan. Dit biedt de basis om emoties beter lichamelijk te kunnen ervaren, hanteren en het individuele lichaamsbeeld- en de relatie aan te kunnen passen.

Doordat dans- en bewegingstherapie een actiegerichte therapievorm is, wordt de cliënt binnen het proces vanuit het denken naar het doen gebracht. Hierbij wordt hij door de therapeut en het medium ondersteunt.

2.3.3. Indicatie Funk

“Funk” en zijn impacts zijn nog niet erg bekend. Funk is een dansstijl die zich op de plezierbeleving richt.

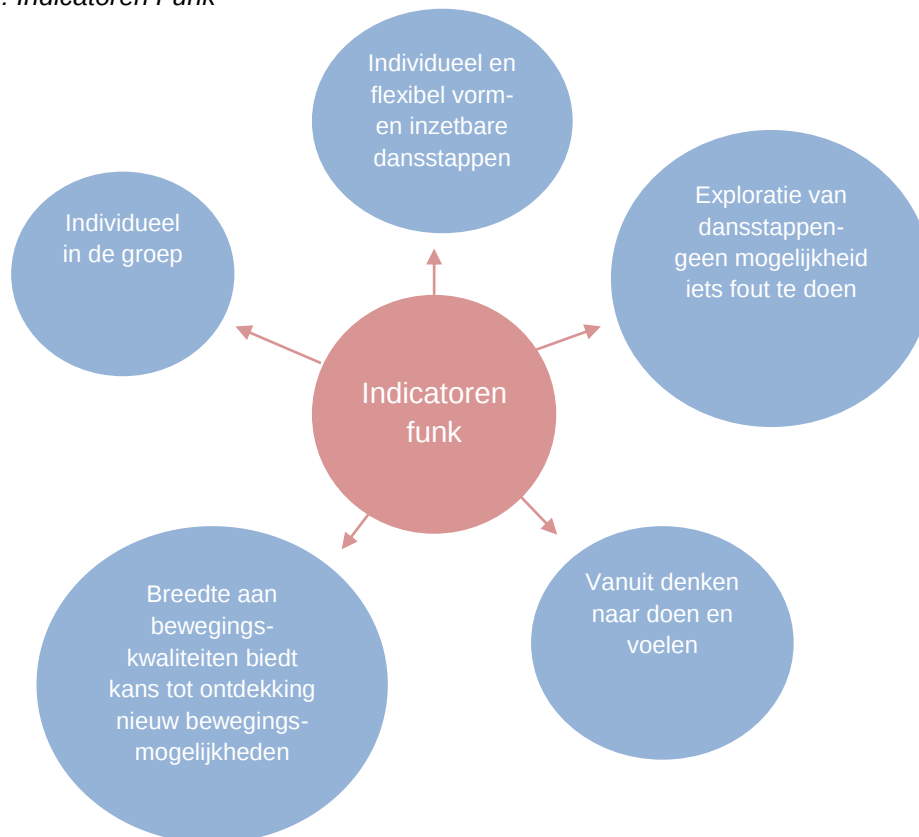
Er bestaan dansstappen die individueel en flexibel vormbaar en inzetbaar zijn.

Hierin ligt volgens mij de hoofd- indicatie voor het werken met Funk bij cliënten met eetstoornissen. Zoals al eerder beschreven, bestaat binnen de doelgroep een grote behoefte aan controle. Hierbij sluit Funk aan de ene kant aan (door de bestaande dansstappen) maar aan de andere kant daagt deze dansstijl tegelijkertijd uit (geen telling, creatieve vormgeving/verandering/exploratie van dansstappen, etc). Daardoor bestaat geen mogelijkheid om iets fout te doen – alles kan en alles mag – zelfs als het om kleine, isolatie bewegingen of houdingen gaat. Dit biedt veel veiligheid en ondersteunt de cliënt om vanuit denken naar doen en voelen te komen en zo het contact met zijn lichaam te verbeteren. Door het samen ontdekken en exploreren van de danspassen wordt binnen Funk veel invloed uitgeoefend op de groepsdynamica, waardoor de mogelijkheid bestaat dat de cliënt zich individueel in de groep waar kan nemen.

Door de breedte van bewegingskwaliteiten die binnen de Funk kan worden ingezet, krijgt de cliënt de mogelijkheid om bewegings-voorkeuren te ontdekken en nieuw bewegingsmogelijkheden te onderzoeken.

De belangrijkste indicatoren vindt u samengevat in volgend schema.

Schema 2: Indicatoren Funk



2.3.4. Randvoorwaarden

Voordat ik aan de slag kon gaan moest ik beslissen aan wat voor voorwaarden er moest worden voldaan om een veilige en authentieke sfeer te creëren. Dit was voor mij belangrijk om de cliënten te waarderen en de betrouwbaarheid van mijn onderzoek te versterken.

Die randvoorwaarden zijn tijdens het onderzoek hetzelfde gebleven.

De belangrijkste voorwaarde was de veiligheid.

Dit was belangrijk om een therapie-sfeer te kunnen creëren waar de cliënten zich veilig voelen om zichzelf te laten zien.

Om in beweging te gaan voor anderen (misschien zelfs onbekenden), is een hoge drempel voor de meeste cliënten. Zij voelen zich niet op hun gemak, vergelijken zich met andere en voelen zich daardoor onzeker. De rol van de therapeut is hierin dat hij de werkvormen en sessie- begeleiding hierop kan afstemmen.

Dit kan de therapeut bijvoorbeeld doen door de sessie rustig op te bouwen en de werkvormen veilig te houden door duidelijk te zijn.

Een andere belangrijke randvoorwaarde voor mij was het respect. Door het gezamenlijk bewegen en de funk- specifieke ambassade (alles kan en alles mag), wordt respect voor elkaar gecreëerd. De rol van de therapeut hierin is, dit respect te waarborgen en open hierover te communiceren. Dit bevestigt weer de veiligheid van iedereen in de groep, omdat duidelijk wordt dat iemand aanwezig is die het overzicht behoudt en dingen open toont. Tegelijkertijd kan zo vertrouwen ontstaan. Dit is de derde randvoorwaarde, die voor mij belangrijk was. Vertrouwen in de therapeut, dat die het overzicht behoudt en op een veilige manier open en respectvol communiceert. En ook vertrouwen in de mede-clieënten heeft. Dat je je mag laten zien, ervaringen met de groep kan delen en hierin serieus genomen worden (Keulen, 2007).

§ 2.4. Ontwikkelfase

Dit paragraaf beschrijft mijn actieplan en de uitwerking van de manier waarop het project gerealiseerd wordt. Hierin omschrijf ik onder 2.4.1. de fasering van de therapie en onder 2.4.2. het actieplan.

Verder omschrijf ik mijn rol hierin als onderzoeker en hoe ik data ga vast leggen.

2.4.1. Fasering

De groep:

De groep is gevormd uit minimaal 4 en maximaal 8 cliënten. Deze zijn in de leeftijd van 17 tot en met 25 jaar en het zijn uitsluitend vrouwen.

De groep is samengesteld met cliënten vanuit de Caritas Aachen. Hier zijn de cliënten ambulante m.b.t. hun eetstoornissen in therapie. Zij hebben soms een anorectische fase, waarin zij niks eten, gevolgd door een boulimische fase, waarin zij het eten weer overgeven – er zijn dus zowel anorectische als boulimische cliënten (of dubbel- diagnostische) binnen mijn scriptie zijn betrokken.

Periode en frequentie:

Mijn actiegericht onderzoek gaat 8 weken duren (begin: 22.02.2013 en eind: 12.04.2013).

Een keer per week, iedere vrijdag van 16.30 uur tot 18.00 uur ,vindt er een sessie van 1,5 uur plaats binnen de Caritas Suchthilfe Aachen.

Fasering sessies:

Projectfasering:

1^{de}: Kennismaking

— de cliënt maakt met de therapeut en mede- cliënten kennis; opbouwen van vertrouwen

2^{de}: Bewustwording

— de cliënt werkt met de therapeut in de groep naar zijn probleem door

3^{de}: Interpersoonlijke interactie in autonomie

— de cliënt experimenteert met expressiemogelijkheden, lichaamscontact, grenzen en vergroot zijn autonomie en individuatie

4^{de}: Afsluiting

— de cliënt bevestigt ervaringen, ontwikkelt strategieën voor het mee nemen naar dagelijks leven en neemt afscheid

De tijdsindeling van iedere fase is vooraf niet vastgelegd. Het is individueel afhankelijk van de cliënt en het contact met hem en de therapeut. Sommige hebben langer nodig om contact en vertrouwen op te bouwen, andere zijn snel op deze niveau. Dit heeft met verschillende punten te maken. Heel belangrijk is daarbij hoe de interactie tussen de cliënt en therapeut werkt en ook hoe open de cliënt tegenover de therapeut staat. Verder kan het ook zijn, dat een cliënt langer nodig heeft voor de 2de fase en andere zich van zijn thema's al heel duidelijk bewust zijn. Daarom is mijn fasering in behandeling alleen een rand voorwaardelijke richtlijn, die individueel vorm en tijd krijgt.

Sessiefasering:

Opwarming – Kern 1 (algemeen) – Kern 2 (Funk) – Afsluiting

2.4.2. ActieplanWerkwijze:

Binnen de therapie ga ik vanuit de Psychotherapeutische stroming à Eclectische therapie (directieve therapie = concrete, welomschreven, realistische doelen, ervaringsgerichte activiteiten in het medium, et cetera) werken. Hierin maak ik vooral gebruik van de ortho – agogische (=ondersteunen van de ontwikkeling) en re – educatieve (=doorwerken van problemen op intra- en interpsychische manier) werkwijze.

De werkwijze binnen de individuele sessie is afhankelijk van het sessiedoel. Het kan zowel ortho – agogisch als re – educatief zijn (Smeijsters, 2008).

Inhoud en doelen:

Binnen de therapie ga ik funk als dans- en bewegingstherapeutische werkwijze toepassen op het werken met jonge vrouwen met eetstoornissen.

De doelen hiervan zijn onder andere het toenemen van het lichaamsbesef, het ontwikkelen van een positief zelfbeeld en een gezonde manier van het werken met lichaam en beweging.

Rol en data:

Mijn rol als onderzoeker is hetzelfde als bij de voorfase en oriëntatiefase is beschreven.

Mijn rol is gelijkwaardig aan die van de cliënten. Samen met hun ga ik na iedere les in gesprek en luister actief naar hun evaluatie. Dit neem ik mee naar de volgende keer- zo kan ik als het geïndiceerd is – dingen bijstellen of veranderen. Van deze gesprekken worden audio opnames gemaakt en de sessies worden onder begeleiding Ruth Schwalbach geëvalueerd (zie § 2.1. Onderzoeksmethode).

Ik heb een leidende positie, maar die moet niet altijd actief zijn, Ik ga de groep ruimte en tijd bieden voor eigen inbreng.

Indeling sessies:

De sessies oriënteren zich aan de sessiefasering vanuit 2.4.1. Fasering.

Qua indeling van sessies en thema's heb ik mijn volgende plan opgesteld:

→ Kennismaking: medium therapeut en groep (gesloten werkvormen) – 2 sessies

→ Werken met Funk m.b.t. de doelen (zie boven)
(vanuit gesloten meer naar open werkvormen) – 5 sessies

→ Afronding en afscheid (open werkvorm) – 1 sessie

Mogelijke werkvormen: Body-check; Ontspanningsoefening; Waarnemingsoefening; Werken met choreografie; Werken met dansante uitgangspunt; werken met muzische uitgangspunt.

§ 2.5. Actiefase

Binnen dit hoofdstuk ga ik weergeven, hoe de sessies binnen mijn onderzoeks- therapie daadwerkelijk hebben plaats gevonden. Dit doe ik aan hand van een tabellarisch overzicht. Verder vat ik de belangrijkste aanpassingen van mijn onderzoek samen.

2.5.1. Overzicht

Het overzicht omvat een tabel, waarin ik omschrijf welke sessie, welke fase, welke werkvormen, op welke observaties ik interventies heb gepleegd en wanneer welke aanpassingen hebben plaats gevonden. Daarbij richt ik mij uitsluitend op de plaatsgevonden Funk- werkvormen, omdat die relevant zijn voor mijn onderzoeksvraag.

Tabel 1: Actieplan

Data/sessie	Fasering	Funk-werkvorm	Aspect/Doel	Observatie	Interventie	Aanpassingen
22.02.13 Sessie 1	Kennis-making	Basisstappen (Twist, Funky Freak, Wave en Roboter) aangeleerd; Samen combinaties/ volgorde van basisstappen bedacht	Lichamelijke aspect; Kennismaken met dansstijl en elkaar in beweging Sociale aspect; Zich zelf inbrengen, ideeën omzetten, leiden/volgen	Kleine, langzaame bewegingen Observatie onderling	Schaduw en Veranderen van plek – meer bewegings-ruimte creert	Na eerste sessie: Moduskaarten van HV trainingen bijgenomen voor mogelijke interventies en focus op polariteiten
01.03.13 Sessie 2	Kennis-making	Herhaling Basisstappen plus 2 nieuwe (Catwalk en Funky Chicken) Werken met polariteiten: langzaam en snel	Sociale aspect: Kennismaken met elkaar in beweging Lichaamelijke aspect: Experimenteren met verschillende kwaliteiten en de invloed op het lichaam	 Over grenzen heen gaan (rode hoofd; uit adem en toch verder snel bewegen)	 Oog- en non-verbaal contact; Terugkoppeling naar lichaams-signalen; waarnemings-oefening	
08.03.13 Sessie 3	Bewustwording en werken met Funk	Herhaling dansstappen en polariteiten Werken met polariteiten: groot en klein; combinaties met snel en langzaam	Lichaamelijke aspect; Zich zelf en lichaams-signalen waarnemen Lichaamelijke aspect; Zich zelf en lichaams-signalen waarnemen; Bewegings-voorkeuren ontdekken	Onrust en observatie onderling Geremde bewegingen	Veranderen van ruimte t.o.v. elkaar Sfeer ontspannen; excentrische, speels-achtige bewegingen	Na derde sessie: Bewustwording van grote belang en invloed van groep /sociale aspect.
15.03.13 Sessie 4	Bewustwording en werken met Funk	Verdieping dansstappen Plus 2 nieuwe (Horse en Soultrain)	Lichaamelijke aspect; Bewegings-mogelijkheden en voorkeur ontdekken			Na vierde sessie: Bewustwording van belang van werken met

		Combinatie met polariteiten				associaties en waarde van zelfonthulling
		Werken met Funk en lichaams-signalen t.o.v. de ruimte en anderen	Sociale en lichamelijke aspect; Lichaams-signalen waarnemen t.o.v. de ruimte/groep	Gespannen, bewegingen en houdingen	Instructies ademhaling; Zelfonthulling; Associaties	
22.03.13 Sessie 5	Bewustwording en werken met Funk	Herhaling danspassen	Lichaamelijke aspect; eigen bewegingsvoorkeur onderzoeken			
		Afstemmen in afstand; nabijheid en wisselen van plek	Sociale en lichamelijke aspect; Contact opnemen; lichaams-signalen waarnemen	Kleinere bewegingen / verbaal terug trekkend-stil; hoge ademhaling	Voorbeeld-gedrag in beweging vertoond; 2 tallen creëerd en vanuit 2-tallen terug in de kring	
29.03.13 Sessie 6	Interpersoonlijke Interactie in autonomie	Niet van toepassing: Wens van de groep tijdens gesprek naar afbraak opwarming: Ontspannings-oefening; met reden van lage energie	Lichaamelijke aspect: Lichaams-signalen waar genomen Sociale aspect: Samen een wens geuit	Tijdens opwarming: Gespannen en hoge ademhaling → tijdens bespreking opluchting	Feedback gegeven en verbaal contact gemaakt → ontspannings-oefening aangeboden	Na de zesde sessie: meer terug geven wat ik zie en afwachtend wat vanuit groep komt
05.04.13 Sessie 7	Interpersoonlijke Interactie in autonomie	Herhaling dansstappen en polariteiten Ontwikkelen van nieuw dansstappen Groepschoreo van "wens-stappen"	Lichaamelijke aspect: Bewegingsvoorkeur bevestigen Sociale en expressieve aspect; Samen iets nieuws bedenken Sociale aspect; Zich zelf inbrengen; leiden volgen	Zichtbaar herhaling in beweging Stilte in beweging en ook verbaal Lachen, uitdagen en compromis in beweging zoeken	Variatie door instructie en weer terug naar eigen voorkeuren Associaties en individuele benadering van al kleine bewegingen Passieve, participerende rol	

19.04.13 Sessie 8	Afscheid	Groepschore o van alle dansstappen en met alle polariteiten en persoonlijke bewegings-voorkeuren	Sociale aspect; Afscheid nemen, samen iets creëren. Lichaamelijke aspect; Bevestigen van bewegings-voorkeuren; omzetting: naar lichaams-signalen luisteren Expressieve aspect: Vorm geven aan eigen choreo	Contact onderling; uitdagen en aanvullen	Passieve rol; associaties; sfeer ontspannen; terug-koppeling naar eerdere sessies	
----------------------	----------	--	--	--	---	--

2.5.2. Aanpassingen

In het tabel is terug te zien, dat tijdens het therapieverloop vijf grote aanpassingen hebben plaats gevonden. Die worden hier nog eens opgenoemd en onder “2.6.1. Processevaluatie” nog verder toegelicht.

1: Na eerste sessie:

Moduskaarten van HV trainingen bijgenomen voor mogelijke interventies

2: na eerste sessie: Focus op polariteiten.

3: Na derde sessie:

Bewustwording van grote belang en invloed van groep /sociale aspect.

4: Na vierde sessie:

Bewustwording van belang van werken met associaties en waarde van zelfonthulling

5: Na de zesde sessie: meer terug geven wat ik zie en afwachtend wat vanuit groep komt

§ 2.6. Evaluatie en kwaliteit

Evalueren betekent “op waarde schatten” de waarde of kwaliteit bepalen. Evalueren is impliciet of expliciet positief of negatief beoordelen van het handelen (Migchelbrink, 2007). Zo wordt in dit hoofdstuk beschreven, hoe de verzamelde data geanalyseerd zijn en of zij aan de kwaliteitscriteria voldoen.

Er bestaan twee gebieden van evalueren: process- en productevaluatie.

Met processevaluatie wordt de weg naar het eind bedoelt. Binnen de processevaluatie gaat het over onderzoeken van het functioneren in de praktijk. Dit ga ik de hele project in samenwerking met mijn begeleiding en de cliënten gaan doen om mijn handelen te verbeteren en bij te stellen. Pas als deze processevaluatie is afgerond kan naar de productevaluatie worden gekeken (Migchelbrink, 2007). Productevaluatie evalueert het uiteindelijke resultaat. Door evaluatie op beide gebieden wordt het onderzoek in zijn geheel op kwaliteit beoordeelt.

2.6.1. Procesevaluatie

Om het gehele proces te evalueren is volgens Migchelbrink (2007) nodig, dat binnen de evaluatie gebruik gemaakt wordt van dataverzamelingstechnieken zoals ondervragen, observeren en documentenanalyse (zie § 2.1. Onderzoeksmethode) en dat het een ervaringsgerichte zelfonderzoek is. Dit houdt volgens Migchelbrink (2007) in, dat ervaringen en zienswijze heel open, ongestructureerd en in eigen woorden kunnen worden geuit. Dit heeft tijdens mijn onderzoek vorm gekregen door een open evaluatiegesprek te voeren aan het eind van iedere sessie.

Met betrekking tot de procesevaluatie is binnen deze scriptie gebruik gemaakt van de ondervragende, observerende techniek (Migchelbrink, 2007):

→ ondervraging

De kracht van deze techniek is de mogelijkheid om dieper in te gaan op redeneringen, motieven, ervaringen en daarmee de verbonden belevenissen. Binnen het onderzoek heb ik de manier van een groepsgewijze en ook individuele ondervraging toegepast. Dit heeft vorm gekregen aan het eind van iedere sessie. De open evaluatie is gevormd door middel van ondervraging van de cliënten die op verschillende thema's kwamen en door mijn eigen observaties. Dit heb ik gedaan door mijzelf op het individu te richten en door herkenning van de groep.

Van de evaluatiegesprekken met de cliënten zijn audio opnames gemaakt, zodat ik naar de ondervraging terug kon luisteren

Verder heb ik tijdens de evaluatiegesprekken met mijn begeleiding Ruth Schwalbach mijn eigen handelen ondervraagd.

→ observaties

Binnen mijn eigen professionele observaties heb ik gebruik gemaakt van ongestructureerde observaties. Dit houdt volgens Migchelbrink (2007) in, dat ik van te voren niet weet, welke informatie ik wil hebben van de observatie. Daardoor sta ik open voor verschillende aspecten die komen en ben ik niet op een te verwachten gedrag binnen de observatie gefocust. Wanneer ik mijn kennis heb opgedaan kan ik mijn observaties gaan structureren. Daarmee wordt bedoeld dat ik mij daarvoor op verschillende thema's of aspecten vast moet leggen. Dit heb ik tijdens het verloop van de sessies gedaan (zie § 2.5. Actiefase).

Mijn observaties waren participierend omdat ik de sessies gaf en aanwezig was. Soms had ik een actieve en soms een passieve rol. Verder was de observatie tegenover de cliënten open omdat de deelnemers wisten, dat ik deze therapie in verband met mijn scriptie aanbod en de observaties voor het ontwikkelen van de werkwijze belangrijk waren. Daardoor is de positie nog eens duidelijk geworden en mijn gedrag transparant. De opgedaan observaties heb ik met mijn begeleiding vanuit de Caritas Aachen besproken en hierin hebben wij onze ervaringen en ideeën uitgewisseld. Verder heb ik in mijn sessieverslagen de observaties gedocumenteerd.

Zoals onder 2.5.2. Aanpassingen terug te lezen is, hebben er tijdens mijn onderzoek vijf belangrijke aanpassingen plaats gevonden.

De eerste twee aanpassingen waren direct na de eerste sessie nodig. Vanuit het verloop merkte ik, dat ik in verschillende situaties meer variaties en bewustzijn van interventiemiddelen nodig had om in het hier en nu te kunnen handelen. Hiervoor heb ik de moduskaarten vanuit de HV- trainingen (zie bijlage 7) uit het tweede jaar erbij gepakt om mezelf bewust te maken van de verschillende variatiemogelijkheden (Janssen, 2010).

Verder heb ik in de eerste sessie meteen duidelijke bewegingsobservaties gedaan, waardoor ik op het idee kwam, om met de cliënten vanuit polariteiten te werken om hun te kunnen ondersteunen hun eigen bewegingsvoorkeuren te laten ontdekken. Dit deed ik ook om de terugkoppeling naar de lichaamssignalen duidelijker vorm te geven.

De derde aanpassing vond plaats na mijn derde sessie. Door de groepsdynamische observatie en stemming ben ik mij ervan bewust geworden, hoe belangrijk het werken in het sociale aspect is. Zelfs als ik met de doelgroep lichamelijk bezig was, was de invloed van de groepsleden onderling duidelijk zichtbaar en hierover werd ook door hen gereflecteerd. Zo heeft bijvoorbeeld de aanwezigheid van meer groepsleden de bewegingen kleiner en intrinsiek gemaakt. Terwijl dezelfde werkvorm en bewegingen in een kleinere groep er meer toe leidt om de bewegingen groter en extrinsiek te laten worden.

Ook de aanpassing naar de vierde sessie had een sociaal uitgangspunt. Zo merkte ik tijdens de sessie, dat de cliënten makkelijker in beweging komen, als de sfeer ontspannen is. Om dit te bereiken heb ik meer met associaties en zelfonthulling gewerkt.

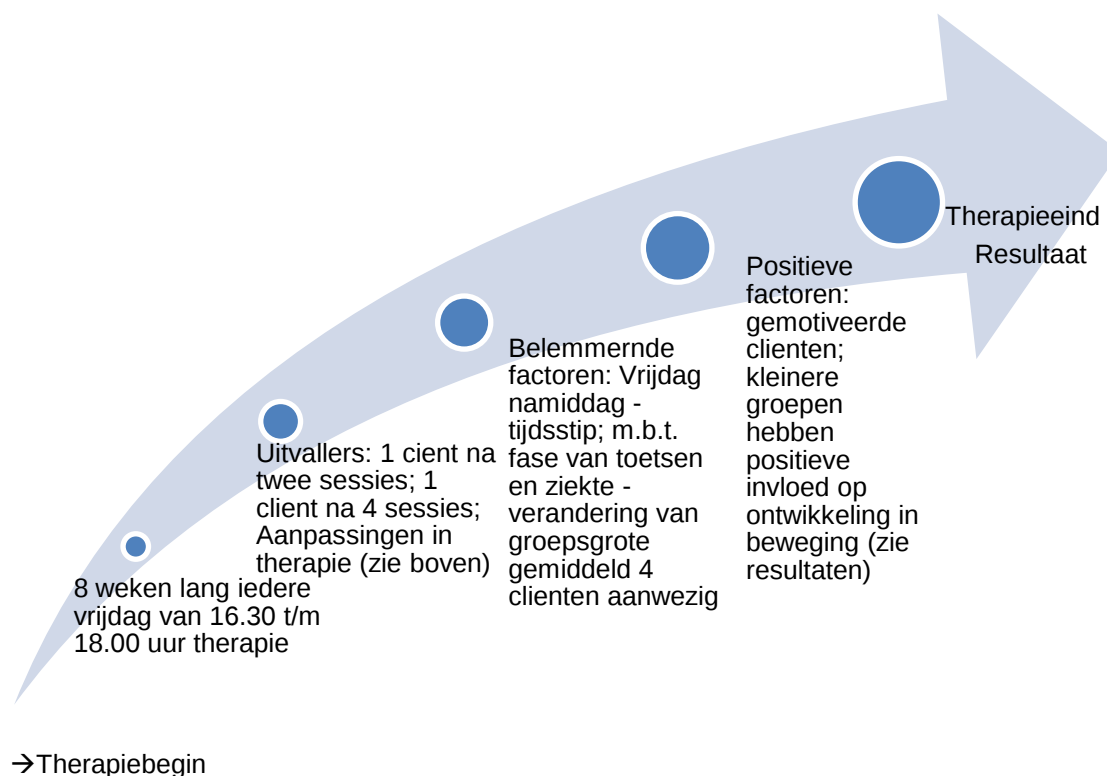
De laatste belangrijke aanpassing heb ik na de zesde sessie gedaan. Ik merkte tijdens de werkvorm dat de bewegingen anders waren dan de sessies ervoor.

Door het terug te geven en ruimte te creëren hebben de cliënten de mogelijkheid gekregen om een terugkoppeling naar zichzelf, de lichaamssignalen en eigen behoeften te maken en dit met mij te delen.

Vanuit de aanpassingen, die ik steeds mee naar de volgende sessies heb genomen is er een breed spectrum aan gedrag zichtbaar veranderd die zorgde voor een nieuw impact. Door deze aanpassingen, kreeg de ontwikkeling binnen de therapie steeds nieuwe impulsen. Op deze manier is er verdieping ontstaan.

Een overzicht van het proces is in het volgende schema te vinden.

Schema 3: Processontwikkeling



2.6.2. Productevaluatie

De productevaluatie omschrijft hoe de data die binnen dit onderzoek zijn verzameld worden beoordeelt.

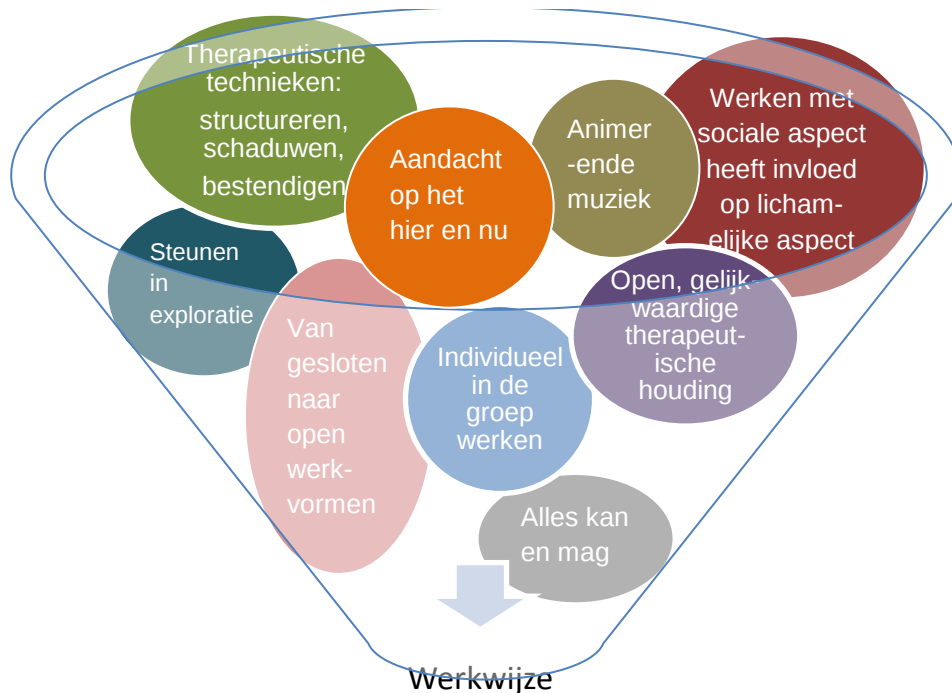
→ Data-analyse/inhoudsanalyse

Deze techniek heeft binnen het onderzoek op verschillende manieren plaats gevonden. Zowel de audio opnames van de evaluatiegesprekken als de vragenlijsten worden geanalyseerd. De vragenlijsten analyseer ik op kwantitatieve manier (scala's en grafieken van de gesloten vragen). De vragen en antwoordmogelijkheden zijn zo geformuleerd, dat ik het omschrijvend kan analyseren en geen SPSS of andere hulpprogramma hiervoor nodig heb. Ik verwerk het ook kwalitatief. Dit doe ik door het analyseren van de antwoorden van de open vragen. Verder wordt de ondervraging en observaties zoals bij 2.6.1. Procesevaluatie te lezen is, geëvalueerd en de uitkomst ervan wordt beschreven. Vanuit deze evaluaties zijn thema's naar voren gekomen die de werkwijze hebben gevormd.

Het product, dus de uitkomst van mijn onderzoek is geëvalueerd en geanalyseerd in samenwerking met mijn begeleiding Ruth Schwalbach.

In onderstaand schema vindt u de belangrijkste thema's vanuit het onderzoek. Deze zijn binnen het onderzoek naar voren gekomen en hebben het product/de werkwijze gevormd.

Schema 4: Thema's vanuit onderzoek die werkwijze vormen



De trechter omvat de factoren die binnen het onderzoek wegwijzer waren voor het ontwikkelen van de werkwijze. Zij omschrijven de technieken, therapeutische houding en verdere elementen vanuit het medium die tijdens het werk met de cliënten en in dit onderzoek belangrijk waren. Deze factoren hebben zich in het verloop van mijn onderzoek gekristalliseerd en het belang ervan is tijdens de sessies en gesprekken met cliënten en begeleiding steeds duidelijker geworden.

2.6.3. Kwaliteit

Voor een kwalitatief onderzoek gelden een aantal kwaliteitscriteria. Aan hand van deze criteria ga ik de kwaliteit van mijn onderzoek omschrijven.

Credibility (geloofwaardigheid):

Om de geloofwaardigheid van dit onderzoek te waarborgen heb ik van de techniek "member-check" gebruik gemaakt. Gegevens en interpretaties werden voorgelegd aan betrokkenen om vast te stellen of de reconstructie van de werkelijkheid, zoals die voor de studentonderzoeker duidelijk waren, voor hen herkenbaar was. De member-check kon op diverse manieren worden uitgevoerd: formeel of informeel, tijdens het afstudeeronderzoek of erna. Individueel of in groepsverband en al dan niet aan de hand van door de studentonderzoeker geproduceerde stukken (Migchelbrink, 2007).

Door het back-uppen tijdens evaluatiegesprekken en het navragen van uitspraken heeft een member-check plaats gevonden. Verder ontvangen de cliënten een samenvatting van de scriptie in hun taal (Duits), zodat zij nalezen kunnen of de samenvatting voor hun de werkelijkheid construeert en zij herkennen. Zij hebben altijd de mogelijkheid om met de onderzoeker in contact te gaan en vragen te stellen.

Naast de member-check heeft de onderzoeker gebruik gemaakt van de techniek triangulatie.

Zo werd de verschillende informatie en de bronnen naast elkaar gelegd en is naar overeenkomsten en verschillen gekeken.

Transferability (overdraagbaarheid):

De overdraagbaarheid wordt behaald door bewuste selectie. Het onderzoeksterrein en de doelgroep zijn duidelijk vastgelegd. Ook wat er überhaupt binnen dit onderzoek is gedaan en hoe de gegevens en data zijn verzameld staat beschreven.

De cliënten hebben andere achtergrond – waardoor het complexer wordt en overdraagbaar naar andere cliëntengroepen.

Dependability (afhankelijkheid):

„Dependability” ook wel betrouwbaarheid of afhankelijkheid genoemd, betreft volgens Migchelbrink (2007) het vertrouwen in de werkwijze tijdens het onderzoek. Hierbij gaat het om de nauwkeurigheid en de zorgvuldigheid in de manier van werken.

Binnen dit onderzoek werd steeds de terugkoppeling naar het handelen in verband met mogelijke aanpassingen gedaan. Iedere sessie werd voorbereid en nabesproken (met behulp van de audio-opnames en observaties). Er is voortdurend gereflecteerd met de begeleiding vanuit de instelling.

Authenticity (eerlijkheid):

Binnen het onderzoek wordt gebruik gemaakt van informatie van derden. In verband met randvoorwaarden van de cliënten mogen de uitkomsten vanuit de audio-opnames en vragenlijsten gebruikt worden, maar niet bijgevoegd worden. De cliënten en de instelling bevinden zich in Aken. Zij ontvangen een Duitse samenvatting van de scriptie.

Confirmability (bevestiging):

Confirmability vraagt naar de mate van objectiviteit van de onderzoeker en in hoe verre de gegevens letterlijk zijn weer gegeven. Binnen dit onderzoek heeft continu een uitwisseling met de cliënten en begeleiding plaats gevonden (ook “reflective journal” genoemd). Door de audio opnames terug te horen en na te vragen wat bedoeld wordt, is een hoge mate aan bevestiging gewaarborgd.

Kritische en zorgvuldige omgang:

Met de gekregen informatie van de cliënten is zorgvuldig omgegaan. Van hen kwam de vraag om geen foto's of video opnames te maken en de audio opnames en vragenlijsten vertrouwelijk te behandelen. Dit is zo gebeurd.

Ook heeft de onderzoeker tijdens de sessies en voornamelijk in de evaluatiegesprekken met de cliënten, steeds getoond, dat zij alles kwijt kunnen en geen bepaalde resultaat verwacht wordt. Ook tijdens de gesprekken met de begeleiding is erop gelet, dat de informatie vertrouwelijk werd behandeld en over het handelen werden kritische vragen gesteld.

Verantwoording:

De verantwoording voor deze scriptie en de beoordeling van de kwaliteit ligt bij de onderzoeker – bij mij. Ik heb geprobeerd zo veel mogelijk met literatuur te onderbouwen. Verder is door voorbeelden aangegeven wat op welke manier bedoeld wordt. Om een beter beeld te creëren van dit onderzoek heeft de lezer de mogelijkheid in de bijlage de vragenlijst in te zien en contact op te nemen wanneer er vragen zijn. Dit kan via: jana-zerbin@gmx.de

Tijdens de opzet van dit onderzoek heeft Ruth Schwalbach ook verantwoording opgenomen. Zij heeft mij tijdens talrijke gesprekken informatie over de doelgroep en cliënten gegeven. Verder heeft zij met de instelling geregeld dat ik de ruimte ter beschikking had en dat iedere week de muziekinstallatie voor mij is neer gezet.

Hoofdstuk 3: Resultaten

Door het uitvoeren van dit onderzoek zijn er resultaten op verschillende gebieden naar voren gekomen. Dit hoofdstuk geeft deze resultaten weer zonder ze te interpreteren en te verklaren. Zo als in 2.6.2. productevaluatie beschreven staat zijn er verschillende thema's tijdens het verloop naar voren gekomen.

Deze thema's zijn op therapeutisch-, cliënt- en mediumniveau. Binnen de resultaten omschrijf ik de overlappende thema's die op het cliënt en mediumniveau zijn ontstaan.

Dit doe ik met behulp van de evaluatiegesprekken, observaties en de vragenlijsten.

Zo worden de ingevulde vragenlijsten (zie bijlage 3), deze van het begin en deze van de afronding, gescoord en naast elkaar gelegd.

Ook mijn eigen bewegingsobservaties en de evaluatie op bewegingservaringen van de cliënten worden benoemd. Verder wordt in de analogie beschreven welke invloed de therapie op de cliënten had.

§ 3.1. Resultaten vragenlijst

De vragenlijst heeft zich op twee grootte thema's gefocusseerd:

- Lichaamsbewustzijn/ beleving
- Uiten/Reguleren van bewegingsgedrag

Aan hand van deze twee thema's ga ik de resultaten van de vragenlijsten benoemen.

Vooraf aan de therapie reeks is de vragenlijst ingevuld door de cliënten (T1). Achteraf, 8 weken later, is dezelfde vragenlijst door dezelfde cliënten opnieuw ingevuld (T2). De cliëntengroep bestond uit 8 personen (n=8). De vragenlijst bestaat uit 8 gesloten vragen met antwoordmogelijkheden op een schaal van 1 tot 5. Waarbij 1 staat voor nooit en 5 voor altijd. De inhoud van de vragen richten zich op lichaamsbewustzijn. Vraag 1, 2, 4, 5, 6, 7 richten zich met name op lichaamsbeleving en Vraag 3 en 8 op bewegingsgedrag. Daarnaast zijn er 2 open vragen opgenomen in de lijst. Verdere uitleg over de vragenlijst zie bijlage 3.

De scores zijn in volgende kleuren weergegeven: Blauw: als de score hetzelfde is gebleven; Rood: als die lager is en Groen: als die hoger is.

Fig. 1: Voorbeeldvraag

Als er spanning in mijn lichaam is, voel ik hoe mijn spieren zich veranderen (bv. aanspannen of trillen)				
1 nooit	2 zelden	3 soms	4 vaak	5 altijd

Zoals in figuur 1; voorbeeldvraag zichtbaar is, hadden de cliënten de mogelijkheid de vraag te beantwoorden in een schaal van 1 t/m 5. Hoe hoger de score, des te hoger de lichaamsbeleving van de cliënten.

Deze resultaten worden in hoofdstuk 3 geïnterpreteerd en verklaart.

3.1.1. Gesloten vragen

Lichaamsbewustzijn/ beleving

Betrekking tot vraag nummer 1,2,4,5,6,7 (zie beneden)

Binnen de vragenlijst lag de hoofdfocus op het lichaamsbewustzijn van de cliënten.

De cliënten zijn in toenemende mate impulsief gaan bewegen. Ook nemen ze aan het einde van de therapiereeks meer geremdheid in beweging waar. Een eventuele verklaring voor deze in eerste instantie tegengestelde toename volgt in de discussie (zie hoofdstuk 4). Cliënten zijn bewust van hun aangespannen lichaam bij het gevoel onzekerheid. Daarnaast lijken zij weinig verandering waar te nemen in hun spieren, als er al aanwezige spanning is in hun lichaam. Ditzelfde verschijnsel is zichtbaar bij het ervaren van ademhaling tijdens spanning. Ze voelen zelden lichaamsspijn bij een aangespannen lichaam.

Hieronder worden de resultaten per vraag weer gegeven.

<i>Vraag 1: Ik beweeg impulsief</i>								
	Clïënt 1	Clïënt 2	Clïënt 3	Clïënt 4	Clïënt 5	Clïënt 6	Clïënt 8	Gemiddeld
T1	4	3	2	3	2	2	3	2,7
T2	4	4	1	4	4	2	3	3,1

Hieruit bleek dat drie cliënten vanuit eigen idee aan het eind van de therapie impulsiever bewogen dan in begin. Bij drie cliënten is dezelfde continuïteit gebleven. Cliënt 3, die naar 4 sessies is gestopt heeft aangegeven, dat zij in de laatste sessies waar zij aanwezig was niet meer zo impulsief heeft bewogen dan in begin. Het resultaat is, dat de cliënten aan het eind van de therapie gemiddeld iets impulsiever bewogen.

Hierin hebben zij een score van 3,1 bereikt. Dit ligt over de helft van het maximaal bereikbare score en bedoelt, dat de cliënten gemiddeld “soms” impulsief bewogen.

<i>Vraag 2 :Ik beweeg geremd</i>								
	Clïënt 1	Clïënt 2	Clïënt 3	Clïënt 4	Clïënt 5	Clïënt 6	Clïënt 8	Gemiddeld
T1	2	3	2	2	2	3	3	2,4
T2	3	3	2	3	3	4	3	3

Vier cliënten nemen hun bewegingen aan het eind van de therapie geremder waar dan in het begin.

Bij alle vier de cliënten is de score een beoordelingspunt naar boven gegaan.

Bij drie cliënten is de waarneming hetzelfde gebleven.

In totaal scoren zij zich met een 3 – waarmee wordt bedoelt dat zij zich “soms” geremd bewegen.

<i>Vraag 4: Als ik onzeker ben, voel ik hoe mijn lichaam zich aanspant</i>								
	Clïënt 1	Clïënt 2	Clïënt 3	Clïënt 4	Clïënt 5	Clïënt 6	Clïënt 8	Gemiddeld
T1	4	4	3	5	4	4	2	3,7
T2	5	4	3	5	4	4	4	4,1

Bij vijf cliënten is de waarneming over de aanspanning van het lichaam tijdens onzekerheid het zelfde gebleven. Twee cliënten geven een hoger score in het eind aan.

Gemiddeld geeft de groep een score van 4,1 in het eind aan – wat laat zien dat zij “vaak” aangespannen zijn als zij onzeker zijn.

<i>Vraag 5: Als er spanning in mijn lichaam is, voel ik hoe mijn spieren zich veranderen (bv. aanspannen of trillen)</i>								
	Clïënt 1	Clïënt 2	Clïënt 3	Clïënt 4	Clïënt 5	Clïënt 6	Clïënt 8	Gemiddeld
T1	4	4	3	2	4	5	4	3,7
T2	3	4	2	3	4	1	2	2,7

Zoals in de tabel te zien is, heeft een cliënt aan het eind hoger gescoord. Twee cliënten geven geen verandering aan. Bij de rest is een afname van de waarneming van de spierverandering te zien. Hierin zijn grootte verschillen in het beoordelen zichtbaar. Zo heeft cliënt 6 in het begin een 5 gegeven en in het eind een 1. Gemiddeld komt de groep met een 2,7 op een “soms tot zelden” waarneming van spierverandering tijdens spanning in lichaam.

<i>Vraag 6: Als ik aangespannen ben, voel ik hoe mijn ademhaling zich verandert (bv. sneller of oppervlakkiger)</i>								
	Clïënt 1	Clïënt 2	Clïënt 3	Clïënt 4	Clïënt 5	Clïënt 6	Clïënt 8	Gemiddeld
T1	4	4	2	2	2	1	2	2,4
T2	4	3	1	2	3	1	2	2,3

Een cliënt geeft aan het eind een toename van waarneming van de ademhaling aan. Bij vier respondenten is geen verandering aangegeven.

Een afname van de waarneming geven 2 cliënten met á een punt aan. Zo geeft de groep in totaal met een 2,3 aan “zelden” een verandering van ademhaling te voelen als zij gespannen zijn.

Vraag 7: Als ik aangespannen ben, voel ik pijn in mijn lichaam (bv. hoofd- of buikpijn)

	Clïënt 1	Clïënt 2	Clïënt 3	Clïënt 4	Clïënt 5	Clïënt 6	Clïënt 8	Gemiddeld
T1	2	2	4	1	4	4	3	2,9
T2	1	2	2	1	3	1	4	2

Een cliënt geeft een hogere waarneming van pijn in het lichaam aan als die gespannen is. Bij twee respondenten is de score hetzelfde gebleven. Vier cliënten scoren het bewustzijn van pijn in hun lichaam aan het eind van de therapie lager. Cliënt 6 heeft een sprong van 4 ,in begin naar 1, aan het eind aangegeven. Gemiddeld komt de therapiegroep op een 2. Dit betekent , dat zij “zelden” lichaamspijn voelen als zij aangespannen zijn.

Samenvattend zijn binnen de vragen m.b.t. lichaamsbewustzijn/ beleving gemiddeld bij drie vragen een hoger en ook bij drie vragen een lager bewustzijn aan het eind van de therapie gescoord. De cliënten nemen aan het eind van de therapie hun bewegingen soms impulsief en soms geremd waar. Verder voelen zij vaak een aanspanning als zij onzeker zijn.

Soms tot zelden nemen zij een spierversandering in hun lichamen waar en zelden een verandering van de ademhaling wanneer zij gespannen zijn. Ook voelen zij in spanningssituaties zelden lichaamspijn.

Uiten/ reguleren van bewegingsgedrag

Betrekking tot vraag 3 en 8

Aanvullend op de vragen met betrekking tot lichaamsbewustzijn/ beleving waren in de vragenlijst nog twee uitspraken die betrekking hebben tot het uiten en reguleren van bewegingsgedrag.

Cliënten vinden het soms makkelijk om emoties non-verbaal in beweging te laten zien. Uit een geremde toestand komen zij zelden tot soms uit deze toestand.

Vraag 3: Ik vind het makkelijk emoties (bv. bang, boos, bedroefd) non-verbaal/ in beweging te laten zien

	Clïënt 1	Clïënt 2	Clïënt 3	Clïënt 4	Clïënt 5	Clïënt 6	Clïënt 8	Gemiddeld
T1	5	2	3	3	4	3	3	3,3
T2	4	4	4	3	3	1	2	3

Bij een cliënt is van begin tot eind geen verandering van emoties uiten worden aangegeven. Twee respondenten benoemen dat zij het in eind makkelijker vonden om emoties te kunnen uiten. De rest, bestaand uit 4 cliënten geeft aan het eind een lagere score, en geeft hiermee aan het iets moeilijker te vinden om emoties in beweging te uiten. In totaal komt de groep gemiddeld op een 3 – zij vinden het “soms” makkelijk om emoties non-verbaal en in beweging te laten zien.

Vraag 8: Als ik geremd ben, kom ik makkelijk uit dit toestand

	Clïënt 1	Clïënt 2	Clïënt 3	Clïënt 4	Clïënt 5	Clïënt 6	Clïënt 8	Gemiddeld
T1	2	2	2	2	2	2	2	2
T2	4	3	2	2	4	1	3	2,7

Cliënt 6 heeft aan het eind lager gescoord en aangegeven dat zij in een geremde toestand er nooit makkelijk uitkomt. 2 Respondenten hebben in begin en aan het eind een zelfde score gegeven. 4 cliënten geven aan dat aan het eind van therapie het makkelijker ws uit een geremde toestand te komen.

Het gemiddelde bij deze vraag is in het totaal 2,7. Dit geeft weer, dat de cliënten aan het eind van therapie “zelden tot soms” makkelijk uit een geremde toestand kunnen komen.

3.1.2. Open vragen

Bij de open vragen hebben de cliënten volgende antwoorden gegeven:

Zoals in de tabel (zie bijlage 4) is terug te lezen hebben twee grote thema's binnen de verwachtingen/zorgen, ervaringen en invloed een rol gespeeld.

De cliënten hebben aangegeven, dat zij graag hun lichaamsbewustzijn willen vergroten. Verder was er een overkoepelende zorg met betrekking tot de groep. Dit had ermee te maken dat de cliënten elkaar onderling niet kenden. Daardoor was er bij enkele cliënten de zorg wat voor een invloed de groep op hen zou hebben. Ook in het verband, dat de groep alleen uit respondenten met eetstoornis-symptomen bestond.

Aan het eind is duidelijk geworden, dat de rol en grootte van de groep erg belangrijk was. Meerdere cliënten hebben benoemd, dat zij zich in kleinere groepjes meer op hun gemak voelde en zich met het in beweging gaan meer vertrouwd voelden.

Ook is hun lichaamsbewustzijn gegroeid. Zo hebben zij aan het eind van het onderzoek beter naar hun lichaamssignalen kunnen luisteren, deze kunnen waarnemen en bewegingen aanpassen. Deze ervaring en het bewustzijn is meegenomen naar het dagelijkse leven (zie § 3.3. Analogie).

Verder speelde de plezierbeleving een grote rol. Er werd genoemd dat "Funk" een animerende functie had en hierdoor nieuwe bewegingskwaliteiten werden ontdekt. De letterlijke beantwoording van de open vragen zijn in de tabel binnen de bijlage 4 te lezen.

§ 3.2. Resultaten bewegingsobservaties

Tijdens het onderzoek heb ik veel met bewegingsobservaties gewerkt.

Dit subhoofdstuk geeft de resultaten weer die tijdens het observeren naar boven zijn gekomen.

Zo worden eerst de belangrijkste, overkoepelende vijf resultaten beschreven. Verder zijn in een tabel de individuele observaties te vinden.

Deze observaties zijn aan de ene kant vrij door mij beschreven en aan de andere kant richten zij zich op LMA (zie §1.1. Probleemgebied).

Sociale aspect heeft invloed op lichamelijke aspect

De invloed van de groep op de beweging was een thema dat de hele therapie een grote rol speelde. Er was zichtbaar dat de cliënten vrijer en opener bewogen en meer in interactie gingen, als de groep kleiner was. Hiervan waren zij zich ook steeds bewust. Zo kwam in 5 van 8 evaluatiegesprekken met de groep de opmerking vanuit de cliënten, dat zij zich in een kleinere groep (4 t/m 5 cliënten) veiliger en meer op hun gemak voelden.

Van closing naar opening

Vele respondenten waren in het begin erg gesloten en in hun beweging was closing te zien (schouders naar voren en beneden; hoofd omlaag, ronde rug).

De ontwikkeling naar een open houding en open bewegingen werd duidelijk zichtbaar en werd beïnvloed door de grootte van de groep. Hoe kleiner de groep hoe opener de bewegingen van de cliënten.

Van gebonden naar vrijer (van gesloten naar open)

De cliënten bewogen in het begin heel bound. Zij deden vooral gecontroleerde bewegingen met hoge spierspanning. Tijdens het verloop van de therapie zijn de bewegingen meer losser geworden, vooral in de periferie. Ook in het gedrag was een ontwikkeling van gebonden naar vrijer zichtbaar. Zo was in het begin de vraag en voorkeur heel duidelijk naar gesloten werkvormen en structuur en aanleiding van de therapeut. De cliënten zijn steeds opener geworden en konden met interventies flexibel en individueel omgaan. Ook was tegen eind meer behoefte aan open werkvormen. Hierin hebben de cliënten eigen creatieve inbreng gehad door bv. eigen danspassen te bedenken. Daardoor ontstond een interactie die het vrijer bewegen ontlokte.

Van klein naar groot

Dit thema heeft binnen twee gebieden plaats gevonden.

De bewegingen van bijna alle cliënten waren in begin klein. Tegen eind is het meer en meer gelukt ook grote en overdreven bewegingen te doen en hiermee te experimenteren.

Verder is de kinesfeer veranderd. Zij was in begin erg klein en dicht bij het lichaam.

De cliënten mochten in het verloop meer en meer ruimte innemen, hun kinesfeer vergroten en die in de ruimte benaderen. Dit hebben zij gedaan door steeds de aandacht weer naar zich zelf te trekken en waar te nemen wat het lichaam zegt en hoe zij hier vorm aan kunnen geven.

Van periferie naar centrum (van denken naar doen)

In het begin was zichtbaar, dat de bewegingen bijna uitsluitend in de periferie plaatsvonden. Hierin waren de bewegingen klein en gespannen. Tijdens het verloop van de sessies is het iets meer gelukt om het centrum bij de beweging te betrekken en bewegingen door het centrum te laten gaan. Dit was nog vaak moeilijk. Dit was verbonden met een cognitieve aanspanning van "hoe kan ik dat doen en hoe ziet het eruit"? Hoe meer de cliënten in het ervaringsgerichte zijn gegaan, in plaats van het oefeningsgerichte, hoe meer het hun gelukt is om niet na te denken, maar te doen. Op die momenten is het ook gelukt bv. een wave door het lichaam te laten gaan. Hierin was het werken met associaties blijkbaar een positieve factor die het makkelijker maakte om in beweging te komen.

Tabel 2: Resultaten bewegingsobservaties

Cliënt	Observatie begin	Observatie eind	Ontwikkeling in beweging
1	- onrustig, vele kleine bewegingen in de periferie - gecontroleerd/ vastgehouden/ geremd - verbaal sterk aanwezig - hoge ademhaling - plukken aan kleding - gewichtsverplaatsing van links naar rechts	- rustiger, meer langzame bewegingen - tussendoor losschudden - verbaal rustiger en meer concentratie op zich zelf - momenten van doorademen en pauze maken - gewichtsverplaatsing niet meer zo hoog frequenteert	Wat in het verloop van de therapie zichtbaar is geworden, is dat de cliënt meer rust heeft ontwikkelt. Vanuit het hectische bewegingsfrequentie die gelijke tijd aangespannen en vastgehouden was is meer ontspanning en rust ontstaan. Ook was de cliënt niet meer zo overheersend verbaal aanwezig. Een ontwikkeling van extrinsieke naar intrinsieke bewegingsgedrag was zichtbaar.
2	- geen oogcontact - gefragmenteerde, kleine, gespannen bewegingen - closing - kleine kinesfeer - aangespannen en hooggetrokken schouders - oppervlakkige ademhaling	- oogcontact met medecliënten en therapeut - contact verbaal en in beweging (uitdagen) - closing in afwisseling met heel soms opening - kleine kinesfeer - schouders in verbinding met ademhaling kort kunnen ontspannen	Deze cliënt was in het begin erg teruggetrokken. Zij konde zich in kleinere groepen meer en meer openen en contact opnemen. Haar bewegingen zijn meer ontspannen geworden en zij durfde meer de initiatief nemen. Cliënt 2 had zichtbaar plezier tijdens het dansen en heeft de sessies en het aanbod gebruikt om door de interactie vanuit het denken naar het doen te komen. Haar mimiek is authentischer geworden en zij kont haar stemming in beweging vorm geven en ook ervaringen met de groep delen.
3	- gefaaseerde mimiek - vastgehouden schouders en boven- lichaam - duidelijke verticale as - plukken aan kleding en haren - perifere bewegingen - tenengang	- gefaseerde mimiek met momenten van ontspanning in gezicht - schouders kunnen losmaken - roterende bewegingen binnen hat verticale as	Cliënt 3 is na de helft van de therapie naar een persoonlijk gesprek met de therapeut gestopt. Zij had een terugval van symptomen m.b.t. verschillende levensomstandigheden en voelde zich op dit moment met danstherapie overvraagd

	- gewicht naar boven – vastgezet - aandacht naar anderen	- centrum binnen de perifere bewegingen kunnen betrekken	en in de constellatie van de groep getriggerd. Binnen de therapie was zichtbaar dat zij zich met andere cliënten vergelijk en het moeilijk was de focus op zich zelf te richten. Zij was erg aangespannen en gefaaseert. In het verloop van de sessies had ze momenten waar zij ontspanning kon vinden. Deze momenten waren van korte tijd.
4	- open in contact - duidelijke verticale as - hoge spiertonus vooral in bovenlichaam - scheiding van boven en onder - heupen zitten vast - tijdens bewegen hoge concentratie – gezicht wordt aangespannen, ademhaling omhoog of vast - bound flow	- open in contact - experimenteren met verschillende bewegingsmogelijkheden - bewustzijn van hoge spierspanning in bovenlichaam - heupen worden probeert los te maken en de boven en onderlichaam te verbinden door bewustzijn van bewegingsaflopen en gevoel erbij - bewegen kunnen zonder erover na te denken; ontspannen gezicht - bewustzijn van ademhaling - grote bewegingen en zich zelf groot maken en in de beweging openen	Binnen het therapieverloop is cliënt 4 binnen haar bewegingen flexibeler geworden. Zij heeft veel geëxperimenteerd met verschillende kwaliteiten en zo ontdekt wat haar voorkeur is en wat lastig is. Zelfs is zij op onderzoek gegaan hoe de bewegingen in elkaar zitten. Haar bewegingen zijn groter en “stronger” geworden. Cliënt 4 heeft minder erover nagedacht hoe bewegingen eruit zien en zich meer erop geconcentreerd hoe zij voelen. Dit was in een kleinere groep makkelijker voor haar omdat binnen een kleine groep zij met de aandacht meer bij zich kon blijven.
5	- aandacht naar binnen gericht - hoofd en blik vaak naar de grond gericht - indirect - closing - stil en teruggetrokken - komt moeilijk in beweging - geen betrokkenheid in beweging - geremde bewegingen	- aandacht meer naar buiten - contact met anderen kunnen maken – mimiek, verbaal en ook in beweging - opening - neemt initiatief - open en grote bewegingen	De ontwikkeling in beweging was bij deze cliënt voornamelijk op sociale gebied. Zij is tijdens de therapie opener geworden en heeft initieel genomen om met anderen in beweging te gaan. Hierin was een duidelijke verschil zichtbaar van haar gedrag binnen verschillende groepsgroten. Als de groep kleiner was, was cliënt 5 meer aanwezig en heeft creatieve bewegingsinbreng gehad. Door het sociale aspect heeft zij de bewegingen kunnen ervaren en veranderen. Zij is in het contact en ook in de beweging ontspannen geworden.
6	- duidelijk zichtbare kop-start verbinding - gespannen schouders - gespannen nek, hoofd naar achter getrokken	- kop- start verbinding zichtbaar - hoofd meer in het midden i.v.m. ademhaling - retreating	Tijdens de therapiesessies is cliënt 6 opener geworden en heeft haar gewicht meer ingezet en is meer gegrond. Zij is tegen eind meer ontspannen geraakt

	- zachte, kleine en langzame bewegingen - perifere benadering van kinesfeer - gecontroleerde bewegingen – bound flow - oppervlakkige ademhaling - geen bewegingen in centrum	- schouders hangen meer naar beneden - bound flow – moeilijk los te laten en te ontspannen - gewicht neerwaarts - centrum wordt in beweging meegenomen - ontspanning tijdens bewegen in gezicht	en heeft de beweging haar hele lichaam laten gaan. Dit was soms nog moeilijk – vooral bewegingen in het centrum en er voornamelijk met de heupen. Zij is zich van haar ademhaling bewuster geworden en heeft onderzoekt hoe zij hem kan reguleren. Zij heeft haar eigen voorkeuren in beweging onderzoekt en gevestigd. Dit was voor haar makkelijker als de groep niet zo groot was. In een grote groep heeft zij bewegingsgedrag van begin laten zien.
7	- stil en teruggetrokken - closing - sinking - kleine kinesfeer - gewichtverplaatsing van links naar rechts - zich zelf van links naar rechts wiegen - horizontale as - kleine bewegingen vanuit periferie - hoofd en blik naar de grond- geen oogcontact - handen en armen voor de borst of buik vast houden .	- iets opener in contact – oogcontact met medecliënten en therapeut - handen en armen niet meer zo vaak vastgehouden - de rest is zo gebleven	Cliënt 7 heeft naar 2 sessies met de therapie gestopt. Dit kwam in verband met verschillende persoonlijke omstandigheden en dat voor haar de vrijdag namiddag niet haalbaar was. Zo heb ik allen van deze twee sessies observaties kunnen maken. Er was al in de tweede sessie een verandering binnen het contact maken zichtbaar. Zij was iets opener en heeft meer oogcontact gemaakt. Binnen het dansen heeft cliënt 7 haar handen en armen meer mee in de beweging genomen dan in de eerste sessie.
8	- gespannen bovenlichaam - gebogen houding - closing en sinking - hoofd naar beneden, blik omhoog - kleine kinesfeer - staccato bewegingen - sequentially - bewegingen in periferie - midden laag - handen vast houden - indirecte, nerveuze bewegingen	- hoofd omhoog en blik rechtop - soms opening - in verbale en paraverbale contact opener - bewegingen zijn meer doorgaand geworden en kappen niet staccato af - handen worden af en toe in de beweging mee genomen	Binnen het therapieverloop is cliënt 8 vooral in het contact gegroeid. Zij is opener geworden wat voor haar in een kleinere groep makkelijker was. Door het contact met de andere cliënten heeft zij eerst over kopiëren dan over zelf experimenteren nieuwe bewegingsmateriaal ontdekt. Hierbij had zij ruimte en acceptatie nodig. Soms was het moeilijk en confronterend voor haar in de groep te bewegen. Hier is het haar gelukt haar eigen grenzen aan te geven en een pauze te maken voordat zij weer meedanst.

§ 3.3. Analogie

Onder analogie wordt verstaan dat gekeken wordt wat en welke invloed de therapie op de cliënt heeft. De toepasbaarheid en bruikbaarheid is gemeten door te inventariseren wat de cliënten meenemen van danstherapie in het dagelijkse leven. Ik heb voor drie voorbeelden gekozen die ik hier ga omschrijven. Deze voorbeelden zijn vanuit de cliënten tijdens de reflectiegesprekken gekomen.

Voorbeeld 1:

Cliënt 5:

Aan het eind van therapie vertelde cliënt 5 mij over haar vrijetijds- gebeurtenis waarin zij anders reageerde als gewoonlijk.

Cliënt 5 gaat een keer de week met vrienden klimmen. De ene dag merkte zij op eens dat haar ademhaling door het klimmen super snel ging en dat ze onrustig was geworden.

Zij is niet gelijk begonnen met klimmen en heeft de adem-oefeningen uit een sessie gedaan. Daarna vertelde zij mij dat ze erover had nagedacht wat de oorzaak was van haar versnelde ademhaling.

Ze werd zich ervan bewust, dat het aan de klim- route lag, die haar vrienden voor die dag hadden gepland. Zij vond de route te moeilijk, maar wilde niet als enige een andere route klimmen. Nadat zij zich hiervan bewust was geworden, heeft zij de beslissing gemaakt om naar haar lichaam te luisteren (wat altijd binnen therapie een grote rol speelde) en de route niet te klimmen. Zij heeft gewoon bepaalde elementen gezocht waarin zij zin had en is die alleen gaan beklimmen.

Haar vrienden accepteerde dit en daar was ze erg verbaast over.

Ze vertelde dat zij zich nog nooit zo goed had gevoeld na het klimmen.

Tijdens het vertellen van deze belevenis glimlachte zij van oor tot oor en was zichtbaar trots op zich zelf dat zij naar de behoeften van haar lichaam had geluisterd.

Voorbeeld 2:

Cliënt 2:

Het tweede voorbeeld komt van cliënt 2. Zij durfde lange tijd niet meer op stap gaan omdat zij schaamtegevoelens m.b.t. haar lichaam had. Na meerdere therapiesessies vertelde zij, dat zij met een vriendin op stap was gegaan en zelfs gedanst had. Zij vertelde dat zij haar vriendin de funk-stappen had geleerd. Omdat deze stappen sowieso gek en niet serieus waren had zij er geen probleem mee om die te doen. Zo zei zij "Sonst habe ich mich immer beobachtet und unwohlgeföhlt, aber diesmal habe ich mir gedacht, dass die Leute gucken weil wir so verrückt tanzen. Und zwei Mädels die wir gar nicht kannten haben einfach mitgemacht" (Cliënt 2, gesprek 2013). Zij vertelde enthousiast dat zij zich daarvoor altijd bekeken voelde en zich daarbij niet lekker voelde, maar dat ze nu had gedacht, dat de mensen keken omdat zij gek dansten. Verder waren er andere vreemde meiden, die gewoon mee gedanst hebben.

Voorbeeld 3:

Cliënt 6:

Cliënt 6 vertelde aan het eind van therapie dat zij had meegenomen, dat zij meer lette op wat haar lichaam haar verteld – vooral tijdens het sporten.

Zij doet veel aan sport en compenseert zo haar stemmingen/ druk en gevoelens.

Zij had geleerd, dat ze niet altijd actief moest zijn en moest presteren om goed te kunnen zijn.

Ze vertelde, dat i.p.v. 15 kilometer te rennen, ze lekker muziek had geluisterd, kort door haar appartement had gedanst en tijdens het luisteren van de muziek een bodycheck had gedaan. Cliënt 6 vertelde, dat zij merkte, dat haar lichaam eigenlijk al super moe was en haar spieren zwaar waren – zo nam ze de beslissing om niet meer te gaan rennen, maar om in bad te gaan liggen.

Verder zei zij dat ze achteraf geen slecht geweten had omdat ze niet was gaan rennen. "...mein Körper mir ja gesagt hat, dass er nicht mehr kann" (Client 6, gesprek 2013.) Zij was met haar reactie tevreden omdat haar lichaam haar dit had verteld.

Door deze voorbeelden in kaart te brengen laat dit zien, dat dans- en bewegingstherapie door kan werken op het dagelijkse leven van cliënten.

Blijkbaar hebben de cliënten van dit onderzoek vooral het lichaamsbewustzijn vanuit de therapie meegenomen naar hun dagelijkse leven.

§ 3.4. Samenvatting resultaten

Zoals in dit hoofdstuk is terug te lezen zijn uit het onderzoek meerdere resultaten ontstaan.

Diegene die het meest zijn terug gekomen en dus een grote rol hebben gespeeld, vat ik hier nog kort samen.

Bij alle cliënten kwamen twee gebieden tijdens het onderzoek en achteraf steeds weer terug en waren ook voor mij duidelijk zichtbaar:

- Sociale aspect
- Lichamelijke aspect

Binnen het sociale aspect was de grootte van de groep erg belangrijk voor de cliënten om zich te kunnen openen en met nieuw bewegingsmateriaal te durven experimenteren.

Vanuit de 8 cliënten zijn er twee tijdens het verloop van de sessies weg gevallen. Zo waren er 6 cliënten over. Die waren in verband met toetsen, ziekte en werk niet iedere sessie aanwezig.

Waardoor ik gemiddeld 4 cliënten in de groep had.

Door het wisselen van de grootte hadden de cliënten de mogelijkheid te ontdekken waar zij zich beter bij voelden en wat moeilijker was. Naar hun mening was een gemiddelde van 4 cliënten een goed aantal. Ook ik heb kunnen observeren wat de verschijnselen in een kleinere en een grotere groep waren. Beide hadden hun voor- en nadelen en het was inderdaad zo, dat de cliënten binnen een kleinere groep lichamelijk meer durfden. Ook het “gek-doen” wat bij Funk hoort had invloed op bewegingsgedrag en het expressieve vormgeven ervan.

Binnen het lichamelijke aspect was het lichaamsbewustzijn het grootste resultaat. De cliënten waren bezig hun lichaamssignalen waar te nemen en hierop in te gaan. Dit hebben zij op verschillende manieren gedaan. Vooral een bewustzijn van veranderingen van aanspanningen in hun lichaam hebben zij ontwikkeld.

Hoofdstuk 4: Discussie en conclusie

In de discussie staan mijn bevindingen en interpretaties als danstherapeut en studentonderzoeker van de resultaten. Daarnaast staan er de bevindingen en de interpretaties van het (afstudeer)onderzoeksnetwerk beschreven. Hiermee wordt in dit hoofdstuk zowel de begeleiding vanuit de instelling, Ruth Schwalbach als de participerende cliënten bedoelt.

De resultaten van hoofdstuk 3 worden geïnterpreteerd en verklaard net als de uitgevoerde actie en de evaluatie daarop. Het verloop van het onderzoek wordt inclusief de organisatie-aspecten kritisch bekeken binnen de sterke- zwakte analyse, die alle belangrijke belemmerende en positieve factoren vanuit het onderzoek samenvat. Ook volgt er een methodologische reflectie op het onderzoek, en of de vraagstellingen (zie § 1.4.) zijn beantwoord is onder § 4.3. te lezen.

Van hieruit wordt een aanbeveling voor vervolgonderzoek geformuleerd.

Het laatste gedeelte van dit hoofdstuk houdt zich bezig met de vergelijking van het oude en nieuwe werkmodel en omschrijft het nieuwe werkmodel aan hand van een ontworpen werkplan.

4.1. Onderzoek

Het onderzoek heeft op verschillende gebieden resultaten naar voren gebracht. Binnen deze paragraaf worden de resultaten en de realisatie van het onderzoek geïnterpreteerd en verklaard. Voordat de resultaten geanalyseerd kunnen worden, wordt er op het praktijkgericht werken en de organisatie hiervan gereflecteerd.

4.1.1. Praktijkgericht werken en de organisatie hiervan

De therapie heeft zoals voor is genomen acht weken geduurd. Er zijn twee cliënten (na de 2^{de} en 4^{de} sessie) uitgevallen. Ook andere cliënten waren soms wisselend aanwezig. De reden hiervoor was het tijdstip van een vrijdag- namiddag en andere verplichtingen van de cliënten binnen het ambulante setting.

Zo zijn de cliënten ambulant bij de Caritas Aachen in behandeling en leiden hiernaast hun dagelijkse leven. Hierdoor hebben zij vele andere verplichtingen zoals school, werk en andere ambulante therapietermijnen.

Het onderzoek is in een periode gevallen, waarin vele cliënten toetsen en tentamens hadden. Verder was de vrijdag- namiddag als tijdstip voor de therapie niet helemaal geschikt. Hierin was een duidelijke splitsing zichtbaar. De cliënten met *Boulimia nervosa* voelden zich vrijdags soms overvraagd met therapie i.v.m. een drukke week. De cliënten met *Anorexia nervosa* vonden het meestal een fijn begin van het weekend. Voor mij had dit ermee te maken dat de jonge vrouwen met *Anorexia* binnen mijn onderzoek een heel hoge spierspanning hadden en heel open en gemotiveerd waren voor de therapie. Hierdoor lukte het hen om tijdens therapie ontspanning te ervaren. Anderzijds waren de *Boulimia* cliënten zich heel bewust van hun deels gespannen, deels onrustige bewegingsgedrag en de invloed van de groep hierop. Dit kan in een vermoeiend zijn – vooral als het een drukke week is geweest.

Afhankelijk van hoe druk de week van de cliënten was, was het soms een overvraging aan enkele respondenten om zich dan nog met hun lichaam bezig te houden binnen dans- en bewegingstherapie. Dit feit had aan de andere kant weer een therapeutische nut, omdat de cliënten zo konden oefenen hun grenzen waar te nemen en te onderzoeken hoe zij ermee het best kunnen omgaan (komen zij naar therapie maar participeren aangepast op hun bevindingen, of komen zij niet). Hierin is een sterke ontwikkeling in de groep doorlopen. In begin zijn de cliënten gewoon mee gegaan en over hun grenzen heen gegaan. Tegen het eind konden zij in beweging en gedrag zich steeds meer aanpassen op hun bevindingen op het moment.

De vraag is ook of het op een andere dag anders zou geweest zijn. Of dat de cliënten in begin van de week het ook een overvraging zouden gevonden hebben om de week met een intense lichaamsgerichte therapie te beginnen. Vanuit de Caritas kon het alleen op de vrijdag namiddag omdat de ruimte dan beschikbaar was. Daarom bestond ook geen mogelijkheid een andere dag te nemen.

Door de uitval van 2 cliënten staat de betrouwbaarheid van de resultaten ter discussie. Hoe betrouwbaar zijn de resultaten van een therapie waar de cliënten gemiddeld zes sessies hebben gevolgd en waar 2 cliënten zijn weggevallen? Aan de ene kant konden daarom niet de geplande datavolumen worden verzameld.

Aan de andere kant waren er wel duidelijke thema's die bij de cliënten in beweging steeds terug kwamen en die de "uitvallers" ook hebben opgemerkt.

Deze thema's hadden voornamelijk met de vraagstelling van dit onderzoek te maken. Hieruit bleek, dat de betrouwbaarheid van dit onderzoek m.b.t. de vraagstelling wel is gegeven. Ook doordat de resultaten in multidisciplinair uitwisseling zich gekristalliseert hebben.

Een verdere randvoorwaarde was de ruimte van de Caritas Aachen. Van twee cliënten is getoond, dat zij zich bij deze ruimte niet op hun gemak voelden, omdat het aanwezig zijn in het gebouw associaties en herinneringen oproep. Dit maakt duidelijk dat het thema "ziek en in behandeling zijn" een grote rol voor hun speelde. De ruimte waarin de sessies plaats vonden was een ruimte waarin niemand van de cliënten, therapie volgde, buiten mijn danstherapie. Verder vond ik het wel geschikt in het gebouw van de Caritas therapie te geven. Dit had ermee te maken, dat aan de ene kant de cliënten door Caritas bij mij in therapie zijn gekomen. Aan de andere kant maakte het nog eens duidelijk dat het om een danstherapie gaat en niet om een dansles. Deze associatie zou bv. kunnen ontstaan als ik de therapie in een ruimte van een dansschool zou hebben aangeboden. Verder was op de vrijdag namiddag geen andere medewerker en cliënt meer in het gebouw – dit heeft anonimiteit en veiligheid geboden.

Een laatste randvoorwaarde die ik hier wil benoemen had met de doelgroep- samenstelling te maken. Voor bijna iedere cliënt was het in begin moeilijk om in een danstherapeutische groep te participeren waarin alleen maar jonge vrouwen met eetstoornissen zaten – hierbij ligt de nadruk op de stoornis. Zij kenden elkaar niet en hierdoor waren ze in het begin geremd en onzeker. Dit had ermee te maken dat zij aan ene kant niet wisten wat zij van de groep konden verwachten en aan de andere kant was het voor deze doelgroep natuurlijk een uitdaging om een homogene groep te zijn. Dit hangt vooral ermee samen dat zij zich met de anderen gaan vergelijken en zichzelf afkeuren. Een homogene groep biedt ook veiligheid – omdat je weet waarom de andere in behandeling is en geen speculaties over stoornissen ontstaan. Verder bestaat er van begin af aan een gemeenschappelijkheid door de diagnose. Ik heb ervaren, dat het een voordeel was, dat de groep elkaar onderling niet kende, omdat zij zo makkelijker van oud (bewegings-)gedrag konden afstappen en zichzelf opnieuw konden ontdekken.

Samenvattend kan geëvalueerd worden, dat de randvoorwaarden hebben bij gedragen aan de ontworpen resultaten.

4.1.2. Interpretatie en verklaring resultaten

Zoals onder hoofdstuk 3 terug te lezen is, zijn vanuit de verschillende data- verzamelingstechnieken meerdere resultaten binnen dit onderzoek geformuleerd .

Hoe en waarmee deze resultaten volgens mij en het (afstudeer)onderzoeksnetwerk samen hangen beschrijf ik binnen dit hoofdstuk. Hiervoor loop ik de opgenoemde resultaten zoals in hoofdstuk 3 na. Eerst worden de resultaten afzonderlijk verklaart en dan worden de verbanden duidelijk gemaakt.

4.1.2.1. Resultaten vragenlijsten

Uit de resultaten vanuit de vragenlijst (zie § 3.1.) blijkt dat de cliënten overlappende thema's binnen ontwikkeling van het lichaamsbewustzijn en het scoren hiervan hadden. Zo is er een verandering van bewegingsgedrag waargenomen. Terwijl de cliënten vanuit verschillende verwachtingen en bewegingsmogelijkheden aan de therapie zijn begonnen, waren er toch overlappende thema's (zoals bv. Verbetering van waarneming van aanspanning) zichtbaar.

Voordat de resultaten inhoudelijk worden bekeken zijn er nog organisatorische aspecten van de vragenlijst te benoemen.

De vragenlijst is ontwikkeld door een peer- groep. Zoals al eerder beschreven is, hebben meerdere studenten en professionals geholpen om de vragen te formuleren. De vragenlijst is daardoor geen klinisch meetinstrument, maar een hulpmiddel om binnen dit actiegericht onderzoek kwantitatieve data te verzamelen (Migchelbrink, 2007).

Een is een onduidelijkheid binnen de resultaten. De cliënten hebben een verandering van het lichaamsbewustzijn aangegeven. Het kan niet duidelijk worden gezegd of het bewustzijn alleen is verbeterd als de respondenten met een hoger cijfer hebben gescoord. Zo kan bijvoorbeeld de waarneming door de therapie zijn vergroot en dat de cliënten hierdoor een bewustzijn hebben ontwikkelt. Als zij daardoor ontdekt hebben, dat bv. hun spieren tijdens aanspanning niet zo sterk veranderen dan dat zij in begin dachten, hebben zij in het eind misschien lager gescoord. Zo kan een lagere beoordeling ook tonen, dat hun bewustzijn is veranderd/ vergroot of dat de therapie heeft geholpen om bv. spanningen af te bouwen.

Hierin vindt geen duidelijke scheiding/ formulering binnen de vragenlijst plaats. Om de resultaten van de vragenlijsten te beoordelen zijn observaties van de therapeut ernaast gelegd. Zo wordt duidelijk gemaakt waar verschillen en overeenkomsten zijn.

De gesloten en open vragen vanuit de vragenlijst zijn in items gecombineerd.

Lichaamsbewustzijn/beleving

- Impulsief vs. geremd

Zoals vanuit de resultaten duidelijk wordt, ervaren de cliënten aan het eind van therapie hun bewegingen impulsiever en meer geremd. Dit was binnen de beweging ook zichtbaar en had met verschillende aspecten te maken. Het eerste aspect is de grootte van de groep. Als de therapiegroep kleiner was, durfden de cliënten meer te experimenteren in beweging. Hierin waren dan meer impulsieve bewegingen in interactie met elkaar zichtbaar. Deze interactie ontstond eerst na de helft van de sessies- waar de cliënten vertrouwd met elkaar waren. Als de groep groter was, waren de bewegingen meer geremd en afwachtend. Dit in verband met het vergelijken van zichzelf met ander. Hierdoor ontstond onzekerheid.

Naast de wisselnde grootte van de groep had, ook de tijd een belangrijke rol. Aan het eind waren de bewegingen flexibel en spontaan en improviseerde de cliënten hadden ermee.

Hierbij was ook het belang van stemgebruik zichtbaar, zoals de landelijke Stuurgroep (2006) al heeft benoemd. Om vanuit het denken naar het doen te komen helpt het om non-verbaal en meer ervaringsgericht te werken. Hierin bestaat ook een koppeling met het impulsieve en geremde bewegingsgedrag. De cliënten konden makkelijker impulsief bewegen als zij met het doen en niet denken bezig waren. Hierbij is vooral bewegingsgericht en non-verbaal gewerkt binnen de therapie. Hoe meer verbale aanwezigheid er was, hoe meer de cognitie, en daardoor het denken weer present is geworden en de bewegingen met geremd waren als gevolg hiervan.

In het algemeen bewegen cliënten met eetstoornissen afwachtend en gaan in de sfeer van de groep mee. Ook laten ze zich door therapeutische interventies zoals stemgebruik beïnvloeden.

- Aanspanningen in het lichaam

Vanuit de vragenlijst blijkt dat de cliënten waarnemen dat zij aanspannen als zij onzeker worden. Ze kunnen dan niet zo goed waarnemen hoe de aanspanning in hun lichamen vorm/ uitdruk krijgt en hoe zij dit kunnen reguleren

Hierin wordt de depersonalisatie (Forster, 2002) duidelijk. De cliënten nemen een aanspanning waar, maar wat er met zichzelf en hun lichaam gebeurt, wordt niet gevoelt. De hoofd- lichaam scheiding krijgt hier vorm. Zij nemen een verandering cognitief waar, maar wat er in het lichaam gebeurt, voelen ze niet.

Feldenkrais (1972) omschrijft passend hierbij in zijn methode het belang van de waarneming en beleving van het eigen lichaam en zijn signalen om zijn bewegingsvaardigheden te kunnen exploreren en verbreden en een bewustzijn ervan te kunnen ontwikkelen.

Binnen de therapie was het dus belangrijk om de waarneming en beleving van het eigen lichaam te vergroten om bewegingsvaardigheden te kunnen exploreren en daardoor een lichaamsbewustzijn te ontwikkelen.

Dit heeft vooral betekenis gekregen binnen het lichaamsgericht werken binnen therapie. Door lichaamsgerichte opwarmingen en de steeds terugkoppelen naar de waarneming in het lichaam kon er een bewustzijn ontstaan. Funk had een grote rol binnen het exploreren en ontdekken van bewegingsvaardigheden. Door Funk zijn de bewegingen groter en dynamischer geworden. De cliënten hebben hun bewegingsvoorkeuren onderzocht en ermee geëxperimenteerd. Daardoor hebben zij beter kennis gemaakt met zichzelf en hun individuele bewegingsgedrag gemanifesteerd. Zo kon het bewustzijn voor aanspanningen en de daarmee verbonden lichaamsgedragingen vergroot worden.

- Ademhaling

Vanuit de vragenlijst wordt aangegeven, dat de cliënten aan het eind van de therapie minder waarnemen hoe hun ademhaling tijdens aanspanning verandert. Dit was voor mij als therapeut niet zichtbaar. Ademhaling en het reguleren ervan was een terugkomend thema binnen de sessies. De cliënten hebben onderzocht waar hun ademhaling zit en hoe die bij verschillende bewegingsintenties verandert (bv. sneller of oppervlakkiger wordt). Verder heeft er een ontdekking plaatsgevonden hoe zij de ademhaling door aanpassingen van bewegingsgedrag en houding, konden reguleren.

Zo concludeert de onderzoeker dat de cliënten aan het eind van therapie hun ademhaling bewuster hebben waar genomen en reguleren konden, waardoor die in spanningssituaties niet meer zo hoog was. Om dit te kunnen bereiken, speelde de motivatie van de respondenten een belangrijke rol. Delfos (2002) zei dat als je zonder een ziekteinzicht en motivatie in behandeling gaat, en hierin iets wil veranderen, er geen echte behandeling mogelijk is. De cliënten waren gemotiveerd om hun ademhaling waar te nemen en hebben er veel tijd ervoor genomen. Zij hebben eerlijk geëxperimenteerd en geëvalueerd. Daardoor kon er een verandering plaats vinden die in het bewegingsgedrag zichtbaar was (focus naar jezelf, naar het centrum, rustmomenten, soms handen op buik om adembewegingen te voelen).

Vooral zich zelf aanraken om adembewegingen te voelen, vond ik een enorme ontwikkeling. Zo is er vertrouwen in het eigen lichaam gekomen wat invloed had op het sensibiliseren de lichaamsbeleving (Forster, 2002).

Uiten/ reguleren van bewegingsgedrag

- Emoties in beweging

Volgens de vragenlijst hebben de cliënten het aan het eind van therapie moeilijker gevonden om emoties in beweging te laten zien. Dit fenomeen van stemmingen moeilijk in beweging te kunnen integreren omschrijft Forster (2002) als typisch voor de eetstoornis- symptomatiek.

Tijdens het verloop is met behulp van Funk veel gewerkt met dit fenomeen. Bewegingen zijn vergroot/ versterkt en vanuit verschillende intenties gedaan. Hierin ontdekten de respondenten hoe moeilijk het voor hun is emoties authentiek in beweging te laten zien. Dit is mede door de de groepsdynamica verbeterd. De cliënten durfden meer en zijn speels in interactie gegaan, wat het makkelijker maakte om met verschillende emoties en hun werking hiervan op de beweging te experimenteren.

Deze observaties laten de onderzoeker concluderen dat een bewustzijn van de moeilijkheid van emoties in beweging uiten binnen de therapie is ontstaan. Achteraf hadden de cliënten een andere zicht hoe zij dit vorm konden geven.

- Uit geremde toestand komen

De cliënten hebben in het therapieverloop verschillende situaties beleefd waarin zij in een geremde toestand kwamen (bv. niet op gemak voelen). Dit soort situaties kwamen steeds weer terug.

Er was een verandering zichtbaar in het hiermee omgaan. Vanuit in stilte vallen en terugtrekken is meer openheid en participatie van het probleemsituatie met de groep ontstaan. Dit had vooral nog een verbale intentie en vormgeving wat zeker ermee te maken heeft, dat dit een veilige basis van de cliënten is.

Zij hebben binnen de vragenlijst ook aangegeven dat het makkelijker was uit een geremde toestand te komen.

4.1.2.2. Resultaten bewegingsobservaties

De resultaten gebaseerd op de observaties hebben vijf thema's naar voren gebracht (sociale aspect heeft invloed op lichamelijke aspect; van closing naar opening; van gebonden naar vrijer; van klein naar groot en van periferie naar centrum). Deze vijf ontwikkelingsthema's worden binnen deze paragraaf geïnterpreteerd en er worden verbanden gemaakt. Vervolgens wordt het belang van de therapeutische houding, de werkwijze en methode benoemd, die binnen dit onderzoek gehanteerd zijn.

Sociale aspect heeft invloed op lichamelijk aspect

Dit thema kwam duidelijk naar voren en is in dit onderzoek al meerdere keer benoemd.

In het begin van therapie was ik mij niet bewust van het grote belang van het sociale aspect. Mijn aandacht lag op het lichamelijk werken met de cliënten. Dit kwam doordat hun stoornis lichamenlijk zichtbaar is en een grote invloed op hun lichaamswaarneming heeft (Forster, 2002).

Om überhaupt lichamenlijk te kunnen werken moeten naar mijn mening aan verschillende randvoorwaarden worden voldaan. Zo kan er een veilige basis geschept worden om lichamenlijk te werken. Dat het lichamenlijke werk met vrouwen met eetstoornissen een effect heeft, tonen Forster (2002) en Laumer et al (1997) aan.

Het was zichtbaar dat het lichamenlijke aspect in het begin erg belangrijk was. Het contact met het lichaam was in begin minimaal aanwezig. Om hieraan te kunnen werken moesten bepaalde randvoorwaarden worden gecreëert. De twee belangrijkste voorwaarden voor het werken in het lichamenlijke aspect waren animerende muziek en het veilig hanteren van de invloed van de groep op de cliënten. Er was zichtbaar dat de cliënten in een grotere groep de aandacht meer naar de ander richtten op een niet- bevorderende manier. Zij hebben elkaar geobserveerd en zich met andere vergeleken. Hierdoor zijn hun bewegingen kleiner geworden en hun participatie leek afwezig te zijn. Verder ontstond er vaak een stilte

In een kleinere groep waren de onderlinge observaties ook aanwezig maar niet op een belemmerende manier. Er ontstond interactie en de cliënten namen soms elkaars bewegingen over en veranderde deze. Daardoor ontstond een andere dynamica en een open sfeer waarin geïmproviseerd kon worden.

Dit was onder oogmerk van de controle – behoefte van de cliënten (van 't Land, Schoemaker en Ruiter, 2008) een grote stap om in een improviserend bewegingskwaliteit te stappen.

De hierin opgedane lichamelijke ervaringen zouden niet hebben plaats gevonden als het sociale aspect geen veilige randvoorwaarde voor de cliënten was.

Van closing naar opening; van gebonden naar vrijer; van klein naar groot en van periferie naar centrum

Deze vier thema's die zich vanuit de bewegingsobservaties hebben gevormd, staan in verbinding met elkaar en hebben de volgende bewegingsbeelden gevormd:

- in het begin: closing, gebonden en kleine bewegingen in de periferie
- aan het eind: Meer opening en vrijere, grotere bewegingen waarin het centrum wordt betrokken

De ontwikkeling van closing naar opening was naast het bewegingsgedrag ook binnen de inbreng van de groep te zien. De bewegingen zijn groter geworden, schouders vielen ten het eind meer naar achter en beneden en het hoofd met de blik was omhoog gericht en zocht oogcontact.

Hierin was het belang van de groep het groot (zie boven).

Ook een teruggetrokken en stille houding was in begin waarneembaar. Dit heeft op de helft van therapie tot meer naar inbreng en interactie geleid. Dit kwam omdat het vertrouwen in het eigen lichaam was gegroeid. Daardoor kon de stemming in de beweging integreert worden en met passende bewegingskwaliteiten geëxperimenteerd worden om eigen voorkeuren te ontdekken (Forster, 2002).

Hierbij kwam naar voren dat veel cliënten graag opener in beweging, houding en gedrag wilden zijn maar het niet durfden omdat zij bang waren aandacht te krijgen en dit een negatieve beeld van hen kon vormen. Daarmee kunnen zij slecht omgaan en voelen zich te erg gezien, alsof zij zich op de voorgrond willen schuiven.

De ontwikkeling van closing naar opening stond dicht in verband met het gebonden bewegingen los laten en meer vrijer bewegen.

Hoe meer de cliënten closing in houding en beweging laten zien hoe gebondener hun bewegingen zijn.

Voordat er vrije bewegingen konden ontstaan moest er eerst een opening plaats vinden.

Als de opening vorm had gekregen waren de bewegingen nog wel gebonden. Om deze vrijer te kunnen maken moesten zij eerst vergroot worden. Hoe groter de bewegingen werden hoe meer exploratie er plaats vond. Deze exploratie heeft naast de invloed van Funk het vrijer bewegen bevordert.

Funk heeft de cliënten ondersteunt met bewegingskwaliteiten te experimenteren en nieuwe mogelijkheden te ontdekken. Door deze exploratie is het lichaam in zijn geheel betrokken, waardoor bewegingen in het centrum ontstonden.

De succeservaringen van de cliënten zorgden ervoor dat zij opener en vrijer werden en daardoor konden zij hun bewegingen nog groter maken.

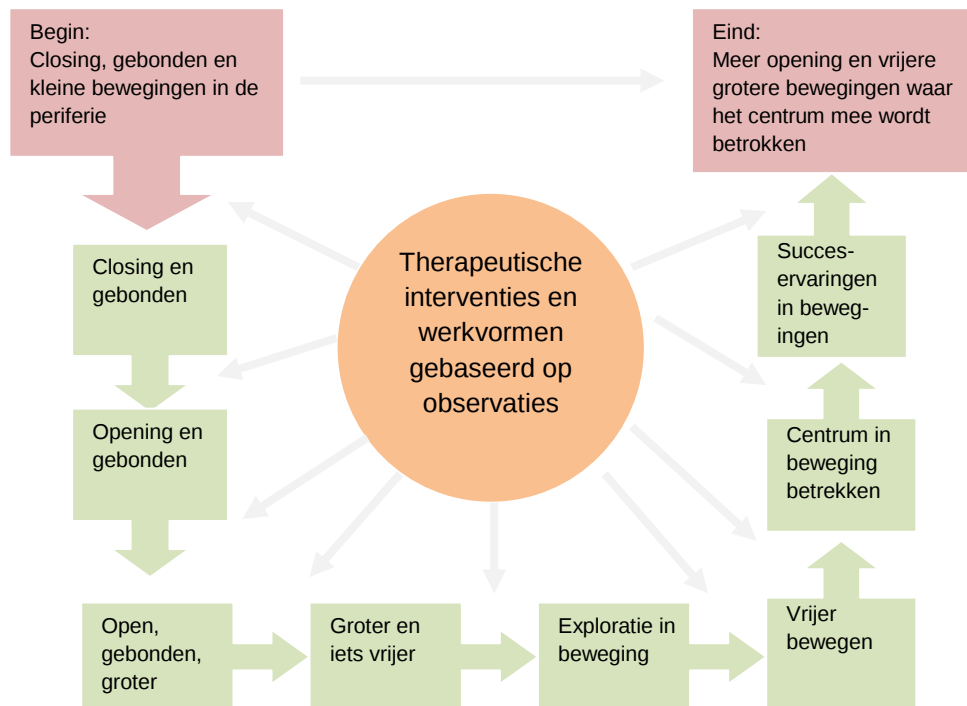
Hieruit wordt duidelijk dat er een verband tussen de verschillende thema's bestaat. Dit verband is noodzakelijk om de ontwikkeling te bevorderen en hierop stap voor stap te kunnen ingaan.

Om van het ene aspect naar het andere te komen heeft de therapeut interventies en werkvormen gebaseerd op de opgedane observaties.

Deze verbanden en combinaties vormden het ontwikkelingsproces van de cliënten binnen dit onderzoek (zie figuur 2).

Dit verband maakt het belang van het veilige gevoel binnen een therapiegroep nog eens duidelijk. Door de goede therapeutische sfeer, waar alles kan en alles mag, wordt een ruimte creëert waarin cliënten zich kunnen openen en exploreren.

Figuur 2: Ontwikkelingsproces



4.1.2.3. Houding, methode en werkwijze therapeut

„Mensen kunnen niet 'niet communiceren' en zo is „lichamelijkheid“ bij mensen altijd aan de orde, zelfs wanneer ze dit willen vermijden: een handdruk geven bij een begroeting, al dan niet kijken naar de patiënt, de wijze waarop men zich kleedt of de ruimte inricht, de intonatie van het spreken, de (on)beweeglijkheid van het lichaam, ... Het zijn altijd aspecten, die de patiënt onvermijdelijk raken. Onderzoek leert dat het non-verbale gedrag van de therapeut en de interactie tussen hen beiden, meer bepalend is voor de ervaring van de patiënt, dan het verbale“ (Leijssen, 2001, p.195-217).

Dit citaat omschrijft heel goed een belangrijke aspect van het therapeutische gedrag binnen dit onderzoek.

Het non – verbale benaderen van de cliënten in contact en in het medium was belangrijk om de cliënten vanuit het denken naar het doen te begeleiden. Volgens Schwalbach (2013) wordt door non-verbale benadering de aandacht meer op het hier en nu en de lichaamssignalen gelegd. Hierdoor wordt de hoofd- lichaam scheiding van de cliënten voorkomen (Forster, 2002).

Binnen dit afstudeeronderzoek is naar voor gekomen, dat, hoewel DMT een non-verbale therapie is, verbaliteit in de therapiesessie zeker een rol inneemt.

„De patiënt deelt zijn gedrag, gedachten en gevoelens met de creatief therapeut (en andere groepsleden) in het medium. Afhankelijk van de eigen reflectieve vermogens vindt na afloop van de mediumactiviteit verbale reflectie en interactie plaats, hetgeen het zelfbewustzijn en de integratie bij de patiënt vergroten. Na de verbale reflectie en interactie kan in het medium de exploratie van nieuwe mogelijkheden in het gedrag en de bijbehorende gedachten en gevoelens plaatsvinden. Afhankelijk van de oriëntatie van de creatief therapeut en de mogelijkheden van de patiënt zal gekozen worden voor een receptieve of actieve werkvorm met relatief veel of weinig verbale reflectie. Zijn de verbale vaardigheden van de patiënt zeer beperkt, dan zijn verbale reflectie en interactie minimaal en is de gedragservaring in het medium maximaal“ (Smeijsters, 2003, p.58).

Dus naast de al eerder omschreven open en gelijkwaardige houding was de therapeut zowel non- en para-verbaal als verbaal aanwezig. Hij was ervoor verantwoordelijk de veiligheid te waarborgen. Dit is op een respectvolle manier gebeurd waardoor de cliënten zich serieus genomen hebben gevoelt. Tegelijkertijd was het de rol van de therapeut het overzicht binnen zijn participerende rol te behouden en zowel het individu en zijn behoeften, als de groep met haar behoeften te zien en dit kunnen hanteren.

In een DMT sessie kunnen verschillende methoden ingezet worden. Dit wordt multimethodisch genoemd (Smeijster, 2003). De achtergrond hiervan is, dat een creatief therapeut zich altijd op de cliënt moet afstemmen en zijn methodisch handelen op de probleemstelling van het cliënt geïntereerd is. Dat impliceert dat de creatief therapeut zich niet mag vastleggen op een bepaalde psychotherapie-soort of creatief therapeutische theorie (Smeijsters, 2003).

Aangepast aan de doelgroep vanuit het onderzoek heeft de therapeut eclectisch (integratief) geschoold en eclectisch gehandeld. Dit houdt in, dat de therapeut over een bepaalde gedragsrepertoire beschikt, zodat die bij verschillende cliënten verschillende methodische invalshoeken kan hanteren (Eclectisch scholen). Met eclectisch handelen wordt bedoeld, dat de therapeut bij dezelfde cliënt verschillende methodische invalshoeken kan hanteren (Smeijsters, 2003). Dit heeft op beide manieren plaats gevonden. De therapeut was binnen het onderzoek steeds op het individu in de groep gericht en om hem individueel te benaderen en zo in zijn ontwikkeling te ondersteunen.

Hieruit wordt geconcludeert dat de therapeut vanuit de Psychotherapeutische stroming à Eclectische therapie (directieve therapie = concrete, welomschreven, realistische doelen, ervaringsgerichte activiteiten in het medium, et cetera) werkt. Hierin maakt hij vooral gebruik van de ortho – agogische (=ondersteunen van de ontwikkeling) en re – educatieve (=doorwerken van problemen op intra- en interpsychische manier) werkwijze.

4.1.2.4. Samenvatting

Vanuit de resultaten van de vragenlijst en uit die van de bewegingsobservaties is een thema het meest present en overkoepelend geweest: Het belang van het sociale aspect.

Hier heeft vooral de grootte van de groep invloed gehad op de lichamelijke beleving om zich te kunnen openen en in beweging te exploreren.

Het lichaamsbewustzijn van de cliënten kon hierdoor veranderen. Vooral de waarneming van spanning in het lichaam en het ervaren van bewegingen is tijdens het verloop verandert. Hierin zijn verschillende kwaliteiten, zoals grotere en vrijere bewegingen zichtbaar geworden. Forster (2002) en ook Feldenkrais (1972) hebben in hun boeken het belang van het lichaamsbewustzijn en het ontwikkelen hierin benoemt. Beide hebben hiervoor lichaamsgerichte meer functionele werkvormen bedacht. Door de resultaten van dit onderzoek blijkt dat een verandering van het lichaamsbewustzijn ook kan ontstaan als binnen dans- en bewegingstherapie vanuit een dansant uitgangspunt wordt gewerkt.

Hiervoor neemt de therapeut een open, gelijkwaardige en respectvolle houding aan en werkt ortho-agogisch en re-educatief om de ontwikkeling van de cliënte te bevorderen.

Uit de resultaten blijkt, dat het werken met Funk binnen DBT met jonge vrouwen met eetstoornissen succesvol is. Dit concludeer ik uit het feit dat er bij verschillende aspecten veranderingen hebben plaats gevonden. De cliënten hebben zich in bewegingsgedrag ontwikkeld en zijn opener geworden. Deze ervaringen konden zij mee nemen naar hun dagelijkse leven en het daarin introduceren. Naast het ontwikkelen van bewegingsgedrag is er een bewustere waarneming van lichaam, behoeftes en grenzen ontstaan. Deze punten spelen bij de doelgroep eetstoornissen een belangrijke rol (zie § 1.2.).

Door middel van dit onderzoek wordt het belang en effect van het dansantgericht werken binnen het lichamelijke aspect op de lichaamsbeleving gemanifesteerd.

§ 4.2. Sterkte/zwakte analyse

Dit hoofdstuk houdt zich bezig met de sterke en zwakte punten van het onderzoek.

Hierin wordt kritisch naar de randvoorwaarden en resultaten gekeken en omschreven welke punten zwak en welke sterk waren binnen dit onderzoek.

Het sterkste punt met betrekking tot de vraagstelling is, dat de cliënten alleen de creatief therapeutische dans- en bewegingstherapie hebben gevolgd waarin zij lichamenlijk bezig waren. Hiernaast hadden zij nog psychotherapeutische gesprekstherapie.

Hierop sluit aan, dat de resultaten met betrekking tot het ontwikkelen van lichaamsbewustzijn van dit onderzoek echt vanuit het danstherapeutische werken kwamen. Hierin konden de cliënten ervaringen opdoen en zich ontwikkelen. Daarbij had geen andere creatief therapeutische of lichaamsgerichte therapievorm impact. Dit betekent voor dit onderzoek, dat de resultaten in zo verre betrouwbaar zijn, omdat zij vanuit de participatie binnen de danstherapie ontwikkelt zijn.

Hierin is ook een sterk punt, dat de therapie 8 weken duurde en iedere sessie 1,5 uren lang was. Door deze duur kon een breedte aan dataverzameling worden opgedaan.

Dit heeft ervoor gezorgd dat er binnen dit onderzoek de mogelijkheid was, om de resultaten duidelijk en uitgebreid te omschrijven. Door de hoeveelheid aan data- verzamelingstechnieken konden alle betrokkenen van het onderzoek met hun ervaringen geïncorporeerd worden. Dat dit gebeurde en binnen de resultaten toch gelijke thema's steeds terug kwamen maakt duidelijk, dat dit blijkbaar belangrijke thema's en resultaten binnen dit onderzoek waren. Hierdoor worden de resultaten navolgbaar.

Aan het eind van de therapie was er meer en meer een verandering van beweging bij de cliënten zichtbaar. Deze verandering begon zich te manifesteren gedurende het eindstadium van de therapie. Zou de therapie langer hebben geduurd, dan zouden de resultaten misschien nog duidelijker zijn geweest. Ook zou dan het effect op langere termijn van de therapie gemeten kunnen worden.

Hierdoor zijn de cliënten nu met therapie gestopt zonder dat de nieuwe bewegingskwaliteiten zich echt gemanifesteerd hebben. Dit heeft ook ermee te maken, dat de cliënten niet alle sessies aanwezig waren. Zoals eerder beschreven zijn 2 cliënten na 2 en 4 sessies uitgevallen. De andere cliënten waren in verband met het ambulante setting met verschillende redenen afwezig – ziekte, toetsen en andere verplichtingen. Dat er gemiddeld 4- 5 cliënten in een sessie aanwezig waren was aan de ene kant een zwak punt, omdat er daardoor minder respondenten waren en zo de resultaten op minder cliënten gebaseerd zijn. Aan de andere kant is daardoor het belangrijkste resultaat van het onderzoek naar voren gekomen – dat het sociale aspect invloed heeft op het lichamelijke aspect.

Deze uitval en afwezigheid van cliënten was tweezijdig en stond ook in dichte verband met de ambulante setting. Zoals hierboven is beschreven konden door dit feit minder resultaten worden verzameld. De cliënten die aanwezig waren, waren – omdat het geen verplichting binnen een gesloten afdeling was – heel gemotiveerd om zich met hun lichaam in te zetten en in beweging te gaan.

Dit was een sterk punt van het onderzoek, omdat door deze motivatie van de cliënten de resultaten authentiek zijn geworden.

Verder is er een goed punt die het bewijs van betrouwbaarheid van de resultaten bevestigt, het werken binnen een homogene groep. Omdat binnen de onderzoeksgroep de zelfde thema's bij verschillende cliënten speelden, kon er concludeerd worden, dat het blijkbaar doelgroep- specifieke thematieken zijn.

Dit heeft wederzijds betrekking tot de vraagstelling van het onderzoek en bevordert zo het beantwoorden hiervan.

Een zwak punt van het onderzoek is, dat de begeleiding van de instelling binnen de therapie niet aanwezig was. Hierdoor kon zij alleen op vertellingen van de onderzoeker reageren en reflecteren. Als zij tijd had gehad om aanwezig te zijn, dan waren er haar misschien nog andere dingen zijn opgevallen. Dit zou ook een belemmerende functie gehad kunnen hebben, omdat de cliënten bij haar in psychotherapeutisch gespreksterapie zijn. Hierdoor zouden zij zich te beperkt hebben gevoeld om in beweging te komen. Omdat het een randvoorwaarde voor participatie van de cliënten was om niet gefilmd te worden bestond er op deze manier ook geen mogelijkheid om de sessies aan de begeleiding terug te laten zien. Ook de audio- opnames van de evaluatiegesprekken met de cliënten mocht de onderzoeker niet laten horen. Deze zijn mondeling samengevat weergegeven. Hierdoor was de evaluatie met de begeleiding Ruth Schwalbach dus op de observaties, gesprekken met cliënten en ervaringen van de onderzoeker zelf gebaseerd. Hierin bestond wel een regelmatigheid van bijeenkomsten en reflectie tussen onderzoeker en begeleiding.

Door deze manier van werken konden de resultaten zonder interpretaties worden weergegeven door mij als onderzoekende therapeut, maar ook door de cliënten zelf.

Uit de resultaten en de ervaringen vanuit het onderzoek kon ik een werkplan (zie 4.5.2.) opstellen die uit alle belangrijke aspecten binnen het werken met Funk binnen DBT met jonge vrouwen met eetstoornissen bestaat.

§ 4.3. Realisatie

Hoe het onderzoek daadwerkelijk is gerealiseerd en of de doelstellingen zijn bereikt wordt binnen deze paragraaf benoemd.

Dit onderzoek is op geplande wijze gerealiseerd. Het actieplan (zie 2.4.2.) is bijgehouden met bepaalde aanpassingen (zie 2.5.2.).

Er zijn zoals gepland 8 sessies aangeboden van 1,5 uur duur. Binnen deze sessies is gebruik gemaakt van de fasering van opwarming – kern 1 – kern 2 en afsluiting.

De fasering van de 8 weken is achteraf gezien iets moeilijker geweest om aangehouden te worden. Dit had met uitval en afwezigheid van cliënten te maken. Hierdoor heeft de kennismaking met de groep, het medium en de therapeut voor enkele cliënten iets langer geduurd.

Doordat niet alle cliënten 8 sessies aanwezig waren, is de fasering individueel verschoven.

De samenwerking tussen mijzelf en Ruth Schwalbach is bijzonder te benoemen. De evaluatie heeft regelmatig via mail en persoonlijke gesprekken plaats gevonden. Hierin heeft zij mij veel vertrouwen gegeven, waardoor mijn eigen therapeutisch handelen zich kon ontwikkelen en manifesteren. Door de relatieopbouw met de cliënten is er een samenwerking ontstaan waarin voor mij de mogelijkheid is gecreeerd om de resultaten vanuit de cliënten en vanuit mijzelf weer te geven. Hierin was het ontwikkelen van de resultaten zichtbaar. Vanuit de resultaten kunnen de vraagstellingen van het onderzoek worden beantwoord.

Hoe kan Funk binnen DBT worden ingezet?

Funk heeft als indicatie voor het werken met jonge vrouwen met eetstoornissen dat er individueel kan worden gewerkt binnen de groep. (zie 2.3.3.).

Binnen dit onderzoek is duidelijk geworden dat Funk over een rijkdom aan bewegingskwaliteiten beschikt.

Deze kunnen binnen DBT in verbindingen gebracht worden met polariteiten. Hierdoor ontstaat de ontdekking van nieuwe bewegingsmogelijkheden. Verder kan Funk vooral ingezet worden om vanuit het denken naar het doen te komen. Dit staat in verbinding met dat aan de bestaande dansstappen individueel vorm kan worden gegeven hierin alles mag en alles kan. Er kan binnen Funk niks verkeerd worden gedaan.

Binnen dit onderzoek is er steeds meer een link ontstaan tussen Funk en danstherapeutische aspecten. Deze worden in het werkmodel (zie 4.5.2.) genoemd.

Wat voor een invloed heeft de werkwijze op de lichaamsbeleving van jonge vrouwen met eetstoornissen?

De binnen dit onderzoek gehanteerde werkwijze van Funk (zie 4.5.2.) heeft invloed gehad op de lichaamsbeleving van de cliënten. Zo zijn de cliënten zich bewuster van hun lichamen geworden en hebben de bewegingen anders waar genomen. De bewegingen zijn bijvoorbeeld in het begin als klein en gespannen ervaren. Deze spanning is vooral in het hoofd beleefd. Door het exploreren van beweging kon de spanning zich iets meer oplossen waardoor grotere bewegingen als vloeiender werden ervaren. Hierdoor ontdekten de cliënten dat hun lichamen verschillende kwaliteiten in beweging konden brengen en daardoor ontstond meer vertrouwen in het eigen lichaam.

Welke aspecten van DBT in combinatie met Funk vormen de individuele werkwijze?

Wat binnen het werken met Funk het meest naar voren kwam was het belang van de combinatie van de DBT- aspecten. In het begin dacht ik voornamelijk binnen het lichamelijke aspect aan de slag te gaan. Dit kwam doordat Funk een dansstijl is die lichaamsgericht werkt en over het lichaam vorm krijgt. Redelijk snel is de koppeling met het sociale aspect duidelijk geworden. Hoe kleiner de groep was hoe meer de cliënten lichamen bezig waren, omdat zij niet zo sterk in vergelijking zijn gegaan omdat er minder cliënten aanwezig waren met wie zij zich konden vergelijken. Door dit effect konden zij ook meer expressief bewegen en nieuwe dansstappen exploreren. Zo is het resultaat van de vraag welke aspecten binnen DBT in combinatie met Funk de werkwijze vormen, dat er in combinatie van de wisselwerking van de aspecten binnen DBT bij Funk belangrijk zijn. Hoe veiliger het sociale aspect is ingekaderd, hoe meer de cliënten lichamen bezig zijn ,wat tot een expressie van beweging leidt.

Wat kan de werkwijze "Funk" binnen DBT succesvol maken binnen het werken met jonge vrouwen met eetstoornissen?

De gebruikte muziek die bekend maar toch ook nieuw is, was een uitdaging voor jonge vrouwen om in beweging te komen. Therapeutisch spelen er meerdere factoren (technieken, houding, werkvormen, etc.) een rol die het werken met Funk binnen DBT met jonge vrouwen met eetstoornissen succesvol maken (zie 4.5.2.).

Samenvattend is te benoemen dat je binnen Funk bezig bent in beweging en iets doet zonder erover te moeten nadenken. Hierdoor ontstaan nieuwe mogelijkheden om te bewegen ,maar ook om contact op te nemen en interactie aan te gaan. Het bijzondere dat binnen dit onderzoek naar voren kwam is, dat de cliënten zich in beweging kunnen openen, gekke, bijzondere bewegingen kunnen maken – zich daardoor zelfs niet zo serieus namen en plezier ervaarden.

Door het doen en beleven wordt het lichaamsbewustzijn vergroot en bewegingsmogelijkheden en voorkeuren ontdekt en gemanifesteerd. Daardoor kan bewegingsgedrag aangepast worden zonder erover te moeten nadenken.

Welke attitude/therapeutische houding is van belang bij het uitvoeren van deze werkwijze?

Zoals binnen dit onderzoek al eerder is beschreven, is het belangrijk, dat de therapeut een accepterende, open en gelijkwaardige houding in neemt. Tegelijkertijd is het vooral in het begin van therapie noodzakelijk dat de therapeut structureert en gesloten werkvormen aanbiedt. Dit staat in verbinding met de ontwikkeling met de therapie – wanneer de werkvormen opener worden en de therapeut meer een passieve rol in neemt en de inbreng vanuit de cliënten afwacht. Belangrijk is ook dat de therapeut geduldig is. Vooral in het begin van dit onderzoek heeft de onzekerheid van de cliënten vorm gekregen door stilte en afwachtend gedrag. Hierin is het belangrijk, dat de therapeut geduldig is en ruimte geeft en observaties en gedrag terugkoppelt in interventies om actie in de sessie te krijgen. Tegelijkertijd mag de therapeut niet overdonderen met werkvormen en verbale aanwezigheid. Vanuit dit onderzoek blijkt dat jonge vrouwen met eetstoornissen iets langer tijd nodig hebben om te durven en in actie te komen. Daaruit blijkt, dat de therapeut over een breed repertoire aan interventies beschikken zou kunnen. Hiervoor is binnen dit onderzoek gebruik gemaakt worden door hulp van de HV- moduskaarten (Janssen, 2010) zie bijlage 7.

Binnen deze momenten nemen zij zichzelf en lichaamssignalen waar, waardoor tijd moet worden gegeven. Hierbij is de rol van de therapeut om het veilig te houden en aan te voelen wanneer hij welke interventie pleegt.

Verder is binnen dit onderzoek naar voren gekomen dat zelfonthulling van de therapeut en werken met associaties helpt om het spanningsgevoel binnen de groep en het “niet weten wat te doen” te voorkomen. Daardoor wordt de cliënten de mogelijkheid geboden om vanuit een beeld/herinnering te bewegen en niet vanuit het gedachte “wat moet ik doen en hoe kan ik het doen”.

Dit aspect is heel aanwezig in Funk omdat de bestaande dansstappen namen hebben die aan associaties zijn gekoppeld. Bijvoorbeeld de “Horse”. Waarbij de beweging is, dat beide handen afwisselend naar links en rechts bewegen en doen alsof een paard met zijn voorvoeten omhoog gaat (zie bijlage 6).

Het beantwoorden van de deelvragen toont inhoudelijk al dat de hoofdvraag van dit onderzoek is beantwoord.

Hoe kan “Funk” als dans- en bewegingstherapeutische werkwijze bijdragen aan de lichaamsbeleving van jonge vrouwen met eetstoornissen?

Funk kan op verschillende manieren bijdragen aan het lichaamsbewustzijn en daardoor de lichaamsbeleving van jonge vrouwen met eetstoornissen vergroten.

Hiervoor is het belangrijk dat vanuit een therapeutisch werkplan aan de slag wordt gegaan. Deze impliceert welke aspecten, methoden, technieken en ook welke therapeutische houding belangrijk zijn. Door de bewuste inzet van Funk en zijn voordelen binnen dans- en bewegingstherapie kan een bewustzijn voor de lichaamssignalen van de cliënten met eetstoornissen groeien. Dit vergroot het lichaamsbewustzijn wat een positieve lichaamsbeleving bevordert. Hoe Funk volgens dit onderzoek binnen DBT een bijdrage kan leveren is onder 4.5.2. “Nieuwe werkplan” te lezen. Hierin heb ik naar mijn ervaringen binnen dit actiegericht onderzoek en aan de hand van de bereikte resultaten een werkplan opgesteld. In deze paragraaf omschrijf ik hoe Funk binnen DBT kan worden ingezet om aan de lichaamsbeleving van jonge vrouwen met eetstoornissen te werken.

Vanuit het beantwoorden van de onderzoeksvraag heb ik de doelstellingen voor mijn actiegericht onderzoek gehaald. Ik heb binnen het onderzoek een eigen werkwijze ontwikkelt hoe Funk binnen DBT bij jonge vrouwen met eetstoornissen kan worden ingezet. Deze werkwijze heb ik in een werkplan (zie 4.5.2.) vorm gegeven.

Daardoor heb ik op persoonlijke, professionele gebied mijn werkmodel uit het 3e jaar stage gespecialiseerd en bevestigd. Door de hoeveelheid aan dataverzameling en de hieruit resulterende uitkomsten heb ik een werkplan gevormd die die indicatie en het effect van Funk bij jonge vrouwen met eetstoornissen weergeeft.

Aan hand van dit werkplan kunnen ook andere dans- en bewegingstherapeuten Funk in hun therapie integreren en ermee werken. Ook voor externe professionals maakt het werkplan en de ontworpen DBT- werkwijze grijp- en inzetbaar.

Hierdoor wordt het behandelspectrum van eetstoornissen vergroot en dient het als inspiratie om open te staan voor nieuwe, onbekende werkvormen en verschillende dansante uitgangspunten.

Ook de doelstelling van dit onderzoek voor de cliënten zijn bereikt. Zij hebben plezier aan en in beweging ervaren en mogelijkheden ontdekt om vanuit impulsen te bewegen.

Ook hebben zij bewegingsmogelijkheden en voorkeuren leren ontdekken en geleerd om met de vormgeving hiervan te exploreren. Hierdoor is hun lichaamsbewustzijn en beleving positief verandert.

§ 4.4. Vervolgonderzoek

Uit dit onderzoek is een nieuw werkmodel (zie 4.5.2.) ontstaan. Dit werkmodel is zo gevormd, dat het voor danstherapeuten in de praktijk inzetbaar is. Het uitproberen en hanteren van de nieuwe werkplan "Funk" kan ik de praktijk op basis van mijn sucsesservaringen binnen het werken ermee aanbevelen. Voor de praktijk is zo een nieuwe model ontstaan die aan de ene kant overdraagbaar is en aan de andere kant aan externe professionals het danstherapeutische werken verklaart. Door het onderzoek en het opstellen van een werkplan heeft een ontwikkeling voor het beroep plaats gevonden. Er is een nieuwe aanpak van een dansstijl en zijn mogelijke therapeutische inzet aan hand van een actiegericht onderzoek gevormd. Door het opstellen van dit plan en de methodologische verklaring van het werken met Funk binnen DBT wordt het werk van de DB-therapeut transparent en vaklijk verklaart en beredeneerd.

Vanuit dit onderzoek en zijn resultaten zijn er meerdere gebieden duidelijk geworden waarin ik een vervolgonderzoek wil adviseren.

Het belangrijkste gebied is de hoeveelheid van cliënten die binnen dit onderzoek hebben deel genomen. Zoals al eerder beschreven zijn 2 cliënten weggevallen en de resterende cliënten waren niet iedere sessie aanwezig. Daardoor waren gemiddeld 4 – 5 cliënten binnen de 8 sessies aanwezig. Dit aantal van respondenten, en hun niet permanente aanwezigheid binnen therapie brengen mij tot een vervolgonderzoek. De resultaten die nu uit dit onderzoek zijn uitgekomen tonen een richting van verandering binnen lichaamsbewustzijn en bewegingsgedrag aan. Om deze uitkomst te bevestigen is een vervolgonderzoek nodig, waar meer cliënten over een langere tijd aanwezig zijn en waardoor de resultaten misschien duidelijker en specifiek bevestigd worden.

Vanuit mijn onderzoek en de ervaringen van het 3e jaar stage kan ik herkenbare thema's classificeren. Door de hoeveelheid aan respondenten zijn dit geen bevestigde uitkomsten. Dit aanbevolen vervolgonderzoek hoeft naar mijn idee niet perse de Funk- werkwijze impliceren. Het kan zowel een dansant uitgangspunt met indicatoren voor het werken met DBT en eetstoornissen zijn. Hierbij zou de focus op het veranderen van lichaamsbewustzijn en beleving op voorgrond staan. Verder lijkt het mij vanuit de resultaten gezien een interessant vervolgonderzoek te zijn, in hoe verre het sociale aspect het lichamelijke aspect beïnvloedt en hoe je hiervan therapeutisch kunt gebruik maken.

Een andere insteek voor een vervolgonderzoek zie ik binnen de Funk. Hierin kan vooral meer gekeken worden naar hoe de Funk- werkwijze naar andere werkvormen overdraagbaar kan worden gemaakt. Dus hoe kan je het werkplan naar andere werkvormen uitlichten met de aspecten van Funk. Dit onderwerp heeft binnen dit onderzoek nog geen aandacht gekregen. Dat had ermee te maken dat er binnen dit onderzoek is gekeken naar hoe Funk überhaupt kan worden ingezet.

Ook is het een aanbeveling om te onderzoeken hoe Funk bij verschillende doelgroepen en verschillende leeftijden kan worden ingezet. Hierin lijkt mij een onderzoek geïndiceerd hoe Funk kan worden ingezet, wat er vanuit het werkplan moet aangepast worden en of de resultaten met de eetstoornis- doelgroep vergelijkbaar zijn.

Vanuit de therapeutische houding zou ik aanbevelen te onderzoeken welke invloed op de doelgroep non- para en verbale interventies hebben en hoe die in een goede verhouding kunnen worden gehanteerd.

Samenvattend geef ik de aanbeveling voor vier vervolgonderzoeken die direct uit mijn onderzoek zijn ontstaan:

- Invloed van Funk (of ander dansant uitgangspunt) op lichaamsbeleving op langere termijn met meer respondenten
- Therapeutische hantering van beïnvloeding sociale aspect op lichamelijke aspect
- Integratie van Funk- werkwijze in andere werkvormen
- Invloed van Funk op verschillende doelgroepen en leeftijden
- Hantering en invloed van non- para- en verbale interventies bij eetstoornissen

Met deze vervolgonderzoeken zou de van mij ontworpen werkplan getoetst, aangepast en gemanifesteerd kunnen worden. Dit heeft als gevolg een meer beredeneerde therapeutische handelen.

§ 4.5. Werkmodel

Dit hoofdstuk vergelijkt onder 4.5.1. mijn oude met mijn nieuwe werkmodel.

Hoe mijn nieuwe werkmodel eruit ziet is onder 4.5.2. aan hand van een werkplan weer gegeven. Dit werkplan is een handleiding voor andere dans- en bewegingstherapeuten en externe professionals. Het omschrijft hoe Funk binnen DBT met jonge vrouwen met eetstoornissen kan worden ingezet en met welke technieken en aspecten gewerkt kan worden om de lichaamsbeleving van de doelgroep te bevorderen.

4.5.1. Vergelijking

Mijn nieuwe werkmodel is ten opzichte van het oude werkmodel op verschillende punten veranderd. De grootste verandering heeft met mijn therapeutisch handelen te maken. Zo is mijn therapeutische handelen tijdens het actiegericht onderzoek en door het verwerken van de resultaten beredeneerd geworden. Wat ik in therapie hoe inzet en wanneer ik welke interventies pleeg is duidelijker. De observaties van de bewegingen en het gedrag van de cliënten binnen therapie is hetzelfde gebleven, zo dat het geobserveerde bewegingsgedrag (zie ook § 1.1. en § 2.2.) gemanifesteerd is. Daaruit bleekt dat de thema's vanuit de bewegingsobservaties bij deze doelgroep steeds terug komen en overkoepellend zijn. Het heeft mijn werkwijze veranderd. Het is vanuit het improviseren en uitproberen gegroeid naar methodisch en bewust handelen.

Dit heeft ermee te maken dat door dit onderzoek mijn therapeutisch handelen bewuster en technischer is geworden. Op het gebied van ageren en reageren in het hier en nu ben ik steviger en bewuster geworden. Vanuit deze focus kon ik mijn handelen, wat in het 3e jaar nog eerder experimenteel was, in een werkplan opzetten samen met de verzamelde informatie die het therapeutisch handelen omschrijft.

Mijn idee van de inzet van Funk en zijn invloed binnen DBT is door dit onderzoek en zijn uitkomst versterkt.

Hierin heeft het belang van het sociale aspect binnen de therapie zich bijgevoegd.. Zo speelt in mijn nieuwe werkmodel het bewuste omgaan met de sociale aspect en zijn invloed op het lichamelijke aspect een belangrijke rol.

De bewuste combinatie van Funk en DBT en de doelgroep "Eetstoornissen" in een ambulante setting is door dit onderzoek onderbouwd.

Door dit onderzoek is binnen mijn werkmodel een nieuwe inzet, fasering en afstemming in combinatie met het DBT- werk met Funk en jonge vrouwen met eetstoornissen ontstaan.

Door het succesvolle werken met dit wermodel kon ik naar aanleiding van dit onderzoek een werkplan opstellen, waarmee andere DB- therapeuten en externe professionals met mijn ervaringen en onderzochte aanpak aan de slag kunnen gaan.

Zo is mijn werkmodel samengevat vanuit experimenteel naar beredeneerd gegroeid.

De aspecten die dit handelen hebben gevormd zijn, zijn in het nieuwe werkplan terug te lezen.

4.5.2. Nieuwe werkplan

Vanuit dit onderzoek is een werkplan ontstaan die omschrijft hoe Funk binnen DBT met jonge vrouwen met eetstoornissen kan worden ingezet om de lichaamsbeleving te bevorderen. Dit werkplan is gebaseerd op de ervaringen, evaluatie en resultaten vanuit dit onderzoek. Dit werkplan omschrijft mijn vernieuwde werkmodel. Hierin focus ik mij op de inzet van Funk binnen therapie. Aan de opwarming, kern 1 en afsluiting kan interactief met de groep worden vorm gegeven. Dit hangt af van de vraagstelling van de cliënten. Het werkplan geeft een inspiratie tot de inzet van Funk.

Werkplan Funk	
Setting	Ambulant
Cliënten	Homogene groep; Jonge vrouwen met eetstoornissen in de leeftijd van 18 t/m 25; Aanbevolen: 6 t/m 8 cliënten i.v.m. te verwachten uitvallers
Periode en frequentie	10 weken; 1 keer de week een danstherapeutische sessie van 1 uur
Doel	Toename van lichaamsbesef; plezier in beweging
Therapeutische stroming	Psychotherapeutische stroming á Eclectische therapie. → Directieve therapie
Methode	Multimethodisch. Eclectisch (integratief) scholen en handelen
Werkwijze	Ortho- agogisch en re- educatief
Wervorm	Funk (uitleg dansstappen zie bijlage...) in begin gesloten, aan het eind meer open werkvormen; werkvormen rond om opwarming en lichaamsbewustzijn (bv. Bodycheck)
Therapeutische houding	Open, gelijkwaardig, accepterend en respectvol
Therapeutische rol	In begin: actief, participerende rol aan het eind: passief, participerende rol
Materiaal	Dansgeschikte ruimte waar anderen niet binnen kunnen kijken – als er spiegels in de ruimte zijn ,moeten die bedekt worden; Kussen voor begroeting- en evaluatieronde; Matjes voor eventuele ontspannings- waarnemingsoefeningen; Muziekinstallatie; Funk muziek (o.a. James Brown); Ontspanningsmuziek; Een verzameling van muziek voor opwarming; Moduskaarten HV (zie bijlage....) voor mogelijke interventies
Sessiefasering	Opwarming – kern 1 – kern 2 – afsluiting
Therapiefasering	Fase 1: kennismaking; Fase 2: Bewustwording; Fase 3: Interpersoonlijke interactie in autonomie; Fase 4: Afsluiting
Fase 1 Kennismaking	2 sessies; doel: kennismaken met therapeut, medecliënten en medium; opbouwen van vertrouwen Lichaamsgerichte, gesloten werkvorm in opwarming en kern 1 Kern 2: Kennismaking met Funk – basisstappen Twist, Funky Freak, Wave en Roboter aanleren en samen combinaties en volgorde bedenken; Doel: Kennismaken met dansstijl en elkaar in beweging; zich zelf in beweging laten zien, inbreng hebben; leiden volgen Interventies/technieken: Verbale aanleiding; structureren, schaduwen, bevestigen
Fase 2 Bewustwording	2 sessies; doel: de cliënt werkt met de therapeut individueel zijn probleem door; bewustwording van bewegingsgedrag Lichaamsgerichte, gesloten werkvormen in opwarming en kern 1 Kern 2: Verdiepen van Funk – herhaling basisstappen plus Catwalk en Funky Chicken; Werken met polariteiten: opening en closing; groot en klein en langzaam en snel;

	Doel: Experimenteren met verschillende kwaliteiten en invloed ervan op het lichaam; bewustwording van bewegingsvoorkeuren Interventies/ technieken: Meer paraverbaal; schaduwen, uitdagen
Fase 3 Interpersoonlijke interactie in autonomie	4 sessies; doel: experimenteren met expressiemogelijkheden, contact en grenzen in beweging; vergroten van autonomie en individuatie Sociaal- en expressieve, open wordende werkvormen in opwarming en kern 1 Kern 2: Exploratie van Funk – Verdiepen stappen, plus Horse en Soultrain en exploratie – verandering stappen of creëren eigen, nieuwe stappen en combinaties hiervan; Doel: Bewegingsvoorkeuren ontdekken en exploreren; lichaamsbehoeften waarnemen; interactie ingaan; contact met zich zelf en de groep; leiden/volgen; zich laten zien Interventies/ technieken: Vooral para- en non-verbaal; ontwikkeling naar passieve participatie; ondersteunen, schaduwen
Fase 4 Afsluiting	2 sessies; doel: de cliënt bevestigt ervaringen, wordt zich bewust van overdrag naar dagelijkse leven en neemt afscheid van de therapie Lichamelijke, sociale en expressieve werkvormen voor opwarming en kern 1 – ideeën/ wensen van cliënten mee betrekken Kern 2: Bevestiging Funk – herhaling van alle dansstappen (bestaande, veranderde en nieuw- ontworpende). Creëren van een groepschoreo, waarin de volgorde door de cliënten wordt vastgelegd, maar iedereen vanuit eigen energie en bewegingsvoorkeuren de stappen mag vorm geven; Doel: Bevestigen ervaringen en bewegingskwaliteiten en afscheid nemen Interventies/technieken: Multi-verbaal; ondersteunen, bevestigen, besterken

Hoofdstuk 5: Samenvatting

In dit afstudeeronderzoek heb ik gekeken naar de invloed van Funk binnen DBT met jonge vrouwen met eetstoornissen. Op dit onderwerp ben ik, naar aanleiding van ervaringen en de ontbrekende aanwezigheid van literatuur over dit onderwerp gekomen.

Het blijkt dat het lichamelijke werken met deze doelgroep geïndiceerd is. Hoe dit op een dansante manier binnen DBT vorm kan krijgen is nog niet veel onderzocht en vertegenwoordigt.

Funk is als therapeutisch inzetbare dansstijl nog niet bekend.

Voor dit onderzoek heb ik de vraag opgesteld welke invloed Funk kan hebben op de lichaamsbeleving binnen DBT met jonge vrouwen. De doelstelling hiervan was om een eigen Funk- werkwijze te ontwikkelen die voor andere dans- en bewegingstherapeuten en externe professionals helder, begrijpelijk en inzetbaar is.

Hiervoor heb ik een actiegericht onderzoek gedaan binnen de Caritas Aachen te Aken. Acht weken lang heb ik een keer de week een DBT- sessie van 1,5 uur met 8 jonge vrouwen met eetstoornissen gedaan. Binnen deze tijd zijn door middel van vragenlijsten, evaluatiegesprekken en bewegingsobservaties data verzameld. Gedurende de weken hebben er constant aanpassingen en verdiepingen binnen deze dataverzameling plaats gevonden om de werkwijze te optimaliseren. Deze aanpassingen hebben vooral op het gebied van “therapeutisch handelen” plaats gevonden.

Na de acht weken zijn de data's verzameld, geanalyseerd en geïnterpreteerd.

Vanuit deze analyse en interpretatie zijn twee belangrijke resultaten naar voren gekomen:

- Sociale aspect
- Lichamelijke aspect

Binnen het sociale aspect was de grootte van de groep erg belangrijk voor de cliënten om zich te kunnen openen en met nieuw bewegingsmateriaal te durven experimenteren.

Vanuit de 8 cliënten zijn er twee tijdens het verloop van de sessies weg gevallen. Zo waren er 6 cliënten over. Die waren in verband met toetsen, ziekte en werk niet iedere sessie aanwezig.

Waardoor ik gemiddeld 4 cliënten in de groep had.

Door het wisselen van de grootte van de groep, hadden de cliënten de mogelijkheid te ontdekken waar zij zich beter bij voelden en wat moeilijker was. Naar hun mening was een gemiddelde van 4 cliënten een goed aantal. Ook ikzelf heb kunnen observeren wat de verschijnselen in een kleinere en een grotere groep waren. Beide hadden hun voor-en nadelen en het was inderdaad zo, dat de cliënten binnen een kleinere groep lichamelijk meer durfden. Ook het “gek-doen” wat bij Funk hoort had invloed op bewegingsgedrag en het expressieve vormgeven ervan.

Binnen het lichamelijke aspect was het lichaamsbewustzijn het grootste resultaat. De cliënten waren bezig hun lichaamssignalen waar te nemen en hierop in te gaan. Dit hebben zij op verschillende manieren gedaan. Vooral een bewustzijn van veranderingen van aanspanningen in hun lichaam hebben zij ontwikkeld. Verder was een open en gelijkwaardige rol van de therapeut van belang.

Vanuit de resultaten blijkt, dat het werken met Funk binnen DBT met jonge vrouwen met eetstoornissen succesvol is. Dit concludeer ik omdat op verschillende aspecten veranderingen hebben plaats gevonden. De cliënten hebben zich in bewegingsgedrag ontwikkeld en zijn opener geworden. Deze ervaringen konden zij mee nemen naar hun dagelijkse leven en het daarin introduceren.

Door deze resultaten is de vraagstelling van dit onderzoek beantwoord.

Funk kan op verschillende manieren bijdragen om het lichaamsbewustzijn en daardoor de lichaamsbeleving van jonge vrouwen met eetstoornissen te vergroten.

Hiervoor is het belangrijk dat vanuit een therapeutisch werkplan aan de slag wordt gegaan. Deze impliceert welke aspecten, methoden, technieken en ook welke therapeutische houding belangrijk zijn.

Aan hand van dit onderzoek en de daarmee verbonden ervaringen, resultaten en evaluaties heb ik een werkplan voor het werken met Funk binnen DBT met jonge vrouwen met eetstoornissen ontworpen.

Dit werkplan dient voor anderen als aanleiding om Funk binnen DBT beredeneerd te begrijpen en om een manier te laten zien hoe Funk binnen therapie inzetbaar is.

Literatuurlijst

- Barry, D. (n.d.). *Nobody cares if you can't dance well. Just get up and dance*. [Citaat] Retrieved from <http://www.quotegarden.com/dancing.html>
- Damasio, A. R., & Post, M. (2003). *Ik voel dus ik ben: Hoe gevoel en lichaam ons bewustzijn vormen*. Amsterdam: Wereldbibliotheek
- Delfos. (2002). *De lijn kwijt. Behandeling van anorexia, boulimia en obesitas*. Swets en Zeitlinger Lisse
- Feldenkrais, M. (1972). *Awareness through Movement*. Penguin Books London
- Forster, J. (2002). *Körperzufriedenheit und Körpertherapie bei essgestörten Frauen*. Centaurus
- Groen (2008). *Effectief handelen door reflectie. Bekwamer worden als professional*. Wolters – Noordhoff, Groningen
- Janssen, N. (2005 – 2012). *Technieken schematisch weergeven*. Zuyd Hogeschool, Heerlen
- Janssen, N. (2010). *Training HV*. Zuyd Hogeschool, Heerlen
- Keulen van, I. (2007). *Dans in beweging: een conceptueel model voor dans- en bewegingstherapie*. Zuyd Hogeschool, Heerlen
- Keulen, van I. (2012). *Laban observatieformulier*. Zuyd Hogeschool, Heerlen
- Kugel, J. (1973). *Psychologie van het lichaam*. Spectrum, Utrecht- Antwerpen
- Land, van't et al. (2008). *Trimbos zakboek. Psychische stoornissen*. Trimbos instituut Enschede
- Landelijke Stuurgroep. (2006). *Multidisciplinaire richtlijn*. Trimbos instituut Utrecht
- Laumer et al. (1997). Therapeutic effects of the Feldenkrais method "awareness through movement" in patients with eating disorders. *Psychother Psychosom Med. Psychologie*. 1997 May;47(5):170-80
- Leijssen, M. (2001). *Gids voor gesprekstherapie*. Uitgeverij de Tijdstroom
- Migchelbrink. (2007). *Actieonderzoek voor professionals in zorg en welzijn*. Uitgeverij Amsterdam
- N.D. (2009). *New Pop festival*. [Image]. Retrieved en bewerkt from http://www.spex.de/files/2009/07/new_pop_sachs.jpg
- Schwalbach, R. (2012- 2013). *Gesprekken en mailcontact*. Caritas Aachen
- Smeijsters, H. (2003). *Handboek Creatieve therapie*. Bussum: Uitgeverij Coutinho
- Smeijsters, H. (2005). *Praktijkonderzoek in vaktherapie*. Bussum: Uitgeverij Coutinho
- Strassel et al. (2011). A systematic review of the evidence for the effectiveness of dance therapy. *Alternative Therapies in Health en Medicine*, 2/2011, p. 172-182
- Stumpf et al. (2011). *Veränderung des Körperkonzeptes während stationärer Psychotherapie unter alters-, geschlechts- und diagnos-spezifischen Aspekten*. Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Vandenhoeck und Ruprecht
- Vandereycken, van W. en Deth. (2004). *Psychiatrie – van diagnose tot behandeling*. Bon Stafleu Van Loghum
- Verdonschot. (2007). *Als ik in de tijd van Rubens had geleefd, was ik een Prachtvrouw geweest*. Hogeschool Zuyd
- Verstegen, v. en Lodewijks. (2006). *Interactiewijzer*. Gorcum

Bijlage

- Bijlage 1: PICO- vraag
- Bijlage 2: Zoekgeschiedenis
- Bijlage 3: Vragenlijsten
- Bijlage 4: Tabel: Antwoorden op open vragen
- Bijlage 5: Format sessie uitschrijvingen
- Bijlage 6: Omschrijving Funk- danspassen
- Bijlage 7: HV - Moduskaarten

Bijlage 1: PICO- vraag

Binnen het onderzoek is gebruik gemaakt van een PICO- vraag. Deze vraag is in begin van het onderzoek worden opgesteld om op zoek te kunnen gaan naar bestaande literatuur die voor dit onderzoek van belang zijn kan.

De gegevens voor de PICO- vraag zijn geraadpleegd uit de reader “onderzoeken en rapporteren” van C.1.4.

Het woord PICO zet zich uit volgende letters samen die voor een betekenis staan.

P = Probleem of patient

I= Interventie

C= Controle groep

O= Uitkomst

Vanuit deze gegevens heb ik voor mijn onderzoeksvraag in de PICO- betekenis ingedeeld:

Hoe kan “Funk” als dans- en bewegingstherapeutische werkwijze bijdragen aan de lichaamsbeleving van jonge vrouwen met eetstoornissen?

P = Jonge vrouwen met een eetstoornis/ Young woman with an eating disorder/ Junge Frauen mit einer Essstörung

I = Funk en dans- en bewegingstherapie/ Funk and Dance Movement Therapy/ Funk und Tanz- und Bewegungstherapie

C = /

O = Bijdrage aan lichaamsbeleving/ Contribution for Bodysense/Bodyexperience/ Beitrag zum Körpererleben

Ik heb mijn PICO – vraag op drie talen geformuleerd omdat ik binnen deze drie talen op literatuurzoek ben gegaan om zo een breed mogelijk spectrum aan literatuur te kunnen vinden.

Bijlage 2: Zoekgeschiedenis

Ik ben met de verschillende PICO – onderdelen op zoek gegaan. Dit heb ik eerst met enkele en dan gecombineerde termen gedaan.

Zoals bij mijn zoekstrategie te lezen is, was de beoordeling van verschillende databank-uitkomsten erg moeilijk. Daarom heb ik ervoor gekozen mij op boeken en professionals te focuseren. Die personen ga ik hier bij de zoekgeschiedenis opnoemen. Dan ga ik een klein fragment van mijn databank- zoektermen toevoegen. Het was niet altijd mogelijk de zoekgeschiedenis vanuit de databanken op te slaan. Maar ik heb op de verschillende databanken met zelfde of soortgelijke termen gezocht.

Ik heb er op volgende databanken geraadpleegd:

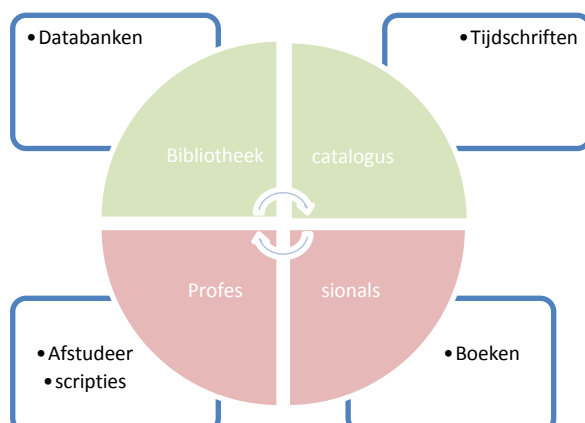
- CINHALL
- COCHRANE
- PUBMED

Met volgende professionals heb ik contact opgenomen:

- 3^{de} jaars student dans en beweging – die stage loopt op eetstoornis afdeling
- DBT – stagebegeleiding van Studen CT dans- en beweging 3^{de} jaar
- Danee (Funk Danseres uit Keulen)
- Erckens (Supervisor 3de jaar stage)
- Illigens (Psycholoog van de WABE- instelling in Aken)
- Schwalbach (Psycholoog van de Caritas- instelling in Aken)
- Söthe (DBT in de Uniklinik Keulen – oude stagebegeleiding)

De hoofd- zoektermen, die ik alleen-staand en in (and/ or) combinatie het meest op de databanken heb gebruikt waren (op Engels, Nederlands en Duits – dus naar iedere zoekdoorloop in een andere taal):

- Eetstoornissen
- Anorexia nervosa
- Boulimia nervosa
- Jonge vrouwen
- Dans en bewegingstherapie
- Beweging
- Sport
- Dansstijl
- Therapie
- Non-verbaal
- Lichaam
- Lichaamsgericht
- Lichaamsbeeld
- Lichaamsbeleving
- Funk
- Hip Hop
- Laban
- Effect
- Plezier
- Creativiteit



Bijlage 3: Vragenlijsten

Omdat het onderzoek in Duitsland heeft plaatsgevonden zijn de vragenlijsten in Duits geschreven. In deze bijlage is een Duitse en een Nederlandse vertaling van de begin- en eind vragenlijsten te vinden.

Vragenlijst begin: Duits

Fragebogen

Dieser Fragebogen wird im Rahmen der Therapiegruppe „Funk ya Body“ ausgefüllt.

Er umfasst Fragen bezüglich des Körperbewusstseins und das individuelle Erleben hiervon.

Bei den getroffenen Aussagen gibt es keine falschen und richtigen Antworten – es geht darum, dass du so antwortest, wie es für dein Empfinden (in Bezug auf deine Erfahrungen der letzten 6 Monate) am ehesten zutrifft.

Wenn du Fragen hast, oder etwas nicht deutlich ist, kannst du dich jederzeit an mich wenden.

Name: _____ Alter: _____

Bitte kreuze an, welche Essstörung(en) du hast, oder beschreibe welche Symptome bei dir auftreten und wie lange schon.

Anorexia nervosa ☐ Bulimia Nervosa ☐

Symptome: _____

Dauer der Erkrankung/Anwesenheit der Symptome: _____

Alle Angaben werden vertraulich behandelt und ausschließlich anonymisiert verwendet!

Instruktion zum Ausfüllen:

Bitte kreise die zutreffende Zahl ein, die am besten beschreibt, wie du dich in besagten Situationen fühlst.

Frage 9 und 10 kannst du frei beantworten.

1. Ich bewege mich impulsiv

Nie	Selten	Manchmal	Oft	Immer
1	2	3	4	5

2. Ich bewege mich gehemmt

Nie	Selten	Manchmal	Oft	Immer
1	2	3	4	5

3. Es fällt mir leicht, Emotionen (Wut, Trauer, Angst, Fröhlichkeit, etc.) non- verbal/in Bewegung zu äußern (zum Beispiel: stampfen, weinen, erstarren, lachen, hüpfen, etc.)

Nie	Selten	Manchmal	Oft	Immer
1	2	3	4	5

4. Wenn ich unsicher bin, fühle ich, dass ich mich verspanne

Nie	Selten	Manchmal	Oft	Immer
1	2	3	4	5

5. Wenn ich angespannt bin, fühle ich, wie sich meine Muskeln verändern (z.B. anspannen, zittern)

Nie	Selten	Manchmal	Oft	Immer
1	2	3	4	5

6. Wenn ich angespannt bin, fühle ich, dass sich meine Atmung verändert, z.B. schneller und oberflächlicher wird

Nie	Selten	Manchmal	Oft	Immer
1	2	3	4	5

7. Wenn ich angespannt bin, bekomme ich Kopf- oder Bauchschmerzen

Nie	Selten	Manchmal	Oft	Immer
1	2	3	4	5

8. Wenn ich gehemmt bin, fällt es mir leicht, aus diesem Zustand heraus zu kommen

Nie	Selten	Manchmal	Oft	Immer
1	2	3	4	5

9. Meine Erwartungen bezüglich der Tanztherapiegruppe sind:

10. Meine Befürchtungen bezüglich der Tanztherapiegruppe sind:

Danke für das Beantworten des Fragebogens.

Vragenlijst begin: Nederlands**Vragenlijst**

Deze vragenlijst wordt binnen de danstherapeutische groep "Funk ya Body" ingevuld.

Hij omvat vragen m.b.t. de lichaamsbewustzijn en de individuele beleving hiervan.

Bij de uitspraken bestaan geen foute of juiste antwoorden - het gaat erom, dat je antwoord naar jouw eigen beleving (m.b.t. jouw ervaringen van de laatste 6 maanden) .

Als je vragen hebt of iets onduidelijk is, kan je altijd naar mij toekomen.

Naam: _____ Leeftijd: _____

Maak een kruisje in het vakje bij de eeststoornis(en) die je hebt, of beschrijf de symptomen die bij jou optreden en geef aan hoe lang het al zo is.

Anorexia nervosa ☐ Boulimia Nervosa ☐

Symptomen: _____

Duur van de stoornis/aanwezigheid van de symptomen: _____

Alle gegevens worden vertrouwelijk behandeld en uitsluitend geanonymiseerd gebruikt!

Instructies voor het invullen:

Omcirkel het cijfer, die het best omschrijft, hoe jij in genoemde situaties voelt.

Vraag 9 en 10 kan je vrij beantwoorden.

1. Ik beweeg impulsief

Nooit	Zelden	Soms	Vaak	Altijd
1	2	3	4	5

2. Ik beweeg geremd

Nooit	Zelden	Soms	Vaak	Altijd
1	2	3	4	5

3. Ik vind het makkelijk emoties (boos, bedroefd, bang, blij, et cetera) non-verbaal/ in beweging te laten zien (bij voorbeeld: stampen, huilen, bevriezen, lachen, huppelen, etc.)

Nooit	Zelden	Soms	Vaak	Altijd
1	2	3	4	5

4. Als ik onzeker ben, voel ik mij gespannen in mijn lichaam

Nooit	Zelden	Soms	Vaak	Altijd
1	2	3	4	5

5. Als ik aangespannen ben, voel ik, hoe mijn spieren zich veranderen (b.v. aanspannen, trillen))

Nooit	Zelden	Soms	Vaak	Altijd
1	2	3	4	5

6. Als ik aangespannen ben, voel ik hoe mijn ademing verandert, b.v. sneller en oppervlakkiger

Nooit	Zelden	Soms	Vaak	Altijd
1	2	3	4	5

7. Als ik aangespannen ben krijg ik hoofd- of buikpijn

Nooit	Zelden	Soms	Vaak	Altijd
1	2	3	4	5

8. Als ik geremd ben, vind ik het makkelijk uit deze toestand te komen

Nooit	Zelden	Soms	Vaak	Altijd
1	2	3	4	5

9. Mijn verwachtingen m.b.t. de danstherapeutische groep zijn:

10. Mijn vrees m.b.t. de danstherapeutische groep zijn:

Bedankt voor het invullen van de vragenlijst

Vragenlijst eind: Duits**Fragebogen**

Zu Beginn der tanztherapeutischen Funkgruppe habt ihr diesen Fragebogen ausgefüllt. Zum Ende bitte ich euch erneut, die Fragen zu beantworten.

Er umfasst Fragen bezüglich des Körperbewusstseins und das individuelle Erleben hiervon.

Bei den getroffenen Aussagen gibt es keine falschen und richtigen Antworten – es geht darum, dass du so antwortest, wie es für dein Empfinden (in Bezug auf deine Erfahrungen der letzten 6 Monate) am ehesten zutrifft.

Wenn du Fragen hast, oder etwas nicht deutlich ist, kannst du dich jederzeit an mich wenden.

Name: _____

Alle Angaben werden vertraulich behandelt und ausschließlich anonymisiert verwendet!

Hast du durchgehend an der Gruppe teilgenommen? Ja ☐ Nein ☐

Bei Nein: Womit hing das zusammen?

Instruktion zum Ausfüllen:

Bitte kreise die zutreffende Zahl ein, die am besten beschreibt, wie du dich in besagten Situationen fühlst.

Frage 9 - 11 kannst du frei beantworten.

1. Ich bewege mich impulsiv

Nie	Selten	Manchmal	Oft	Immer
1	2	3	4	5

2. Ich bewege mich gehemmt

Nie	Selten	Manchmal	Oft	Immer
1	2	3	4	5

3. Es fällt mir leicht, Emotionen (Wut, Trauer, Angst, Fröhlichkeit, etc.) non- verbal/in Bewegung zu äußern (zum Beispiel: stampfen, weinen, erstarren, lachen, hüpfen, etc.)

Nie	Selten	Manchmal	Oft	Immer
1	2	3	4	5

4. Wenn ich unsicher bin, fühle ich, dass ich mich verspanne

Nie	Selten	Manchmal	Oft	Immer
1	2	3	4	5

5. Wenn ich angespannt bin, fühle ich, wie sich meine Muskeln verändern (z.B. anspannen, zittern)

Nie	Selten	Manchmal	Oft	Immer
1	2	3	4	5

6. Wenn ich angespannt bin, fühle ich, dass sich meine Atmung verändert, z.B. schneller und oberflächlicher wird

Nie	Selten	Manchmal	Oft	Immer
1	2	3	4	5

7. Wenn ich angespannt bin, bekomme ich Kopf- oder Bauchschmerzen

Nie	Selten	Manchmal	Oft	Immer
1	2	3	4	5

8. Wenn ich gehemmt bin, fällt es mir leicht, aus diesem Zustand heraus zu kommen

Nie	Selten	Manchmal	Oft	Immer
1	2	3	4	5

9. Meine Erfahrungen bezüglich der Tanztherapiegruppe sind:

10. Das fiel mir schwer/ leicht:

11. Hatte der Funk Einfluss auf dich? Wenn ja, worauf?

Danke für das Beantworten des Fragebogens.

Vragenlijst eind: Nederlands**Vragenlijst**

In begin van de danstherapeutische groep „Funk ya Body“ heb je deze vragenlijst al ingevuld.

Nu aan het eind wil ik je vragen om het nog een keer te doen.

Hij omvat vragen m.b.t. de lichaamsbewustzijn en de individuele beleving hiervan.

Bij de uitspraken bestaan geen foute of juiste antwoorden - het gaat erom, antwoord naar jouw eigen beleving (m.b.t. jouw ervaringen van de laatste 6 maanden).

Als je vragen hebt of iets onduidelijk is, kan je altijd naar mij toekomen.

Naam: _____

Alle gegevens worden vertrouwelijk behandeld en uitsluitend geanonymiseerd gebruikt!

Heb je doorgaand aan de groep deel genomen? Ja ☐ Nee ☐

Nee? – wat was de reden

hiervoor: _____

Instructies voor het invullen:

Omcirkel het cijfer, die het best omschrijft, hoe jij in genoemde situaties voelt.

Vraag 9 t/m 11 kan je vrij beantwoorden.

1. Ik beweeg impulsief

Nooit	Zelden	Soms	Vaak	Altijd
1	2	3	4	5

2. Ik beweeg geremd

Nooit	Zelden	Soms	Vaak	Altijd
1	2	3	4	5

3. Ik vind het makkelijk emoties (boos, bedroefd, bang, blij, et cetera) non-verbaal/ in beweging te laten zien (bij voorbeeld: stampen, huilen, bevriezen, lachen, huppelen, etc.)

Nooit	Zelden	Soms	Vaak	Altijd
1	2	3	4	5

4. Als ik onzeker ben, voel ik mij gespannen in mijn lichaam

Nooit	Zelden	Soms	Vaak	Altijd
1	2	3	4	5

5. Als ik gespannen ben, voel ik, hoe mijn spieren zich veranderen (b.v. aanspannen, trillen)

Nooit	Zelden	Soms	Vaak	Altijd
1	2	3	4	5

6. Als ik gespannen ben, voel ik hoe mijn ademing verandert, b.v. sneller en oppervlakkiger

Nooit	Zelden	Soms	Vaak	Altijd
1	2	3	4	5

7. Als ik gespannen ben krijg ik hoofd- of buikpijn

Nooit	Zelden	Soms	Vaak	Altijd
1	2	3	4	5

8. Als ik geremd ben, vind ik het makkelijk uit deze toestand komen

Nooit	Zelden	Soms	Vaak	Altijd
1	2	3	4	5

9. Mijn ervaringen binnen de danstherapeutische groep zijn:

10. Dat was moeilijk/ makkelijk:

11. Had Funk invloed op jij? Zo ja, op welke manier:

Bedankt voor het invullen van de vragenlijst

Bijlage 4: Tabel: Antwoorden op open vragen

Open vragen/ Cliënt	Verwachtingen → begin	Ervaringen → eind	Zorgen → begin	Invloed van Funk → eind
Cliënt 1	Proberen op aanbod inlaten	Begin: geremd beweegt i.v.m. onbekende cliënten; dat is tijdens verloop beter geworden	Niet goed te voelen omdat ik bezig met mijn lichaam ben	Creatieve, gekke bewegingen ontdekken; beter lichaamsgevoel
Cliënt 2	Meer zelfvertrouwen; beter lichaamsbesef	Plezierbeleving, meer bewustzijn van lichaamssignalen	Schaamte, geremd zijn, minderwaardigheidsgevoel	Zich zelf niet meer zo serieus nemen; grappjes kunnen maken
Cliënt 3	Beter lichaamsbewustzijn, ontdekking nieuwe sterkten en vaardigheden, gebruik van deze	Niet ingevuld – na 4 ^{de} sessie uitgevallen	Aan te spannen, dingen doen die ik niet mag/will, mij te verstellen	Niet ingevuld – naar 4 ^{de} sessie uitgevallen
Cliënt 4	Meer zelfvertrouwen, lichaam bewuster waar nemen, tijd om mij mijzelf en mijn lichaam uit elkaar te zetten, tijd om na te denken en mij zo te accepteren hoe ik ben	Het was goed meer op mijn lichaam te letten en te luisteren wat ik voel en hoe het met mij gaat; dit met anderen te delen en het erover te hebben was in het begin even wennen, maar vond ik heel goed; het was hulprijk ook van anderen iets te zien en te horen en mij erin te kunnen erkennen; het was makkelijker in een kleinere groep te bewegen; het was moeilijk bewegingen te doen zonder erover nadenken en het denken heeft mij ervan afgeleid naar mijn lichaam te luisteren; het was moeilijk in het begin dat ik niemand kende; tegen eind is het steeds makkelijker geworden om op mijn lichaam te letten en bewegingen aan mijn stemming aan te passen	Hoe ik ermee omga in een groep waar iedereen een eetstoornis heeft, sterke uit elkaar zetting met het thema, dat ik mij niet op mijn gemak en op een verkeerde plek voel	Ik weet niet of het aan de funk of überhaupt aan de danstherapie ligt, maar ik ben een klein beetje zelfzekerder geworden en heb geleerd dat het goed kan zijn om open te staan voor nieuws en zich niet te schamen te moeten voor bewegingen of emoties; Funk heeft mij de mogelijkheid gegeven om grote bewegingen te doen en ook emoties en associaties naar buiten en in beweging te brengen

Cliënt 5	Beter lichaamsbewustzijn, ontspannen omgang met andere	Probleem met grote groep – in kleine groep open en ontspannen in contact; aansluitend aan sessie goede stemming; van aanspanning naar ontspanning	Geen	Positieve muziek; motivatie; plezier
Cliënt 6	Beter leren om op mijn lichaamssignalen te luisteren en te voelen wat ik in het moment nodig heb	Ik let meer daarop wat mijn lichaam zegt, vooral tijdens sporten. Ik vind het makkelijker mijzelf iets goeies te doen door minder actief te zijn.	Mij belachelijk te maken en van de andere uitgelacht te worden	Goed, dat iedereen alles in eigen tempo en op eigen manier kon doen en het geen probleem was iets te veranderen of even niet mee te doen; goeie stemming; makkelijker als de groep niet zo groot was; in begin was het moeilijk omdat de anderen onbekend waren
Cliënt 8	Nieuwe bewegingen leren, lichaam anders waar nemen. Plezier aan dans, op mijn gemak voelen	Plezier aan het experimenteren met nieuwe bewegingen; Moeilijk met afstand-nabijheid van de groep – ongemakkelijk gevoel erbij; Ik neem mee, dat ik meer op mijn lichaamssignalen let	Tijdens een slechte fase mij niet op mijn gemak voel, ontstemd ben en ermee de groep stoor, waarop ik mijzelf dit verwijt en mij nog stommer voel	Animerende muziek; door dansen wakker geworden als ik in begin moe was; Soms is het mij gelukt mijn hoofd uitteschakelen en niet erover na te denken hoe ik beweeg, hoe dit uitziet en hoe ik het beter zou kunnen doen

Bijlage 5: Format sessie uitschrijvingen

Sessie:

Client:

Werkvorm	Verbaal/ paraverbaal/ non-verbaal – Wat valt op in stemming en gedrag en contact?	Bewegingsobservaties - interventies	Evaluatie vanuit client

Waarop letten volgende keer?

Bijlage 6: Omschrijving Funk – danspassen

<i>Twist</i>	→ Twistachtige bewegingen – door je knieën gaan, voeten tegelijkertijd van links naar rechts schuiven – erbij draaien van de billen en meenemen van armen
<i>Funky Freak</i>	→ Basisstap: Stap met rechter voet naar rechts dan tipt de linke voet naast de rechter- Links gaat weer naar links en rechts tipt: rechts tip, links, tip. De armen improviseren – bij iedere tip een klap, et cetera
<i>Wave lichaam</i>	→ Associatie date en Wave door een lichaamsdeel of het hele gaat. Beweging begint ergens en loopt in een wave of boogachtige manier naar een andere lichaamsdeel
<i>Roboter</i>	→ Robotachtige bewegingen in een lichaam of lopen als een Robot. Hoge spierspanning en staccato bewegingen.
<i>Catwalk</i>	→ Associatie met model op catwalk – overdrive bewegingen. Diagonale bewegingen van armen en benen op de plek of lopend.
<i>Funky Chicken</i>	→ Twee variaties: Baby chicken: Handen onder de oksels – met ellebogen op- en neerwaardse bewegingen – hoofd gaat simultaan voor en achter. Grote chicken: Benen en armen gaan tegelijkertijd in een o- vorm en ontspannen weer zodat zij slap hangen – dit gebeurt in afwisseling: o – slap – o slap.
<i>Horse</i>	→ Afwisselend gaan beide handen aan de rechter kant en linker kant(of voor) naar boven – associatie met een stijgende paard.
<i>Soultrain</i>	→ De armen vormen het wiel van een trein – tijdens lopen draaien de wielen afwisselend of tegelijkertijd.

Door cliënten ontworpen dansstappen:

<i>Pharao</i>	→ Associatie met een pharao. Twee variaties: Staande pharao: handen worden met de binnenkant naar boven naar de schouders gehouden zodat de ellebog naast het lichaam ligt. Het hoofd schuift van links naar rechts. Lopende pharao: Een spitse hand voren een achter bewegen zij pikkend tijdens het lopen – hoofd beweegt simultaan met handen.
<i>Proleet</i>	→ Associatie met proleet: Creatieve individuele vormgeving met wat dieenige onder “proleet” verstaat; bv. met breede handen auto.rijden simuleren met stevige mimiek
<i>Wijfie</i>	→ Associatie met Paris Hilton: Overdreven “vrouwelijke” bewegingen, dan bv. dramatisch de haaren naar achter vegen. Creatieve individuele vormgeving.
<i>Sporter</i>	→ Alle sporten die iedereen in gedachten heeft worden met gebaren op muziek gedaan – basketballer, etc.
<i>Monkey</i>	→ Aandachtige bewegingen zoals bv. op borst kloppen.
<i>Bodybuilder</i>	→ Posing en houdingen van bodybuilder innemen.

Belangrijk bij alle danspassen is, dat zij met een knipoog en een hormonistisch mimiek worden gedaan.

Bijlage 7: Moduskaarten HV

Binnen de opleiding als dans- en bewegingstherapeut aan de Zuyd hogeschool Heerlen hebben wij binnen de “Hulpverleners- lessen” Moduskaarten gekregen. Deze moduskaarten beschrijven mogelijke interventies van de therapeut binnen therapie. De Moduskaarten zijn door Nanon Janssen (2010) ontwikkeld.

Omdat deze moduskaarten tijdens mijn onderzoek een rol speelden worden zij in deze bijlage toegevoegd.

Interventiemiddelen

MODUS kaart 1

1. neem letterlijk afstand van de groep (meer dan 1 meter)
2. wordt letterlijk nabij (minder dan 1 meter afstand van persoon of groep)
3. ga excentrisch (niet in het middelpunt) van de groep staan
4. ga centraal in de groep staan
5. laat groep van plaats veranderen, ten opzichte van jou
6. ga persoonlijk in op groepsleden
7. ga expliciet niet in op persoonlijke zaken
8. doe zelfonthulling
9. geef feedback
10. ga over op instructie
11. bespreek overeenkomsten en verschillen in ervaringen van groepsleden
12. maak oogcontact
13. maak verbaal contact
14. maak tactiel (voelbaar, tastbaar) contact
15. maak paraverbaal (manier waarop, intonatie, melodie) contact
16. maak non-verbaal (mimiek, lichaamshouding) contact
17. spreek persoon/personen aan
18. vertoon voorbeeldgedrag in houding
19. creëer 2-tallen

www.fairtreatment.nl www.vitaminemixaandemaas.nl

Nanon Janssen Athoslaan 59, 6213 CC Maastricht

Mail:info@fairtreatment.nl tel:0031621504322

KvK:14131817 BTW:NL157600713B01

MODUS kaart 2

1. verander positie
2. geef feedback
3. doe zelfonthulling
4. zorg voor cohesie
5. maak backtrack
6. ga door in 1ste positie
7. ga door in 2de positie
8. ga door in 3de positie
9. geef verbale interventie
10. geef non-verbale interventie
11. geef paraverbale interventie
12. ga in op intra psychisch
13. ga in op interactioneel
14. ga groepsdynamisch
15. creëer thema
16. creëer werkpunt
17. creëer mediumactiviteit
18. wordt inhoudsgericht
19. wordt procesgericht
20. chunk up
21. chunk down
22. chunk lateral

www.fairtreatment.nl www.vitaminemixaandemaas.nl
Nanon Janssen Athoslaan 59, 6213 CC Maastricht
Mail:info@fairtreatment.nl tel:0031621504322
KvK:14131817 BTW:NL157600713B01