



IN DE ONTMOETING

Verena Cavallini & Simone Kleinlooh

0953776cavallini, September 2014

Creatieve Therapie Dans- en bewegingstherapie; Zuyd Hogeschool Heerlen, Faculteit Gezondheid en Zorg

**„Jenseits von richtig und falsch liegt ein Ort.
Dort treffen wir uns.“**

Dschalâl-ed-dîn Rumî (1207-1273)

Voorwoord

Inleiding

1. Probleemstelling	3
1.1 Aanleiding	
1.2 Het fenomeen	
1.3 Het fenomeen in de praktijk	4
1.3.1 Zelfervaring	
1.3.2 Begeleiding in de praktijk	5
1.3.3 Het Ziektebeeld	7
1.3.4 Behandeling en ontstaan	8
1.4 Begrippenkader	
1.5 Relevantie voor mij als beginnend dans- en bewegingstherapeute	10
1.6 Relevantie voor het beroep van de dans- en bewegingstherapeute	
1.7 Relevantie voor voor de doelgroep	
1.8 Vraagstelling	11
1.9 Doelstelling	
2. Onderzoeksontwerp	12
2.1 Onderzoekstype	
2.2 Onderzoeksmethode	
2.3 Dataverzameling	
2.4 Data-analyse	15
2.4.1 Theoretische bodem voor de analyseprocedure	
2.4.2 Het analyseproces	16
2.5 Kwaliteitscriteria	17
3. Resultaten	20
3.1 Kerncategorieën	
3.1.1 Fasering en vormgeving in het medium	
3.1.2 Afstemming in de relatie	21
3.1.3 Richting gevende behoeftes	24
3.1.4 Geneze van het rapport	25
3.2 Dimensies van de intersubjectieve ruimte	32
3.2.1 Schematische weergave kerncategorieën	
3.2.2 Uitleg schema	33
4. Discussie	34
4.1 Beantwoording van de subvragen	
4.2 Beantwoording van de centrale vraagstelling	36
4.3 Integratie methodisch handelen	42
4.4 Analyse tekortkomingen en sterkte	
4.4.1 Tekortkomingen	44
4.4.2 Sterkte	
4.5 Aanbevelingen naar aanleiding van het onderzoek	45
5. Samenvatting	47

Literatuurlijst 48

Bijlagen 54

Bijlage 1: PICO-vraag en zoekgeschiedenis	
Bijlage 2: Tekening pagina 33	57
Bijlage 3: Tekening pagina 43	58
Bijlage 4: Tekening pagina 44	59

Contemplatie

betekent letterlijk “het scheiden van iets uit zijn omgeving” en komt voort uit het Latijnse *contemplatio*, synoniem voor beschouwing (Wikipedia, 2013). Als iemand een contemplatief leven leidt, dan wil dat zeggen dat diegene een rustige en aandachtige houding heeft aangenomen ten opzichte van het leven, met het doel zijn bewustzijn te vergroten. Deze levenshouding staat bekend voor het leven in een klooster. Nou, ik ben niet gaan leven in een klooster om mijn studie af te ronden. Maar, wat ik wel deed, ik ging de handelingen uitvoeren die de Auguren (Romeinse ambtenaren) vele,...vele jaren voor mij gingen toepassen om tot inzicht te komen en hun bewustzijn te vergroten. Zij bakenden een gebied in de natuur, het aardse templum (observatieruimte) af. Vervolgens gingen de Auguren, hetgeen in het gebied leefde observeren en interpreteren. In analogie daartoe werd er ook een gebied, het hemelse templum afgebakend dat uitsluitend bestemd was voor de Goddelijkheid. Toen begonnen de Auguren met contemplatie. Zij gingen beide templa, de aardse en de hemelse tezamen (con) beschouwen en zinnen over hun verbinding (Wikipedia, n.d.). In de tegenwoordige tijd heet dat onderzoek doen! Dat deed ik dus. Ik ging aardse dingen, de praktijk met hemelse dingen, de theorie, samenbrengen tijdens het verrichten van praktijkgericht onderzoek. Het eerste gebied dat ik afbakende was het aardse gebied. Ik ging een casus uit mijn praktijkstage bekijken. Deze casus was representatief voor een bepaald fenomeen dat ik door al mijn opleidingsjaren heen ben tegen gekomen. Het fenomeen had met het non-verbale aspect van de therapeutische relatie te maken binnen mijn methodisch handelen. Ik was nieuwsgierig. Eindelijk bood zich de kans om dit fenomeen op een ander niveau te kunnen verkennen, verklaren en begrijpen. Voor het beschouwen van het fenomeen had ik dus ook nog het hemelse gebied nodig met dat ik het aardse templum in verband kon brengen. Het hemelse gebied was gericht op theorieën en concepten die vele wijze en minder wijze mensen voor me op papier hebben gezet. Dat deed ik door het verrichten van een case-study. Mijn contemplatie was erop gericht de praktijk met de theorie te verbinden om mijn bewustzijn over mijn eigen methodisch handelen als dans- en bewegingstherapeute te vergroten. Het product van mijn contemplatietijd draagt u nu in handen, mijn onderzoeksrapport als product van mijn afstudeerproject van de opleiding Creatieve Therapie specificatie Dans- en Bewegingstherapie aan de Zuyd Hogeschool Heerlen (NL). Om deze ontwikkeling door te maken om tot inzichten te komen die mijn horizon ging verruimen had ik veel steun van lieve en mij dierbare mensen om me heen. Op deze plaats wil ik mijn dankbaarheid tegenover hen uitspreken.

Dank je wel Simone Kleinlooh voor de begeleiding van mijn scriptie. Voor je advies en de steun om het doel voor ogen te blijven houden. Simone Willems, heel veel dank voor de gesprekken die mij hielpen om het een en ander over mijn handelen in de reflecties helder te krijgen. Leonie Jürgens, jou bedank ik voor al je steun en vriendschap door de opleiding heen. Dat je begrijpt wat ik in bloemigheid vertel en de vragen die je stelde en je oren die soms alleen luisterden om mijn de weg te helpen vinden om de bloemigheid te concretiseren.

Herr Dr. Peter Dobmeier, vielen Dank für Ihre Literaturempfehlungen und die Zeit die Sie sich genommen haben um mir alle meine Fragen zu beantworten.

Liebe Patientin, bei Ihnen möchte ich mich für Ihr Vertrauen bedanken, mir die zeitlich begrenzte tanztherapeutische Begleitung übertragen zu haben. Vielen Dank, dass Sie mich an den Höhen und Tiefen Ihrer Gefühls- und Erlebenslandschaften teilhaben ließen; dass ich diese bezeugen durfte. Ich habe Achtung vor Ihrer Stärke, Ausdauer und Feinsinnigkeit.

Martin Alan Schmidt ,I learned a lot from your knowledge and experience. Thank you for the time you took to talk to me, it was a pleasure to talk with you about the case.

Martijn Lucas van Erp met jouw talent voor tekenen en de Nederlandse taal konden mijn innerlijke beelden zichtbaar worden en mijn woorden in goed Nederlands begrijpelijk voor de lezer. Nanon Labrie, Ook bij jou bedank ik me voor je inzet en steun om mijn scriptie te corrigeren.

Ein Dankeschön geht auch an den Fotografen Stefan Wensing für die Zustimmung sein Foto als Titelbild benutzen zu dürfen. Es widerspiegelt perfekt den Titel und den Kern der arbeit.

Gegrad Kessels, Ina van Keulen en Ingrid Jablonka, Heel veel dank voor de aandacht en steun om de kracht te ontdekken mijn eigen ruimte in te kunnen nemen, het vertrouwen te ontwikkelen na mijn eigenwijsheid te luisteren en met vallen en opstaan mijn weg als dans- en bewegingstherapeute springend en draaiend te bewandelen.

Meine lieben drei Eltern, Papa, Mama und Herbert, Ich danke Euch für al eure Unterstützung, Toleranz und Flexibilität . Mit extra Dank an die Mutti!!!!

In het kader van het afstudeerproject als dans- en bewegingstherapeute aan de Zuyd Hogeschool Heerlen (NL), schrijf ik mijn bachelor thesis aan de hand van een praktijkgericht onderzoek dat ik uitvoerde. Het onderzoeksrapport vormt het schriftelijke werkstuk, ofwel scriptie, waarmee ik mijn studie tot afronding breng. Omdat mijn onderzoek gericht is op mijn eigen methodisch handelen tijdens mijn praktijkstage in het derde leerjaar, zal ik even stil staan bij het perspectief van waaruit deze scriptie geschreven is. Als onderzoeker zal ik vanuit het ik-perspectief schrijven. Wanneer ik schrijf over het handelen van de dans- en bewegingstherapeute schrijf ik over mijn eigen methodisch handelen tijdens de praktijk situatie, die tevens het object van onderzoek vormt. Voornamelijk zal dit aan bod komen vanaf hoofdstuk drie waarin de resultaten gepresenteerd worden.

Het gebied van onderzoek wordt in het eerste hoofdstuk van deze scriptie beschreven. De probleemstelling verkent het gebied van onderzoek, bakent het af en geeft richting aan het onderzoek. Dit doe ik onder andere door uitleg te geven over de aanleiding en motivatie om me juist op dit gebied te richten. Vervolgens breng ik door middel van literatuurstudie in kaart wat ik onderzocht en baken het af. Het eerste hoofdstuk sluit ik af met de vraagstelling die richting gaf aan het onderzoeksproces. Tevens verbind ik de doelstelling van het onderzoek met de vraagstelling om zo de relevantie van het onderzoek aan te tonen.

Hoofdstuk twee bevat het stappenplan hoe ik het in hoofdstuk een beschreven gebied van onderzoek heb onderzocht. Eerst leg ik uit welk onderzoekstype en welke onderzoeksmethode het best bij mijn onderzoeksvraag passen. Van daaruit beschrijf ik welke databronnen ik geraadpleegd heb en welke data-verzamelingstechnieken gebruikt zijn om gegevens over het onderzoeksobject te verkrijgen, waarop een beschrijving van de data-analyse en het analyseproces volgt. Ik sluit het hoofdstuk af met een beschrijving van de gehanteerde technieken en eisen om de kwaliteit van het onderzoek te waarborgen.

De resultaten, voortkomend uit de data-analyse zal ik in hoofdstuk drie uiteen zetten. Aan de hand van kerncategorie en subcategorie beschrijf ik de resultaten en onderbouw deze met literatuur en voorbeelden uit de praktijk situatie. Op die manier verbind ik mijn methodisch handelen met theoretische kennis en illustreer deze met praktijkvoorbeelden en licht de onderlinge verbanden met schema's toe. Vervolgens ga ik de kerncategorieën met elkaar in verband brengen en toelichten in schematische vorm.

Tot slot ga ik in hoofdstuk vier de resultaten interpreteren en de centrale vraagstelling van het onderzoek beantwoorden. Dan kijk ik aan de hand van de kwaliteitscriteria terug op het onderzoek en reflecteer op sterktes en tekortkomingen van het onderzoek. Vandaaruit maak ik aanbevelingen voor vervolgonderzoek, praktijk en beroepsontwikkeling en sluit het rapport af met de samenvatting van het onderzoek.

Naar literatuur in de tekst en de literatuurlijst aan het einde van het onderzoeksrapport heb ik volgens de APA-richtlijnen verwezen. Daarvoor heb ik de volgende boeken en documenten gebruikt:

- De APA-richtlijnen over literatuurverwijzingen en onderzoeksrapportage (Poelmans & Severijnen, 2013).
 - Refereren volgens het APA-Systeem (5^{de} editie), (overgenomen van de afd. Psychologie en Pedagogiek Universiteit Leuven).
-

1.1 Aanleiding

In het derde leerjaar van de opleiding Creatieve Therapie met specificatie Dans- en Bewegingstherapie (DBT) aan de Zuyd Hogeschool Heerlen (Nederland) heb ik mijn stage gedaan in de KBO Lech-Mangfall-Klinik Garmisch-Partenkirchen (Duitsland). De KBO Lech-Mangfall-Klinik Garmisch Partenkirchen is een ziekenhuis voor Psychiatrie, Psychotherapie en Psychosomatiek. De kliniek beschikt over twee algemeen psychiatrische afdelingen, een psychosomatische afdeling en een centrum voor dagbehandeling en ambulante behandeling (KBO, 2013). Tijdens de praktijkstage had ik tien maanden de tijd om mij als dans- en bewegingstherapeut in de “echte” praktijk te ontdekken. Mijn stagebegeleiders gaven me ruimte en tijd om mijn manier van werken te ontdekken en te toetsen door middel van ‘trial and error’. In dit kader van handelen, uitproberen en reflecteren ben ik vaak in aanraking gekomen met de therapeutische relatie. Tussen alle onderdelen van het methodisch handelen en de aspecten van dans- en bewegingstherapie steekt de therapeutische relatie altijd daar bovenuit. Terugkijkend op al mijn opleidingsjaren ontdekte ik dat dit thema een rode draad in mijn persoonlijke en professionele ontwikkeling tot dans- en bewegingstherapeute vormt. De reacties daarop waren uiteenlopend. Sommigen keurden het af omdat zij het te amicaal, te chaotisch of zelfs te onveilig vonden. Bij anderen was het welkom, het werd begrepen, toegepast en gestimuleerd. In het volgende hoofdstuk zal ik een algemene beschrijving geven van het fenomeen dat mijn aandacht op de therapeutische relatie richtte. Daarna volgt het fenomeen in de praktijk vanuit twee verschillende standpunten. Eerst vanuit de te ervaren positie en vervolgens vanuit de begeleidende positie.

1.2 Het fenomeen

In de momenten waarop ik met patiënten in contact kwam was ik mij onmiddellijk bewust van de manier waarop zich mijn ruimte en tijd en die van de patiënt ten opzichte van elkaar verhielden. Daarbij is de feitelijke ruimte en tijd minder van belang, echter vooral de subjectieve beleving hierbij. Door deze interactie is het mogelijk zichzelf als handelend subject in een handelingsgerichte context en tegelijkertijd de ervaring van zichzelf als object van de eigen handelingen te ervaren (Samaritter & Maagdenberg, 2012). Het contact met de patiënten gebeurde voornamelijk non-verbaal. De communicatie werd alleen verbaal wanneer het noodzakelijk was om de situatie te verhelderen en meestal wanneer het vanuit de cliënt geïnitieerd werd. Steeck (2013) omschrijft dit aspect als impliciet relatieweten. Een weten dat niet van cognitieve aard is en zich grotendeels aan een verbale omschrijving onttrekt. Het heeft betrekking op het lichamelijke weten dat niet aan symbool of taal gebonden is noch aan affectie, handeling of de manier waarop gehandeld wordt. Daardoor staat het voelen en de non-verbale communicatie bij de ontmoetingen voorop. Een ander kenmerk is dat het een reeks ontmoetingen betreft die tot een moment van verandering leidt. Daarbij lijkt het niet uit te maken om hoeveel ontmoetingen het gaat en hoe lang de duur van deze ontmoetingen is, en lijkt het niet van belang om wat voor handelingen of activiteiten het gaat. Wel schijnt het van belang te zijn dat deze ontmoetingen geen concreet doel nastreven behalve de ontmoeting zelf. - De ervaring van jezelf, met en in de ander. Hier is niet sprake van een symbiotische versmelting het is eerder een synergie. – Het samen zijn met de ander krijgt stap voor stap vorm door de uitvoering van op elkaar volgende handelingen. Door deze interactie komt het impliciete relatieweten naar voren. Elk navolgend gedrag van een persoon laat zien hoe het voorafgaande gedrag begrepen werd (Steeck, 2013). Het volgende filosofische citaat omschrijft het niet doelgerichte aspect van het fenomeen als volgt:

‘...auch Tanz in der Therapie stellt eine Chance dar, sich selbst wieder, ohne Zweckgerichtheit in der Bewegung auszudrücken und sich zu erleben. Hilde Dominik, die Lyrikerin (1985) akzentuiert die Bedeutung eines Zweckfreien Raumes für den Menschen besonders wenn sie schreibt: “ (...)Alles worauf es im Leben in wahrheit ankommt: die Kunst, die Liebe, die Freundschaft, das Glück: alle sind nicht „um zu“ sondern um ihrer selbstwillen da (...)“...’
(I. Jablonka, persoonlijke mededeling, 18 juli, 2013)

Beweging in de dans streeft geen doel of functie na zoals het bukken om een pen op te rapen. Beweging in de dans wordt louter uitgevoerd om zichzelf. Het doel van beweging in de dans ligt in de beweging zelf. Daar

tegenover gesteld ligt het doel bij functioneel bewegen buiten de beweging zelf (Chambart & Geest, 2006). Naast de net beschreven aspecten van het fenomeen komt er nog een ander aspect bij kijken, namelijk een cruciaal moment waarin een verandering plaats vindt. Daaraan vooraf gaat een proces dat van een andere aard is dan het proces dat zich na het cruciale moment voltrekt. Op het cruciale moment zelf lijkt het ene proces in het andere proces over te gaan. Het eerste proces lijkt fijn en kwetsbaar van aard te zijn. Het daarop volgende proces lijkt duidelijker, krachtiger te zijn. Door veranderingen en kenmerken in de vitaliteitsdynamiek ontstaat volgens Stern (2011) een persoonlijke bewegingssignatuur. Deze kunnen in de dans- en bewegingstherapie aan de hand van de Laban Movement Analyse (LMA) geobserveerd en beschreven worden (Keulen, 2007). Na het cruciale moment lijkt het proces wat grover. De verandering die op het cruciale moment zelf heeft plaats gevonden manifesteert zich in het lichaam en wordt daardoor zichtbaar. Het volgende citaat van de danstherapie pionier Trudi Schoop (2010) maakt duidelijk hoe fundamenteel vormend de eerste relatie is die een mens aangaat:

‘... Soviel hängt davon ab, wie das Wesen Mensch auf dieser Erde empfangen wird. Ist das funkelnd neue Körperchen willkommen? Wird es geliebt, geachtet? Oder fühlt es sich unerwünscht, abgelehnt, missachtet? Das emotionale Klima, das die Kindheit jedes Einzelnen umgibt, scheint die Grundlage für sein Selbstbildnis zu schaffen...’

De intersubjectiviteitstheorie (Jaenick, 2006) beschrijft de interactie tussen patiënt en therapeut als het ontstaan van het intersubjectieve veld waarin volgens Stern (2003) het ‘Gegenwartsmoment’ gecreëerd wordt. Deze Gegenwartsmomenten leiden vervolgens tot veranderingsprocessen in de therapie. Mijn stagebegeleidster Ingrid Jablonka (persoonlijke mededeling, 8 november 2012) brengt de kern van dat wat Schoop, Jaenick en Stern zeggen met de volgende zin onder woorden: ‘Je wordt ziek in de relatie en je geneest in de relatie.’ Voor mijn idee geven al deze uitspraken goed weer hoe ik zelf het contact met andere mensen ervaar en de therapeutische relatie als een belangrijk aspect van het therapie- en ontwikkelingsproces ervaar. Namelijk als dynamische (het beweegt), relationele (heeft betrekking), procesmatige (meer dan een keer) en ontwikkelingsgerichte (het verandert) ontmoetingen. Hoe deze ontmoetingen er in de praktijk uit zien zal ik in de volgende paragraaf beschrijven.

1.3 Het fenomeen in de praktijk

Ik begin met een voorbeeld waar ik voor het eerst zelf zo'n Gegenwartsmoment beleefde en hoe het daartoe gekomen is. Daarna geef ik een voorbeeld vanuit mijn stagepraktijk waarin ik een patiënte in haar dans- en bewegingstherapeutische proces heb begeleid en het fenomeen bij haar kon waarnemen. Vervolgens ga ik nog in op het ziektebeeld van de Dissociatieve Identiteitsstoornis en comorbiditeit met Borderline Persoonlijkheidsstoornis.

1.3.1 Zelfervaring

In zomer 2013 nam ik deel aan de studenten conferentie 4 Arts in Istanboel. Daar volgde ik een lezing van de Jungiaanse psychotherapeut Martin Alan Schmidt met onderwerp “The Archetype of the Wounded Healer”. In deze lezing gaat Schmidt in op het belang dat de therapeut leert zijn eigen kwetsuren onder ogen te zien. Riekje Boswijk-Hummel (2005) spreekt in deze context van positieve en negatieve tegenoverdracht van de therapeut naar de patiënt toe. Andersom is er sprake van positieve of negatieve overdracht van de patiënt naar de therapeut toe. In de dans en bewegingstherapeutische context is er sprake van somatic countertransference (SCT) (Vulcan, 2009) of lichamelijke overdracht. Binnen de opleiding en in het dagelijkse leven heb ik zelf ervaren object en subject te zijn van veranderingsprocessen waarin ik cruciale momenten heb beleefd. Ik heb ervoor gekozen om mijn persoonlijke ervaring in de fenomeen-beschrijving te betrekken omdat ik zonder deze ervaring het cruciale moment in het proces van de patiënte niet had kunnen herkennen. Omdat de subjectiviteit, aan beide kanten (therapeut en patiënt), een rol lijkt te spelen zal ik hier een samenvatting geven van mijn persoonlijke ervaring van verandering.

Tijdens een acrobatiek les binnen de opleiding was ik aan de beurt om een figuur met de docent voor te doen, terwijl de andere studenten er naar keken. Ik was in de boven positie aan het “vliegen”. Op het moment dat ik in de boven positie arriveerde voelde ik dat er “iets” aan het “aankomen” was. In mijn subjectieve beleving voelde het alsof de wereld stil stond en tegelijkertijd aan het bewegen was. Als het ware een “AHA moment” maar dan niet cognitief. De docent was in de oefening zodanig op mij afgestemd dat ik het durfde mijn eigen ruimte in te nemen en mij te presenteren. Op dat moment was ik niet meer bang voor de confrontatie met het

voelen van mijn zelfbewustzijn op het moment van het “in de spotlight” staan. Jaren later begreep ik dat dat moment een keerpunt in mijn leven was. Niet zo zeer veranderde de wereld om me heen of mijn levensomstandigheden, veel meer veranderde geleidelijk aan mijn waarneming van mezelf en de wereld om me heen. Voorafgaand aan dit cruciale moment (de acrobatiek figuur) ging een proces van weken, waarin ik met mezelf aan het worstelen was in mijn relatie (leer-relatie) tot de docent. Dat ervoer ik binnen de lichaamsgerichte lessen en meditatie uren. Na het cruciale moment veranderde mijn waarneming over mezelf en de mensen om me heen. Ik had delen van mijn eigen ruimte, die ik voorheen niet durfde in te nemen, terug veroverd, waardoor ik me meer van mezelf bewust werd. Mijn waarneming van mezelf t.o.v. mijn omgeving veranderde. Door bewustwording vond verandering in mijn waarneming plaats. Daardoor heb ik ontdekt dat bewustwording een onomkeerbaar ontwikkelend proces is, een proces van loslaten en ontdekken, een progressief proces, waarin het niet mogelijk lijkt te zijn om naar het “niet bewust zijn” terug te gaan. Dat bracht met zich mee dat ik na deze ervaring veel bewuster werd van het hierboven beschreven fenomeen.

1.3.2 Begeleiding in de praktijk

Door stage te lopen in de KBO Lech Mangfall Klinik had ik de kans om in de breedte ervaring op te doen. Zo kon ik kennis maken met een groep patiënten met uiteenlopende ziektebeelden op de algemene psychiatrische- en de psychosomatische afdeling. In de laatste fase van mijn stage was ik in de gelegenheid om een tijdelijke begeleiding over te nemen van een ambulant individueel danstherapeutisch proces bij een vrouwelijke patiënte met een dissociatieve Identiteitsstoornis (DIS) en comorbiditeit met Borderline Persoonlijkheidsstoornis (BPS). Hierdoor had ik de gelegenheid om de diepte in te kunnen gaan. In dit proces kwamen alle hierboven genoemde aspecten van het fenomeen naar voren. Voordat ik nader in ga op het verloop van het danstherapeutische proces en de toelichting van het ziektebeeld, zal ik eerst beschrijven hoe het tot de tijdelijke overname van de begeleiding kwam.

Op een dag kwam mijn stagebegeleidster naar me toe en vroeg of ik een individuele sessie voor haar zou kunnen vervangen. De patiënte was erg gemotiveerd en wilde niet een keer missen. In het geval van deze patiënte is dat wel een belangrijk gegeven. De eerste poging van de patiënte om danstherapie te volgen was namelijk dertien jaar geleden. Dat was toen mijn stagebegeleidster bij een andere instelling werkte. Ik noem het hier bewust een poging, omdat de patiënte na de eerste sessie weer stopte. In december 2012 kwam de patiënte opnieuw in behandeling bij mijn stagebegeleidster, echter dit keer in deze kliniek, de KBO Lech Mangfall Klinik Garmisch Partenkirchen, waar ik stage liep. Ze maken een afspraak voor individuele danstherapie eens per week gedurende een uur. Na vier maanden kwam het moment dat ik mijn stagebegeleidster verving en de patiënte in haar proces begeleidde. Aan het einde van dit vervangingsuur was de patiënte enthousiast over de samenwerking met mij en vroeg of ik niet vaker zou kunnen vervangen. Haar enthousiasme had mede te maken met de manier waarop ik beweeg. Want de patiënte beschreef haar eigen manier van bewegen als lijkend op een “Fleischklops”. De manier waarop mijn stagebegeleidster beweegt lijkt volgens de patiënte meer op een “ballerina” en werd daardoor als verder van haar weg ervaren. Mijn manier van bewegen ervoer de patiënte als dicht bij haar liggend waardoor zij meer verbinding kon voelen. Na aanleiding van deze wens spraken de patiënte, mijn stagebegeleidster en ik af dat ik de patiënte tot het einde van mijn stagetijd voor een periode van vier maanden in haar proces zou begeleiden. Daarna zou de patiënte weer verder gaan bij mijn stagebegeleidster. Omdat het toen om een vervangingsuur ging was ik redelijk blanco, alleen bijgepraat door mijn stagebegeleidster, het uur in gestapt. Later, toen het om de tijdelijke overname van het danstherapeutisch proces ging, begon ik in het dossier van de patiënte te lezen. Snel heb ik ervoor gekozen om niet verder te lezen omdat ik haar zo ongekleurd mogelijk wilde bejegenen. De belangrijkste gegevens over achtergrond en diagnoses wist ik en nam deze in mijn achterhoofd mee. In het interview met Dobmeier (2014) werd duidelijk dat de mate van integratie bij de patiënte redelijk hoog is. In die zin dat de enkele persoonlijkheidsdelen van elkaar wisten en er grotendeels sprake was van samenwerking. Om voor u als lezer een beeld te schetsen hoe het dans- en bewegingstherapeutische proces eruit zag, volgt hierna een samenvattende beschrijving van de vier maanden danstherapie met deze patiënte. De volgende tijdlijn geeft de tijdelijke verhoudingen schematisch weer. De vier maanden dans- en bewegingstherapie (DBT) waren ingebed in een danstherapie proces dat vier maanden eerder was begonnen onder begeleiding van de senior danstherapeute. Na beëindiging van de vier maanden ging het proces met de senior danstherapeute weer verder. Het



danstherapie proces is ingebed in een algemeen therapeutisch proces van ca. 20 jaar en gaat nog door. Het danstherapeutische proces is ontwikkelingsgericht. Met ontwikkelingsgericht bedoel ik dat er een zichtbaar onderscheid is in de staat van zijn tussen uitgangspunt en eindpunt van het proces. Er is sprake van verandering. De patiënte ontwikkelde zich steeds meer van afhankelijk naar zelfstandig en van niet zichtbaar zijn tot zichtbaar zijn. De hulpvraag van deze casus is dat de patiënte heel graag wil dansen omdat zij daar veel baat bij ervaart. Tegelijkertijd wilde de patiënte niet worden gezien. Voordat ik de begeleiding van het proces overnam, werd afgesproken dat de patiënte achter mij zou dansen terwijl ik voor haar danste. Deze afspraak van achter elkaar dansen werd 13 jaar geleden voor het eerst gemaakt. De patiënte volgde mijn bewegingen door de ruimte. Om deze beschrijving aanschouwelijker te maken volgt nu een citaat uit mijn sessie- beschrijvingen met deze patiënte:

‘... Ik wacht tot zij achter mij gaat staan en begin op de muziek te dansen. Mijn bewegingen zijn gebonden, doorgaand en indirect, met name beweeg ik met de armen in het tafel- en deurvlak in de hoge en middenlaag. Ik let erop niet te snel te bewegen zodat mevrouw XY mij goed kan volgen. Mettertijd merk ik dat ik steeds een rondje in de ruimte dans waarbij mijn gezicht steeds naar buiten naar de muren gericht is. Op het moment dat een nummer stopt sta ik stil en wacht af wat mevrouw XY doet. ...’ (Cavallini, 2013).

Het is gebruikelijk in de dans- en bewegingstherapie om bij de behoeftes van de patiënt aan te sluiten om zo voor veiligheid te zorgen, waardoor een vertrouwensbasis kan ontstaan. Smeijsters (2008) omschrijft deze manier van creatieve therapie als vraaggerichte creatieve therapie. De manier waarop ik het medium dans- en beweging aan deze patiënte aanbood richtte zich op de hulpvraag van de patiënte. De patiënte wilde graag dansen maar daarbij niet worden gezien. Door voor de patiënte te dansen en in de richting en intentie van mijn bewegingen met de hulpvraag van de patiënte rekening te houden, sloot ik aan bij haar behoeftes. De hulpvraag van de patiënte omvatte het werken in het sociale aspect. Werken binnen het sociale aspect betekent dat de focus afwisselend naar binnen en naar buiten gericht is. De danser kan zichzelf in contact met en in de ander ervaren en op die manier behoeftes als samenzijn en verbondenheid met anderen voelen vervullen (Langerak, 2013, p. 15-16). Bewegingsthema’s die bij de behoefte van de patiënte aansluiten zijn samenwerking, contact en communicatie. Via het lichaam vindt op een non-verbale manier communicatie en overdracht plaats. Deze kan zowel op een spontane als op een geplande manier plaats vinden (Van Keulen, n.d. a). De interactie tussen de patiënte en mij vond non-verbaal en spontaan plaats. Bijzonder aan dit proces was dat ik de cliënt niet kon zien tijdens het dansen, wat betekende dat ik mijn interventies niet op visuele observatie van lichaamshouding, beweging en ruimtegebruik van de patiënte kon baseren. Van Keulen (2007, p.15) beschrijft dat het observeren niet uitsluitend tot visuele observatie begrensd is. In feite gaat het om een kinesthetisch waarnemingsproces waarbij de therapeut zijn eigen lichaam gebruikt om informatie te verzamelen. Om duidelijk te maken hoe dat in de praktijk werkt geef ik hier een citaat uit mijn sessie rapportages weer:

‘... De vorige keren kon ik wel duidelijk haar aanwezigheid achter me voelen, deze keer voel ik haar afwezigheid. In mijn ooghoeken neem ik het silhouet van haar ver achter in de ruimte waar. Ik vraag me af wat er aan de hand is maar kies ervoor het nummer af te wachten. Nadat het nummer is afgelopen zet mevrouw XY de muziek uit, komt naar het midden van de ruimte en legt me uit dat ik het niet kan weten maar dat zij het ook heel moeilijk vindt om nabijheid te voelen. Vervolgens legt zij verder uit dat alleen al de vraag naar het samen dansen een heelgrote afstand tussen ons heeft laten ontstaan. Waardoor zij helemaal aan de achterkant van de ruimte ging staan en een muur voelde opkomen ...’ (Cavallini, 2013).

Gedurende het proces hebben mijn observaties er toe geleid dat de vormgeving van het medium, interventies, technieken, mijn therapeutische rol en houding steeds mee gingen veranderen. Dat gebeurde op een non verbale manier in afstemming op en in interactie met de patiënte. Naar aanleiding van een confronterende interventie die ik pleegde kwam het tot het “wegblijven” van de danstherapie door de patiënte. Niet alleen de danstherapie maar ook andere begeleidende therapieën in de kliniek werden afgebroken door de patiënte. In een latere reflectie op het proces begreep ik dat het “wegblijven” van de therapie een “nemen van afstand” was. Vervolgens kon er door het afstand nemen weer “toenadering” plaats vinden. Naast het “afstand nemen”

en “naderen” werden er een aantal veranderingen zichtbaar. Deze merkte ik het eerst op tijdens de danstherapie. In tegenstelling tot de “lichtvoetige” aanwezigheid van de patiënte voorheen was deze nu veranderd in een “stevige” aanwezigheid. Dat nam ik waar in haar presentie door lichamelijke gronding en een oprichting in de verticale as. Het leek alsof er een masker was afgevallen en de patiënte zich nu op een authentiekere manier liet zien en bereid was om “te landen”. Ik duidde deze verandering als een bereidheid van de patiënte om nu zichtbaar te zijn of anders gezegd in het hier en nu aanwezig te zijn met alles wat er dan te voelen is. Behalve in de danstherapie zelf rapporteerden andere therapeuten over veranderingen in het gedrag van de patiënte tijdens de therapie. Zo begon de patiënte open over haar verslaving te praten en eraan te werken. Tevens vond de verandering weerklank in haar dagelijkse leven door abstinentie, de heropname van de hardloop training en de integratie van een persoonlijkheidsdeel. De levenskwaliteit van de patiënte ging vooruit zonder dat het proces erop gericht was deze veranderingen directief te bereiken.

1.3.3 Het ziektebeeld

Dissociatieve Identiteitsstoornis wordt in het Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen (DSM) beschouwd als de zwaarste categorie in het syndroom spectrum van de dissociatieve stoornissen. Er is sprake van een constant patroon van dissociatieve functies. Dissociatieve functies zijn onder andere amnesie, depersonalisatie, derealisatie, flashback ervaring/ regressie van persoonlijkheidstoestanden, somatische dissociatie en trancetoestanden (Gast, 2004, pp.195-225). De symptomen werden voor het eerst in 1980 als aparte diagnose opgenomen in het DSM onder de naam meervoudige persoonlijkheidsstoornis (MPS). Daarvoor werden de symptomen geclassificeerd onder schizofrenie of histerie. Toen 1995 de vierde versie van het DSM verscheen en de criteria voor classificatie nog eenduidiger werden veranderde de naam in dissociatieve identiteitsstoornis (DIS) horende bij dissociatieve stoornissen (Lijnse, 2008). Onderscheid wordt gemaakt in de gradatie van dissociatie. De dissociatieve symptomen worden in de diagnostiek aan de hand van meetinstrumenten als kwantitatief continuüm opgevat van normale of lichte dissociatie tot de pathologische dissociatie (Dobmeier & Kapfhammer, 2001; Peichl, 2007). Volgens het DSM-TV-TR betekent dissociatieve stoornis dat er een gebrek is in het integratie vermogen van bewustzijn, geheugen, identiteit of waarneming van de omgeving. Deze stoornis kan plotseling of geleidelijk optreden en zowel tijdelijk als chronisch zijn. Butler *et al* (1996, In: Dobmeier & Kampfhammer, 2001) noemen vier psychische gebieden: 1. Waarneming/Bewustzijn 2. Gedrag en wil 3. Affectie 4. Geheugen/Identiteit waarvan reguliere functies gestoord raken door dissociatieve activiteiten. Symptomen die kenmerkend zijn voor dit ziektebeeld worden omschreven als het aanwezig zijn van twee of meerdere te onderscheiden identiteiten of persoonlijkheidstoestanden die herhaaldelijk de controle van het gedrag van de persoon overnemen (APA, 2003). Elk persoonlijkheidsdeel kan een afzonderlijk te onderscheiden persoonlijke geschiedenis, zelfbeeld en identiteit met diverse namen hebben. Meestal bestaat er een “hoofdpersoon” die de officiële naam van de persoon draagt. Naast deze “hoofdpersoon” bestaan er andere persoonlijkheidsdelen die onder bepaalde omstandigheden “naar buiten” komen en de controle over het gedrag overnemen. De verschillende persoonlijkheidsdelen berichten over verschillende leeftijden en geslacht, spraak, algemene kennis en overheersend affect. De persoonlijkheidsdelen zijn duidelijk te onderscheiden in karaktereigenschappen en dragen andere namen (Trauma und Dissuziation, n.d.). De eigenschappen en verschillen van de persoonlijkheidsdelen zijn niet alleen binnen een enkele persoon groot, ook de diversiteit aan verschijnselen tussen DIS patiënten onderling is even groot (Lijnse, 2008).

Vaak is er sprake van comorbiditeit bij DIS met andere stoornissen onder ander de borderline persoonlijkheidsstoornis (BPS), depressiviteit, onverklaarbare lichamelijke klachten en eetstoornissen (Gast, 2004, p.216). In het geval van deze casus is er sprake van comorbiditeit met alle net genoemde stoornissen. Op het moment dat ik bij de behandeling betrokken was, waren alleen de twee hoofddiagnoses DIS en BPS op de voorgrond en de anderen niet relevant (Dobmeier, persoonlijke communicatie, 6 mei 2014). Er zijn twee kenmerken die bij beide diagnoses overeenkomsten vertonen. Het eerste is dat beide ziektebeelden gekenmerkt zijn door problemen met het aangaan en onderhouden van sociale relaties. Het tweede kenmerk is de overeenkomst met een instabiel zelfgevoel, suicide en automutilatie (zelfbeschadiging), snel wisselende stemmingen en dissociatieve verschijnselen (Lijnsen, 2008, p.36). Kamphuis, J.H. & Emmelkamp, P.M.G. (2008, pp.440-486) schrijven dat het wezenskenmerk van de BPS een pervasief (alles doordringend) patroon van instabiliteit op meerdere gebieden zoals emotie, inter-persoonlijke relaties en het zelfbeeld betreft, waarbij paradoxaal juist de instabiliteit een stabiele factor van het ziektebeeld vormt. In het DSM wordt bij het diagnosticeren onderscheid gemaakt in tien specifieke persoonlijkheidsstoornissen die geclusterd zijn in drie groepen (cluster A-C). De BPS wordt geclusterd in cluster B dat het dramatische, impulsieve en emotionele cluster genoemd wordt. Naast de BPS is er binnen dit cluster de antisociale, theatrale en narcistische persoonlijkheidsstoornis aangetroffen. BPS betekent dat diegene krampachtig probeert te voorkomen in de

steek gelaten te worden, ongeacht of het ingebeeld, feitelijke of dreigende verlaten betreft. De relaties die mensen met een BPS aangaan, zijn gekenmerkt door de intensiteit en instabiliteit waarbij er een afwisseling is tussen idealisatie en minachting van de ander (Derksen, 2010, p. 959-1006). In overeenstemming met de comorbiditeit met DIS is bij de BPS van identiteitsstoornissen in de vorm van een aanhoudend instabiel zelfbeeld sprake. Naast deze overeenkomstige kenmerken tussen BPS en een DIS lijkt het erop dat er nog andere gezamenlijke factoren een mogelijke rol in het ontstaan van een BPS spelen. Uit een studie naar de gezinsachtergrond blijkt dat er bij patiënten met een BPS in de vroege kindertijd sprake was van fysieke mishandeling of seksueel misbruik.

1.3.4 Behandeling en ontstaan

Een dissociatieve identiteitsstoornis ontstaat door langdurige en zware traumatische ervaringen in de vroege kindertijd. Deze traumatische ervaringen hebben betrekking op seksuele, emotionele- en /of lichamelijke mishandeling (Gast, Rodewald, Kersting en Emrich, 2001). Dissociatie wordt als een vaardigheid beschouwd die ieder mens beheerst en in mindere mate toepast. Peichel (2008, p. 52) beschrijft dissociatie als overlevingsmechanisme, dat onder traumatiserende stress het overleven zal waarborgen. Dientengevolge is dissociatie op het moment van traumatisering heel functioneel. Het is de vaardigheid om gevoelens, gedachten en zelfs gedragingen uit het cognitieve weten te verdringen of af te splitsen (Huber, 2010). Kinderen die in hun kindertijd met onverdraaglijke ervaringen zoals een 'dubbele binding' geconfronteerd zijn splitsen deze ervaring af. Met dubbele binding wordt bedoeld dat bv. een vader die overdag het kind eten geeft en verzorgt maar het 's nachts met regelmaat verkracht. Deze ervaringen van de nacht (vader verkracht me) is in grote mate onverdraaglijk en zou bij integratie in de persoonlijkheid het kind niet meer laten functioneren overdag (vader zorgt voor me). Op die manier komt deze ervaring niet tot integratie en ontwricht de persoonlijkheid van het kind (Hauber, 2009).

De behandeling van DIS richt zich over het algemeen op het werken met de dissociatieve delen van de persoonlijkheid waarbij een integratie van alle delen als doelstelling wordt beoogd. De "Ego-State-Therapie" is een methodiek die gericht is op het werken met de gedissocieerde delen. De behandeling vindt in fasen plaats en het opbouwen van een veilige therapeutische relatie is de basis voor de verdere therapie. Doel van de therapie is het uiteindelijke bereiken van integratie der gedissocieerde persoonlijkheidsdelen tot een volledige persoonlijkheid. De behandeling duurt vaak meerdere jaren en is geen garantie voor volledige integratie. Het is een langdurig proces (Hauber, 2010; Lijnse, 2008; Huber, 2010; Dobmeier, 2014).

1.4 Begrippenkader

Dans- en Bewegingstherapie	De Nederlandse vereniging voor Danstherapie (NVDAT, 2013) definieert danstherapie als een ervaringsgerichte therapie die zowel confronterend als steunend kan zijn. Danstherapie wordt ingezet ter behandeling van lichamelijke, emotionele, sociale, psychologische en psychiatrische klachten. Er wordt uitgegaan van het gegeven dat deze klachten in het lichaam en de beweging zichtbaar worden. Waardoor via lichaam en beweging veranderingen op het klachtgebied in gang te brengen zijn. De afkorting die ik voortaan zal gebruiken is DBT.
Creatieve Therapie	is een vorm van therapie waarin de patiënt in een aan de kunst ontleend medium (muziek, dans, drama, beeldend, tuin) psychomotorische processen doormaakt die hem kunnen helpen zijn complexe problemen te overwinnen. Tegelijkertijd kan de patiënt nieuwe gedragsmogelijkheden ontwikkelen (Smeijsters, 2008)
Kinesthetisch	Betekent dat de therapeut niet uitsluitend de bewegingen van de cliënt waarnemingsproces visueel observeert maar al zijn zintuigen inzet ter observatie. Op basis van deze observaties neemt de therapeut beslissingen om zijn methodisch handelen te structureren en richting aan het proces te geven. Het observatie proces vindt binnen het therapeutische proces plaats waardoor deze nauw met elkaar verbonden zijn. Het betekent dat het in interactie met de cliënt plaats vindt (Keulen, 2007, p.15).
Sociaal aspect	Het sociale aspect is een van de drie aspecten(sociaal, fysiek en expressief

aspect) die binnen de opleiding Dans en Bewegingstherapie aan de Zuyd Hogeschool Heerlen zijn ontwikkeld door I. v. Keulen en N. Janssen (Langerak, 2013,p.16). De aspecten sluiten aan op de behoeftes van de patiënt.

Laban (LMA):	Is een systeem waarmee bewegingen geobserveerd en beschreven worden. Grondlegger van dit bewegingsobservatie systeem is de danser, choreograaf en danstheoreticus Rudolf von Laban. Van Keulen (2007) schrijft dat, volgens Laban, een mens de manier waarop hij problemen aanpakt in zijn manier van bewegen uitdrukt. Verder gaat Laban ervan uit dat stemming en stabiele persoonlijkheidskenmerken in de beweging van het moment zichtbaar kunnen worden. (Keulen, 2007). Categorieën van het Laban observatiesysteem zijn o.a. Space, Body, Effort en Shape. Deze categorieën beschrijven elk een ander aspect van de bewegingen. Space zegt iets over waar in de Ruimte (de eigen en de algemene ruimte) de beweging plaats vindt. De categorie Body zegt er iets over wat er in het lichaam beweegt. De categorie Effort heeft betrekking op hoe de beweging gemaakt wordt. In de therapeutische context wordt bij het afstemmen op de patiënt veel gebruik gemaakt van de Effort categorie (Keulen, 2007). De Shape categorie beschrijft hoe de beweging van het lichaam t.o.v. de ruimte verandert.
The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders:	In het Ned :Handboek voor de Classificatie van psychische stoornissen. Wordt afgekort tot DSM. Het is een boekwerk waarin criteria (kenmerkende symptomen) precies zijn omschreven die een ziektebeeld vormen. Deze criteria worden als richtlijn gebruikt voor het stellen van een diagnose.
Persoonlijksdeel:	Andere begrippen voor persoonlijkheidsdeel zijn “alters”, “persoonlijkheid-toestanden”, “identiteiten”, “binnen personen” of “gedissocieerde persoonlijkheidsdelen”. Het zijn identiteiten of afgesplitste persoonlijkheids-toestanden binnen een persoon. Hoeveel persoonlijkheidsdelen er in een persoon leven is verschillend. Voor een DIS diagnose moeten er minstens twee aanwezig zijn (APA, 2013). Elk persoonlijkheidsdeel heeft een eigen relatief constant patroon zelfwaarneming en waarneming van, betrekking op en reflectie op omgeving. Het gaat daarbij om gedissocieerde psychische delen die door de patiënt als los van elkaar waargenomen worden (Traume und Dissoziation, n.d.). Hauber (2009) schrijft dat onder ander Van der Hart persoonlijkheidsdelen “ dissociatieve delen van de persoonlijkheid” noemt. Voortaan zal ik in deze scriptie het begrip dissociatief deel van de persoonlijkheid gebruiken.
PTSS	Posttraumatische Stressstoornis betekent dat iemand een ernstige gebeurtenis heeft mee gemaakt en deze nog niet heeft kunnen verwerken. Bij een Posttraumatische stressstoornis is sprake van herbelevingen van de gebeurtenissen, vaak worden prikkels vermeden die aan de gebeurtenis herinneren (Ploeg, 2010).
Somatic-countertransference	heeft betrekking op de overdracht en tegenoverdracht op lichaamsniveau. Om somatic-countertransference te kunnen herkennen is bewustzijn van het eigen lichaam nodig. Het lichaam van de dans- en bewegingstherapeute speelt daarbij een belangrijke rol. Het lichaam neemt de afgesplitste en onbewuste delen van de patiënte op om deze vervolgens te gebruiken om richting aan het proces te geven (Vulcan, 2009; Keulen, 2007).
Lichaamsgeoriënteerd	Betekent dat de de focus van de therapeut op het lichaam gericht is door middel van gestructureerde lichaams oefeningen of aandachtsoefening. De Focus is op het eigen lichaam gericht. Therapievormen die lichaams-georiënteerd werken zijn bv. De Konzentratieve Bewegungstherapie (KBT) of Bio-energetica volgens Leeuwen. In de dans- en bewegingstherapie wordt

met een lichaamsgeoriënteerd aanbod gewerkt wanneer dat aansluit op de behoeftes van de patiënte. Dat zou dan binnen het fysieke aspect worden aangeboden.

Lichaamsbewustzijn	is het bewustzijn dat een mens over zijn eigen lichaam heeft. Over de vorm van het lichaam, hoe het lichaam beweegt en wat er te voelen is binnen het lichaam.
-materiaal	heeft betrekking op bewegingsmateriaal en traumamateriaal. Bewegingsmateriaal is het overkoepelende begrip voor alles wat de patiënt aan bewegingen en vormen met het lichaam laat zien en waarneembaar is. Traumamateriaal is het overkoepelende begrip voor inhouden, waarnemingen en bewegingen die te maken hebben met ervaringen van traumatische situaties uit het verleden.
Interoceptie	Is de vaardigheid informatie van binnenuit het eigen lichaam waar te nemen waarbij proprioceptie en viszeroceptie aspecten van deze waarneming vormen. Proprioceptie heeft betrekking op de interne waarneming van de positie van de lichaamsdelen en de beweging door de ruimte. Viszeroceptie is het interne waarnemen van de orgaanfuncties (Wikipedia, 2014c).

1.5 Relevantie voor mij als beginnend dans- en bewegingstherapeut

Tijdens het proces heb ik op een impliciete manier in het hier en nu gewerkt. Dat betekent dat ik in het moment observeer en intervenieer. In de dans- en bewegingstherapie is dat heel gebruikelijk en het maakt het werken in het medium mogelijk. Smeijsters (2008) gaat ervan uit dat er een verschil is tussen werken *in* het medium en werken *met* het medium. Werken *met* het medium houdt in dat het medium binnen een bestaande psychotherapie wordt ingezet. Waarbij een analogie tussen psychisch proces en medium proces uitgesloten is. Daarentegen houdt werken *in* het medium in dat het proces dat in het medium plaats vindt analoog is aan het psychisch proces van de patiënte. Als beginnend dans- en bewegingstherapeut ga ik ervan uit dat dans en beweging altijd en zonder uitzondering met en door het lichaam wordt ervaren, waargenomen en uitgedrukt. Het lichaam is de plaats waar elk mens zijn gevoelens, emoties en stemmingen beleeft, zijn gedachten laat ontstaan en met andere mensen in contact gaat (Tanztherapeuten- Team kbo-Lech-Mangfall-Klinik Garmisch Partenkirchen, 2013, p. 22). Voor mij als beginnend dans- en bewegingstherapeut is het relevant om mijn methodisch handelen expliciet te maken om in de toekomst de principes van mijn methodisch handelen op andere behandelingen over te kunnen dragen en toe te passen.

1.6 Relevantie voor het beroep van de dans- en bewegingstherapeut

Mijn onderzoeksvraag komt voort uit de praktijk tijdens mijn derde jaar stage. Daarmee sluit de vraag naar een theoretische onderbouwing van mijn methodisch handelen aan op recente ontwikkelingen binnen de vaktherapeutische beroepen. Omdat het beroep van de vaktherapeut nog vrij jong is t.o.v. bijvoorbeeld de psychoanalytische stroming, de cognitieve psychotherapie of de gedragstherapie sluit dit onderzoek bij de theoretische onderbouwing van het vak aan. De therapeutische relatie neemt tegenwoordig een prominente plaats binnen hedendaagse theorieën op het gebied van zowel filosofisch fenomenologische modellen als het psychologische zelfontwikkelingsmodel van Daniel N. Stern in (Vermes, 2010). Binnen deze theorieën en modellen komt de aandacht te liggen op de ervaring van intersubjectiviteit in het therapeutische proces tussen patiënt en therapeut (Samaritter & Maagdenberg, 2012; Jaenicke, 2006). Vermes (2010) wijst erop dat lang voor het zelfontwikkelingsmodel van Daniel N. Stern, dans- en bewegingstherapeuten de kennis over de verbinding tussen intersensoriek en intersubjectiviteit in de behandeling van patiënten toepasten. Daarnaast is het onderzoek relevant in de opleiding van toekomstige dans- en bewegingstherapeuten. Met name het belang van zelfervaring en het ontwikkelen van lichaamsbewustzijn, i.v.m. Somatic countertransference (Vulcan, 2009) van de studenten binnen de opleiding als voorbereiding op de praktijk.

1.7 Relevantie voor patiënten met het ziektebeeld dissociatieve identiteitsstoornis en comorbiditeit met borderline persoonlijkheidsstoornis.

Voor patiënten met een dissociatieve identiteitsstoornis en comorbiditeit met borderline persoonlijkheids-

stoornis kan dit onderzoek relevant zijn om een bijdrage te leveren bij de behandeling van de DIS en BPS. In de danstherapeutische literatuur is informatie te vinden over danstherapeutische behandeling van trauma-ervaringen, de behandeling van DIS specifiek met danstherapie echter is amper beschreven. Kern (2009) beschrijft lichaamsgeoriënteerde principes die in de behandeling van trauma patiënten naar zijn ervaring uit de praktijk werken. Deze stoelt hij onder andere op het model van Daniel N. Stern en de visie over Posttraumatische Stresstoornis (PTSS) bekeken vanuit het ontwikkelingsgericht perspectief. Het lichaamsgeoriënteerde werken zet mijns inziens aan tot een bepaalde mate van controle, structuur en dan vooral de aanbodgerichte creatieve therapie (Smeijsters, 2008). De veiligheid wordt geboden via de werkvorm en de verbale instructies en structurering door de therapeut. Er is weinig ruimte voor de creatieve expressie van de patiënten. Trautmann-Voigt (2009) gaat in op de vraag of patiënten met een trauma ervaring "open speelruimtes" überhaupt mogen betreden? Zij beschrijft "open speelruimtes" volgens Winnicott (2006) als momenten waarin de patiënten binnen een veilige omgeving iets nieuws mogen uitproberen, zoals een kind. Deze manier van werken wordt gekenmerkt door een uitnodigende en angstvrije omgeving. Trautmann-Voigt (2009) baseert de noodzaak van "open speelruimtes" op resultaten van Antonio Damasio (1994) waarin gevoelens en cognities uiteindelijk gebaseerd zijn op lichaamswaarnemingen. In deze casus komen vele eigenschappen van het werken met "open speelruimtes" overeen. De danstherapeutische bewegingsrelatie maakt vroegkinderlijke relatiepatronen toegankelijk en steunt de uitbreiding en verandering van het bewegingsrepertoire. Het bewegingsrepertoire is uniek en niet inwisselbaar aan het individu gekoppeld (Eberhard-Kaechele, 2009). In *Formen der Vitalität* beschrijft Stern (2011, p.25) kenmerken en combinaties van beweging als vitaliteitsdynamiek waardoor een persoonlijke bewegingssignatuur ontstaat. De vitaliteitsdynamiek biedt een insteek om een brug te slaan naar vroegere ervaringen en maakt daarmee relevant materiaal voor therapie toegankelijk.

1.8 Vraagstelling

De hoofdvraag die ik met mijn onderzoek ga beantwoorden luidt als volgt:

Hoe kwam het tot de veranderingen bij een volwassen, vrouwelijke patiënte met een dissociatieve identiteitsstoornis en comorbiditeit met een borderline persoonlijkheidsstoornis in het ambulante dans- en bewegingstherapeutisch proces?

Om deze hoofdvraag te beantwoorden kwamen gedurende het onderzoeksproces de volgende subvragen op. Deze zijn noodzakelijk geweest om aspecten van het proces te belichten die tot beantwoording van de hoofdvraag leiden:

Wat gebeurde er letterlijk in het medium?

Hoe wordt geobserveerd en de keuze voor het soort interventie en het moment van interveniëren bepaald?

Welke rol speelt de therapeutische relatie en hoe ontstaat de relatie?

Welke invloed had mijn eigen persoonlijk professionele ontwikkeling op het proces?

1.9 Doelstelling

Met dit onderzoek tracht ik een theoretische onderbouwing van het fenomeen (hoofdstuk 1.2) te formuleren. Met het expliceren van mijn methodisch handelen wil ik in de toekomst mijn handelen bewust kunnen inzetten en mogelijk overdragen naar begeleiding van andere patiënten groepen.

Voor dans- en bewegingstherapeuten op opleiding kan dit onderzoek belangrijk zijn omdat het ook gericht is op het belang van zelfervaring als dans- en bewegingstherapeut.

Voor het beroep van de dans- en bewegingstherapeut zal dit onderzoek een bijdrage leveren aan de theoretische onderbouwing van het vak vanuit de praktijk. Met name omdat in de afgelopen jaren vele resultaten uit onderzoek op het gebied van neuropsychologie en ontwikkelingspsychologie het impliciete weten van de danstherapeut bevestigden.

Voor de patiënten met een DIS zal dit onderzoek een bijdrage aan de behandeling met non-verbale vaktherapie kunnen leveren. Tot nu toe is er amper geschreven over de behandeling van DIS met creatieve therapie in het algemeen maar ook wat betreft specifiek dans- en bewegingstherapie.

In dit hoofdstuk ga ik in op de manier waarop ik antwoord heb gevonden op de vraagstelling (paragraaf 1.8) van dit onderzoek. Omdat mijn vraag vanuit de praktijk komt en zich specifiek richt op een fenomeen in een bepaalde sociale context is er sprake van Praktijkgericht Onderzoek (PO). Om het onderzoek naar het fenomeen zo goed mogelijk transparant en controleerbaar te maken, leg ik in dit hoofdstuk mijn gekozen methode en systematiek uit. Een kenmerk van onderzoek in het algemeen is het systematisch en methodisch te werk gaan. Dat betekent dat het onderzoeksontwerp, beschreven in dit hoofdstuk, de stappen beschrijft met welke data verzameling technieken de gegevens over het te onderzoeken fenomeen, oftewel de empirie, verzameld en geanalyseerd zijn. Praktijkgericht onderzoek komt voort uit wetenschappelijk onderzoek (WO) en dient net als WO zorgvuldig verantwoord te zijn zodat te volgen is hoe de onderzoeker aan zijn gegevens is gekomen (Migchelbrink, 2013). Hoe ik de gegevens voor dit onderzoek verzameld heb om tot beantwoording van mijn onderzoeksvraag te komen, komt in dit hoofdstuk aan bod.

2.1 Onderzoekstype

Met dit onderzoek heb ik een verklaring gevonden voor het fenomeen (paragraaf 1.1) dat een rode draad vormt in al mijn opleidingsjaren. De onderzoeksvraag *“Hoe komt het tot de veranderingen bij een volwassen, vrouwelijke patiënte met een dissociatieve identiteitsstoornis en comorbiditeit met een Borderline Persoonlijkheidsstoornis in het ambulante dans- en bewegingstherapeutische proces?”* heeft een verkennend karakter. Verkenning of verklaring vragen erom het fenomeen in zijn volledigheid te begrijpen waarbij de verwevenheid van alle relevante factoren bestaan blijft. Als onderzoeker heb ik vragen naar het hoe? of waarom? (Smeijsters, 2006) beantwoord. Met het verkennen van deze casus heb ik een theoretische verklaring kunnen vinden om het fenomeen(hoofdstuk 1) te verklaren (Baarda et al., 2013). Met deze verklaring heb ik mijn methodisch handelen geëxpliciteerd en zal het nu in de toekomst gerichter in kunnen zetten. Binnen PO is er een onderscheid tussen twee hoofdvormen van onderzoek: deskresearch en empirisch veldonderzoek. Bij deskresearch wordt onderzoek van achter het bureau gedaan en bestaand materiaal en/of literatuur gebruikt. Empirisch onderzoek wordt ook veldonderzoek genoemd en betekent dat de onderzoeker zelf de benodigde kennis in de praktijk gaat verzamelen (Migchelbrink, 2013). Omdat ik gebruik heb gemaakt van bestaand materiaal zoals mijn leerprocesverslag, *Fase 3 beroepsopleidend eindverslag Bijlagen sessie beschrijvingen* (Cavallini, 2013), literatuurstudie en interviews met betrokken personen of externe personen met expertkennis, was er in mijn onderzoek sprake van een combinatie van beide onderzoeksvormen.

2.2 Onderzoeksmethode

De onderzoeksmethode die het best paste bij mijn vraagstelling en het doel van het onderzoek was de kwalitatieve casestudy. De casus (paragraaf 1.2 het dans- en bewegingstherapeutische proces) representeert het fenomeen in zijn complexiteit en beschreven aspecten (hoofdstuk 1.1). De frequentie, duur en documentatie van het proces boden de mogelijkheid het fenomeen kwalitatief te analyseren en te verklaren. Het is een methode om diepgaand inzicht in een sociaal verschijnsel en zijn achtergrond te verkrijgen (Migchelbrink, 2013). Juist omdat ik het fenomeen (paragraaf 1.1) gedurende de afgelopen jaren in verschillende situaties en vanuit diverse standpunten heb kunnen ervaren en observeren, had ik al een persoonlijke verkenning in de breedte opgedaan. Dat leverde me toen de basis om het fenomeen in de diepte te willen begrijpen om het te kunnen verklaren. Dat deed ik aan de hand van de casus (paragraaf 1.2). De vraagstelling en doelstelling van dit onderzoek richten zich op een verklaring van het fenomeen in de diepte. Deze redenering bracht me tot het besluit de kwalitatieve casestudy als onderzoeksmethode te gebruiken.

2.3 Dataverzameling

De onderzoekseenheid

was het fenomeen (paragraaf 1.2) dat gedurende al mijn opleidingsjaren een rode draad vormde. In het ambulant dans- en bewegingstherapeutische proces met een vrouwelijke, volwassen patiënte met een Dissociatieve Identiteitsstoornis(DIS) en comorbiditeit met een Borderline Persoonlijkheidsstoornis (BPS) (paragraaf 1.2) kwam dit fenomeen duidelijk te voorschijn. Het dans- en bewegingstherapeutische proces was het object van onderzoek voor dit onderzoek.

De waarnemingseenheden

van deze casus waren de patiënte, die het proces heeft ondergaan en ik, de dans- en bewegingstherapeute

die het proces begeleidde. Op micro niveau creëerden deze twee individuen samen het fenomeen dat vorm kreeg in het dans- en bewegingstherapeutische proces.

De Informanten

Op meso niveau beïnvloedden de hoofdbehandelaar en de senior danstherapeute proces omdat zij, naast anderen, deel uit maakten van het gehele behandelteam. Beiden zijn niet direct betrokken in het dans- bewegingstherapeutische proces, wel bij het gehele therapieproces. Zowel de hoofdbehandelaar als senior danstherapeute konden een uitspraak doen over het dans- en bewegingstherapeutische proces, de patiënte en het handelen van de dans- en bewegingstherapeut. (Baarda et al., 2013). Daarnaast heb ik gebruik gemaakt van externe informanten. Hiervoor had ik gekozen omdat zij mij informatie konden geven vanuit hun expertise. Deze informanten zijn nader beschreven in de volgende subparagraaf 'databronnen'.

Databronnen

Migchelbrink (2013) onderscheidt drie verschillende soorten databronnen: individuele personen, meerdere personen en mensen in hun natuurlijke situatie (Migchelbrink, 2013). In mijn onderzoek heb ik gebruik gemaakt van twee soorten databronnen, namelijk 'individuele personen' en 'mensen in hun natuurlijke situatie'. Mijn onderzoeksvraag richtte zich op een ambulant dans- en bewegingstherapeutisch proces vanuit de stagepraktijk. Omdat het toen in het verleden lag, was er sprake van een retrospectief onderzoek (Baarda et al., 2013). Deze twee soorten databronnen zal ik toelichten.

Mensen in hun natuurlijke situatie

betreft de sociale werkelijkheid. Kenmerk is dat de onderzoeker zich in de natuurlijke of sociale situatie van het onderzoeksobject begeeft. Gedurende deze tijd maakt de onderzoeker deel uit van de sociale werkelijkheid. Op die manier neemt de onderzoeker waar hoe het er daar aan toe gaat (Migchelbrink, 2013).

Tijdens mijn stagejaar maakte ik als dans- en bewegingstherapeut deel uit van de natuurlijke situatie. Daarom was ik als subjectieve partner in het proces gegevens aan het creëren in de vorm van beroepsgebonden documenten zoals een leerprocesverslag. Dit verslag diende me toentertijd ter reflectie en analyse van mijn methodisch handelen tijdens de begeleiding van de patiënte. Naast deze databronnen heb ik gebruik gemaakt van literatuuronderzoek om mijn bevindingen met bestaande literatuur te onderbouwen. Met name kwam dat aan bod in de vorm van een voorliteratuurstudie naar het te onderzoeken fenomeen (paragraaf 1.2) en om de resultaten (hoofdstuk 3) met literatuur te onderbouwen. Migchelbrink (2013) classificeert beroepsgebonden documenten, interne communicatie bronnen en literatuur onder bestaande gegevens. Toen ik de begeleiding van de patiënten overnam was deze er mee akkoord dat de behandeling binnen het kader 'afsluiting stage door zelfstandig een behandeling uit te voeren' plaats vond. In overleg met mijn docenten Ina van Keulen en Simone Kleinlooh mocht ik mijn persoonlijke aantekeningen over het proces gebruiken om mijn methodisch handelen en het proces te analyseren.

Individuele Personen

waren in dit onderzoek op twee verschillende manieren betrokken. Ofwel om gegevens over de persoon zelf, zijn ideeën en opvattingen te verzamelen of omdat die persoon informatie over een andere persoon of zaak kon geven (Migchelbrink, 2013).

Toen ik het onderzoek uitvoerde maakte ik geen deel meer uit van de mensen in hun natuurlijke situatie en was dus buitenstaand. Tijdens de eerste analyse bleek dat ik meer te weten wilde komen over de beleving en ervaring van de patiënte op een aantal momenten in het proces. Daarnaast had ik ook nog graag meer informatie specifiek over de patiënte willen hebben. Tijdens de stage had ik ervoor gekozen het dossier niet volledig te lezen omdat ik onbevooroordeeld het proces in wilde gaan. Om alsnog informatie te kunnen verkrijgen had ik contact met de patiënte via de kliniek gezocht. In eerste instantie gaf de patiënte haar mondelinge toestemming. Toen ik om een schriftelijke toestemming vroeg om haar en de hoofdbehandelaar te mogen interviewen over haar proces, trok zij haar mondelinge toestemming weer terug.

Tijdens mijn onderzoek ging ik voor de interviews terugging naar de KBO-Lech-Mangfall-Kliniek, waardoor de databronnen van "mensen in hun natuurlijke situatie" in "individuele personen" veranderden. Ik heb mijn stagebegeleidster R-DMT Ingrid Jabloka en de Oberarzt Dr. med Peter Dobmeier als experts bij dit onderzoek betrokken. Andere databronnen die ik in dit onderzoek heb gebruikt zijn 'experts'. Volgens Baarda et al. (2013) zijn experts mensen die op een bepaald gebied zeer deskundig zijn en op grond daarvan naar hun mening kunnen worden gevraagd.

De volgende experts heb ik bij het onderzoek betrokken.

- Martin Alan Schmidt
is Jungian Psychoanalyst. Hij is professioneel lid van The Society of Analytical Psychology (SAP) en psycholoog in London. Onder andere is hij werkzaam als part-time lecturer on postgraduate arts

therapies programme aan de Universities of Herfordshire and Roehampton (GB). Meneer Schmidt heb ik bij dit onderzoek betrokken als buitenstaand expert. Hij heeft op de casus vanuit het analytisch denkkader gereageerd.

- Dr. med. Peter Dobmeier
is Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie en werkzaam als Leitender Oberarzt bij de KBO Lech-Mangfall-Klinik in Garmisch-Partenkirchen (D). Hem heb ik geïnterviewd als expert op het gebied van psychiatrie en behandelingen van patiënten met een Dissociatieve Identiteitsstoornis en comorbiditeit met een Borderline Persoonlijkheidsstoornis. Zijn theoretisch referentiekade is de cognitieve – gedrachstherapie, de ego-state-therapie en principes na Michaela Huber van waaruit hij op de casus gereageerd heeft.
- Ingrid Jablonka
Is R-Dance Movement Therapist en werkzaam als danstherapeute bij de KBO Lech-Mangfall-Klinik in Garmisch-Partenkirchen (D). Haar heb ik geïnterviewd als experte op het gebied van dans- en bewegingstherapie bij patiënten met een dissociatieve identiteitsstoornis en meerderjarige ervaring met psychiatrische patiënten. Zij heeft de casus vanuit de danstherapie en het ontwikkelingsmodel volgens Margaret Mahler bekeken.
- Leonie Jürgens en Simone Willems
Zijn medestudenten van de opleiding Creatieve Therapie vakrichting dans- en bewegingstherapie aan de Zuyd Hogeschool Heerlen (NL). Beiden zijn bij dit onderzoek betrokken als experts op het gebied van dans- en bewegingstherapie.

Dataverzamelingstechnieken en datapreparatie

Om van de diverse databronnen, voorgesteld in het subparagraaf hiervoor, gegevens te kunnen generen, heb ik drie verschillende dataverzamelingstechnieken ingezet:

- participerende observatie
- Interviews
- literatuurstudie.

Participerende observatie

is een vorm van observatie waarbij de onderzoeker direct betrokken is in de sociale context van het te onderzoeken fenomeen (Boeije, 2006; Migchelbrink, 2013). In mijn stagejaar heb ik tijdens de behandeling van de patiënte de participerende observatie ingezet. Deze manier van observatie is inherent aan het werk als dans- en bewegingstherapeut omdat de dans- en bewegingstherapeut zijn eigen lichaam als observatie-instrument ter observatie en interventie gebruikt (Keulen, 2007). De observaties van toen heb ik schriftelijk na elke sessie gedocumenteerd in verslagvorm. Migchelbrink (2013) maakt onderscheid in de vier rubrieken van observaties. De eerste rubriek houdt de beschrijvingen van gebeurtenissen of gespreksinhoud in. Hetgeen betekent dat de observator zo exact mogelijk met zo weinig mogelijk interpretaties de gebeurtenissen, conversaties en personen beschrijft. De tweede rubriek houdt theoretische notities over de feitelijke observaties in. Dat betekent dat de observator zijn eigen gedachten, interpretaties en commentaren opschrijft. De derde rubriek bevat methodische notities en betekent dat de observator zijn werkwijze tijdens het observeren en zijn beslissingen opschrijft. De vierde rubriek heeft betrekking op reflecties waarin de observator zijn eigen gevoelens, verwachtingen en gedachten vastlegt. Toen ik mijn sessieaantekeningen maakte heb ik dat aan de hand van de creatief therapeutische driehoek client-therapeut-medium (Smeijsters, 2009) gedaan. Het analyseren aan de hand van de creatief therapeutische driehoek houdt de vier rubrieken, door Migchelbrink (2013) in.

Het interview

is een techniek waarmee door middel van het stellen van vragen tijdens een persoonlijk gesprek informatie verzameld wordt (Migchelbrink, 2013). Er wordt onderscheid gemaakt in het soort interview. Het onderscheid ligt in de mate van gestructureerdheid (open en gesloten vragen), hoe de informatie wordt achterhaald (directe of indirecte vragen), hoeveel mensen bij het interview betrokken zijn (individueel of in de groep) en de vorm van het interview (schriftelijk of mondeling) (Baarda et al., 2013).

Het interview gevoerd met Martin Alan Schmidt was mondeling, semigestructureerd aan de hand van indirecte vragen en directe vragen tijdens een een-op-een gesprek. Het eerste interview heeft vis á vis in London (GB) in zijn praktijk plaats gevonden en duurde 2h. Op een later moment heeft er nog een interview via skype plaats gevonden ter verheldering en controle van het eerste interview. Schmidt wilde geen transcript hebben en was er mee akkoord dat ik het interview voor het onderzoek gebruik. Het interview staat op audio tape.

Dr. Med. Peter Dobmeier heb ik op zijn werkplek in de KBO Lech-Mangfall-Klinik in Garmisch-Partenkirchen (D) geïnterviewd. Het interview heeft vis á vis en mondeling plaats gevonden. Het interview duurde ca. 45 min.

en is beschikbaar als audio tape en transcript . Dr. Med. Peter Dobmeier heeft het transcript gelezen en zijn toestemming gegeven de informatie voor het onderzoek te gebruiken. Tijdens het interview heb ik directe en indirecte vragen gesteld met open en gesloten vragen.

Het interview met R-DMT Ingrid Jablonka heb ik vis á vis op haar werkplek in deKBO Lech-Mangfall-Klinik in Garmisch Partenkirchen mondeling gevoerd. Het interview duurde ca. 1 uur en bestaat als audio tape. Het interview was semigestructureerd met directe en indirecte vragen. De gesprekken met Leonie Jürgens en Simone Willems zijn gebaseerd op logboek aantekeningen, reflecties op belangrijke momenten die zich tijdens het behandelingsproces voordeden. Tijdens die gesprekken vertelde ik voornamelijk over momenten die ik beleefde en mij herinnerde. Doordat zij mij vragen stelden, kon ik net een laagje dieper kijken of de beschrijvingen net scherper en meer 'to the point' maken. Met name om mijn logboek aantekeningen naar goede vaktaal te vertalen. Deze gesprekken hebben vaker dan eenmaal plaats gevonden op verschillende momenten tijdens het onderzoeksproces. De gesprekken met Simone Willems waren vis á vis en mondeling en hebben op het terrein van de Hogeschool Zuyd te Heerlen (NL) plaats gevonden. De gesprekken met Leonie Jürgens hebben vis á vis en via de telefoon plaats gevonden, mondeling en meermaals op verschillende momenten tijdens het onderzoeksproces.

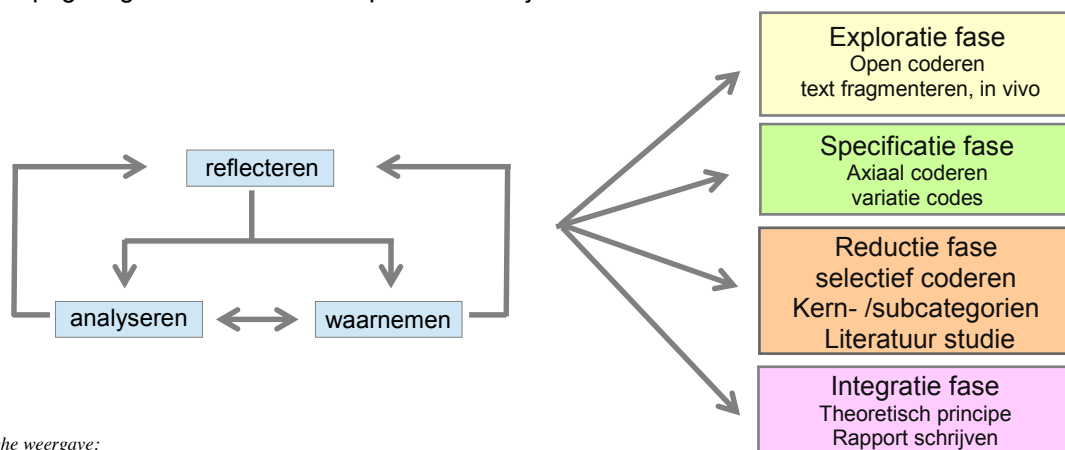
De literatuurstudie

is een vorm van dataverzameling die voortkomt uit het deskresearch (Migchelbrink, 2013). Deze vorm van dataverzamelingstechniek heb ik gebruikt voor het verkennen van mijn onderzoeksthema. De eerste literatuurstudie was een vooronderzoek om het onderzoek op te starten en ter oriëntatie op het thema. Hoe en waar ik zaken heb opgezocht is bijlage 1 Literatuur. Daarnaast heb ik literatuurstudie toegepast tijdens de reductie fase bij de data- analyse. De data-analyse heeft nieuwe aspecten teweeg gebracht waar ik nog geen literatuur over had. Om me ook op deze nieuwe aspecten te oriënteren heb ik in deze fase opnieuw literatuurstudie toegepast. De literatuur heeft betrekking op 'De Resultaten' (hoofdstuk 3) die ik met literatuur en praktijkvoorbeelden uit de casus heb toegelicht en onderbouwd. Verder heb ik de literatuur vanuit het vooronderzoek en het literatuuronderzoek in 'De discussie' (hoofdstuk 4) verwerkt. Op die manier ontstond er in het onderzoeksproces een analytisch kader waarin de onderzoeksvragen steeds gericht worden beantwoord. (Baarda et al., 20013)

2.4 Data-analyse

2.4.1 Theoretische bodem voor de analyseprocedure

De analyseprocedure in de gefundeerde-theoriebenadering wordt als overkoepelend onderzoeksontwerp in vier fasen onderverdeeld. De exploratiefase, de specificatie fase, de reductie fase en de integratie fase. In elke fase worden de drie onderzoeksactiviteiten (waarnemen – analyseren – reflecteren) toegepast en leiden deze tot antwoorden en een nieuwe vraagstelling die uit het reflecteren voortkomt. Deze sturen vervolgens weer aan om verder te gaan tot het moment van theoretische verzadiging (Wester & Peters 2004). Theoretische verzadiging betekent dat nieuw materiaal geen nieuwe inzichten meer oplevert. Hoe veel materiaal verzameld wordt hangt af van de breedte van het onderzoeksontwerp (Baarda et al, 2013). Aangezien dit onderzoek binnen het afstudeerproject plaatsvindt en het tijdbestek beperkt is, maak ik alleen gebruik van de principes van de gefundeerde-theoriebenadering binnen het onderzoeksontwerp casestudy. Dat betekent dat het punt van theoretische verzadiging niet wordt bereikt. Met name bij de onderzoeksactiviteit analyseren zullen de principes van de gefundeerde-theoriebenadering toegepast worden (Baarda et al, 2013). Het schema op de volgende pagina geeft het onderzoeksproces met zijn onderzoeksactiviteiten en fasen weer.



*Schematische weergave:
Onderzoeksproces, pagina 15, paragraaf 2.4.1*

2.4.2 Het analyse proces

De analyse vormt in het onderzoeksproces de verbinding tussen het waarnemen van de empirie en het reflecteren op de waarneming van de empirie en/of de analyse (Wester & Peters 2004). Deze drie onderzoeksactiviteiten (waarnemen – analyseren – reflecteren) vormen het onderzoeksproces en wisselen elkaar voortdurend af. Dit proces wordt ook iteratief proces genoemd (Baarda et al., 2013; Wester & Peters 2004) en brengt voortgang in het bereiken van het globale onderzoeksdoel, het vinden van een theoretische verklaring (Baarda et al. 2013; Boeije, 2006; Wester & Peters 2004).

Het doel van dit onderzoek was om een theoretische verklaring te vinden op de vraag: *“Hoe komt het tot de veranderingen bij een volwassen, vrouwelijke patiënte met een dissociatieve identiteitsstoornis en comorbiditeit met een Borderline Persoonlijkheidsstoornis in het ambulante danstherapeutische proces?”* Naast deze meer globale vraagstelling kwamen uit de analyse tijdens de reflectiefase steeds meer deelvragen voort. De deelvragen helpen de globale vraag te beantwoorden en richting te blijven geven om het bestaande materiaal opnieuw in te duiken of indien nodig nieuw materiaal te verzamelen (Wester & Peters 2004; Boeije, 2006). Het onderzoeksproces ging al tijdens de stageperiode van start met het impliciet toepassen van alle drie de onderzoeksactiviteiten. Toen heb ik mijn waarnemingen door de participerende observatie schriftelijk gedocumenteerd. Er kwam een moment in het behandlingsproces dat me liet reflecteren op het gehele proces tot dan toe. Toen merkte ik dat ik geheel impliciet te werk ben gegaan en niet expliciet antwoord kon geven op de vraag wat er nu precies in het proces heeft plaatsgevonden. Hoe ben ik te werk gegaan en wat is de basis voor mijn handelen geweest? Aan de analyseprocedure liggen volgens de gefundeerde-theoriebenadering twee uitgangspunten ten grondslag. Het eerste is dat de analyse start met vragen die richting geven aan de analyse. Het tweede is een analytisch kader (begrippen kader, sensitizing concepts) om de analyse te ordenen (Wester & Peters 2004). De reflectie op het behandlingsproces leidde me tot de vragen *Wat is er letterlijk in het proces gebeurd? Waar zijn we mee bezig geweest?* Deze vragen wezen de weg naar de tweede onderzoeksactiviteit van de analyseprocedure en volgden de eerste analyse van het materiaal.

Exploratiefase – open coderen

gaat over het ontrafelen van het onderzoeksmateriaal waarbij met relevante aspecten rekening wordt gehouden. De gegevens worden niet mechanisch verzameld en geordend, veel meer is het een ontdekkingstocht waarbij meestal niet van te voren bekend is waar het eindpunt zal zijn (Baarda, 2009). De analyse leidt tot eerste kennis uit het materiaal en gebeurt door lezen en interpreteren waardoor betekenis wordt gegeven. Het analytisch kader waarmee ik de analyse ging ordenen begon ik door de tekst open te coderen. Open coderen betekent volgens Boeije (2006) dat alle gegevens zorgvuldig worden gelezen en in fragmenten ingedeeld. Open coderen is een deel van de analyse dat voornamelijk aan het begin van het onderzoek gedaan wordt. De codes zijn dan ook een samenvattende notatie voor een tekstfragment waarin de betekenis van het fragment wordt uitgedrukt. Eerst deed ik dat door de tekst ‘in vivo’ te coderen met drie verschillende kleuren stiften (Baarda et al., 20013). Elke kleur staat voor een themacode oftewel tekstfragment: cliënt-therapeut-medium, ontleend aan de creatieftherapeutische driehoek (Smeijsters, 2009). Ik heb voor themacodes gekozen omdat bv. de code “cliënte” aangeeft dat het informatie bevat betreffende het fragment “cliënte”. Omdat mijn vraag betrekking heeft op wat er is gebeurd tussen de drie elementen (cliënt-therapeut-medium) heb ik door deze themacodes een globale ordening gebracht in de tekst. De themacodes geven aan over welk thema gesproken wordt (Baarda et al, 2013; Wester & Peters, 2004; Boeije, 2006).

Specificatiefase – axiaal coderen

In deze fase van het onderzoek wordt binnen het ontrafelde materiaal (open gecodeerd) vergeleken en weer samen gevoegd. De verbanden en structuren die ik kon vinden heb ik met variatiecodes (Baarda et al., 20013) bv. als interventies, emoties, weerstand, verbinding, controle, eigen ruimte, enz. gecodeerd. Deze vorm van coderen heet axiaal coderen en betekent dat de losse codes gegroepeerd worden tot een conceptueel model (Baarda et al., 2013). De drie onderzoeksactiviteiten hebben ertoe geleid dat ik het axiaal coderen drie keer heb herhaald. De tweede keer was de richting gevende vraag *Hoe heb ik geobserveerd en waarop baseerde ik keuzes voor het soort interventies en het moment van interveniëren?* Deze analytische cyclus (waarnemen-analyseren-reflecteren) gaat zich steeds herhalen tot de vragen beantwoord zijn en de reflectie geen nieuwe vragen meer oproept. De reflectie op de tweede analysecyclus heeft weer een nieuwe richtinggevende vraag opgeleverd: *Wat is er nu eigenlijk in de interactie tussen beiden gebeurd? Welke rol speelt de persoonlijk professionele ontwikkeling van de therapeut? Wat was van invloed op het proces?* Dat proces moest ik onderbreken omdat dit onderzoek in het kader van mijn afstudeerproject plaats vond en daardoor tijdelijk begrensd was. Tijdens het axiaal coderen bleek dat er hoofdcodes waren waarin kleine subcodes hoorden. De betekenis van de belangrijkste begrippen wordt in deze fase achterhaald en met voorbeelden geïllustreerd

(Boeije, 2006). Deze fase leverde me een beschrijving van het danstherapeutische proces, de interactie tussen de patiënte en dans- en bewegingstherapeute en bewegingsthema's die gedurende het proces centraal stonden op. Toen ik de variatiecodes in hoofd- en subcategorieën geordend had, ging ik naar de data terug om voorbeelden te zoeken die telkens een variatiecode aanschouwelijk weer gaven.

Reductiefase – selectief coderen

Met het afsluiten van de specificatiefase en het overgaan naar de reductiefase heb ik antwoord gevonden op de vraag *Wat is er letterlijk in het proces gebeurd? Hoe werd geobserveerd? Wat was van invloed op het proces?* Dat is de derde stap van de analyse waarin het synthetiseren centraal staat en naar verbanden en structuren binnen en tussen de themacodes gezocht wordt (Wester & Peters, 2004). In de reductiefase van het onderzoek heb ik me erop gericht, mijn onderzoekshandelingen op het vinden van literatuur te richten. Omdat deze vragen als gevolg van reflectie op de analysecycli op kwamen, was de literatuur van het vooronderzoek nog onvolledig. Daarom ging ik nog eens gericht op zoek naar literatuur om de bevindingen uit de specificatie fase met literatuur te kunnen onderbouwen (Baarda et al., 2013). In deze fase zijn de kerncategorieën ontstaan die ik in hoofdstuk 3 'Resultaten' weergeef. Kerncategorieën zijn er om de waarneming van de onderzoeker te beschrijven en verklaren (Boeije, 2006). Ze zijn niet vanzelfsprekend aan de data te ontleen en pas naar aanleiding van de drie voorafgaande analyse fases ontstaan. Kerncategorieën zijn bv. afstemming in de relatie met de bijbehorende subcategorieën. Kenmerkend voor kerncategorieën is dat zij onder andere niet verzadigd zijn. Het punt van verzadiging heb ik niet bereikt. Nog steeds heb ik vragen en zou ik nieuwe data willen verzamelen.

Integratie fase - discussie

De analyse gaf me de mogelijkheid om een structuur binnen het danstherapeutische proces aan de hand van begrippen en fasering te beschrijven en diep inzicht in de interactie tussen patiënte en dans- en bewegingstherapeute te verkrijgen. In hoofdstuk 4 'Discussie' ga ik nader in op het dans- en bewegingstherapeutisch proces aan de hand van onderzoek en mijn toekomstig methodisch handelen. Het schrijven van een onderzoeksrapport stond in de integratiefase centraal. Het product bent u nu aan het lezen. De volgende paragraaf beschrijft welke kwaliteitscriteria ik tijdens het onderzoeksproces heb toegepast om de kwaliteit van het onderzoek te waarborgen.

2.5 Kwaliteitscriteria

Kwaliteitscriteria die in praktijkgericht onderzoek gehanteerd worden hebben betrekking op bruikbaarheid, validiteit en betrouwbaarheid. Om te waarborgen dat een onderzoek aan deze eisen voldoet worden gedurende het onderzoeksproces een aantal activiteiten uitgevoerd (Migchelbrink, 2013). Hoe en welke kwaliteitscriteria ik in mijn onderzoeksproces heb gebruikt zal ik in hieronder nader uitleggen.

Bruikbaarheid

heeft betrekking op de resultaten die het onderzoek oplevert, deze dienen bruikbaar te zijn voor de beroepspraktijk. Dat wil zeggen dat de informatie die uit het onderzoek voortkomt informatief concreet, begrijpelijk, herkenbaar en hanteerbaar is. Of aan deze eis voldaan is, maken volgens Migchelbrink (2013) de betrokkenen in de praktijk uit. Hij heeft acht voorwaarden beschreven om de bruikbaarheid van de resultaten voor de praktijk te waarborgen: 1) Nauwgezette afstemming tussen onderzoeksvraagstelling en het onderzoeksontwerp op de vraag, ideeën, problemen en wensen van betrokkenen in de te onderzoeken praktijksituatie. 2) Bereidheid om voortdurend naar de feedback en opvattingen van de mensen in de praktijk te luisteren 3) Domeinkennis van de onderzoeker, dit betekent dat de onderzoeker zich vooraf grondig oriënteert op de te onderzoeken praktijk. 4) De verbinding van de onderzoeker met de te onderzoeken vraag. 5) Duur van het onderzoek moet passen bij de eisen van de opdrachtgever. 6) De looptijd van het onderzoek moet kort zijn. 7) De onderzoeksresultaten moeten voldoende informatie over de praktijksituatie bevatten en begrijpelijk voor de betrokkenen of opdracht gever zijn. De informatie moet concreet zijn en niet in abstract theoretische begrippen beschreven zijn en 8) De resultaten dienen hanteerbaar te zijn en in de praktijksituatie toegepast kunnen worden. Verder dienen de resultaten een hulpmiddel voor de praktijk te zijn.

Het onderzoek is op mijn eigen methodisch handelen tijdens mijn praktijkstage gericht. Verder vindt het onderzoek binnen mijn afstudeerproject plaats. Door dat feit zijn een aantal van de net beschreven voorwaarden voor bruikbaarheid gegeven. De onderzoeksvraag is gericht op het verklaren en theoretisch onderbouwen van mijn methodisch handelen tijdens mijn stagejaar. Daarvoor heb ik een goed gedocumenteerde casus gekozen waarbij de casestudy als onderzoeksmethode past en de persoonlijke betrokkenheid laat zien. Nauwgezette uitleg over onderzoeksontwerp is in hoofdstuk 2 Onderzoeksopzet te

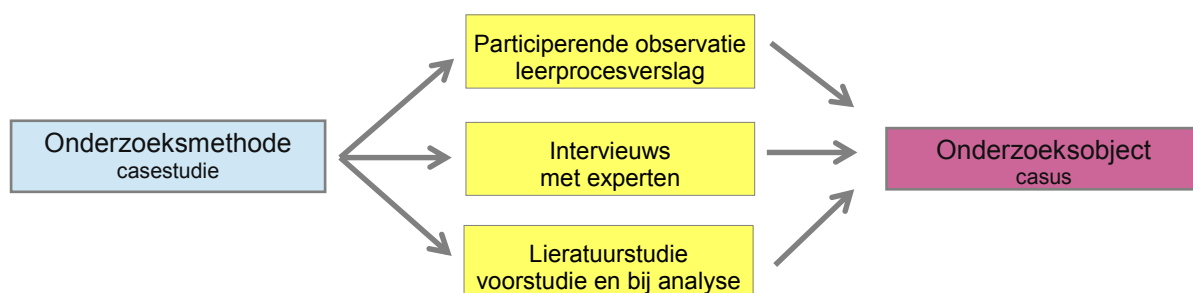
lezen. De reflectie op het onderzoeksproces en de bruikbaarheid van de resultaten komen in hoofdstuk 4 Discussie aan de orde.

Validiteit – credibility (geloofwaardigheid)

een ander woord voor validiteit is geldigheid (Wester & Peters 2004), het heeft betrekking op het vertrouwen dat in de onderzoeksresultaten (kennis) van het onderzoek gesteld kan worden. Met andere woorden uitgedrukt heeft de vraag naar de validiteit van de resultaten betrekking op de beantwoording van de onderzoeksvraag. In hoofdstuk 4 heb ik de onderzoeksvragen aan de hand van de resultaten beantwoord en gereflecteerd op de bruikbaarheid voor de praktijk. In praktijkgericht onderzoek is sprake van credibility of geloofwaardigheid, deze heeft betrekking op het vertrouwen dat het gerepresenteerde beeld overeenkomt met de onderzochte praktijksituatie. Het is de bedoeling dat de onderzoeker zo goed mogelijk het onderzoeksobject laat spreken (Migchelbrink, 2013). De validiteit heeft dus betrekking op de inhoud van het onderzoek. Daarbij kan het gaan om de gehanteerde begrippen (begripsvaliditeit) en de toegepaste procedures (interne validiteit) en de overdraagbaarheid (externe validiteit of transferability) van de onderzoeksresultaten naar andere niet onderzochte situaties (Westers & Peters, 2004). Er zijn drie mogelijkheden om de validiteit van het onderzoek te waarborgen. Inhoudelijke controles, onderzoeksontwerp als garantie van validiteit en triangulatie (Migchelbrink, 2013). Vervolgens beschrijf ik wat ik heb ondernomen om de validiteit van de resultaten te waarborgen.

Inhoudelijke controles die door derden worden gedaan. Daarbij worden de analyse, bevindingen en gebruikte begrippen gecontroleerd. De begrippen, bevindingen en de analyse van de eerste onderzoekscyclus heb ik laten controleren door een medestudent Leonie Jürgens. Reflectiegesprekken op mijn methodisch handelen aan de hand van het leerprocesverslag heb ik gehouden met medestudent Simone Willems. Deze manier van controle heet 'peer check' omdat ik andere onderzoekers inschakel en vakgenoten. Verder heb ik 'deskundigen check' ingezet door mijn bevindingen aan verschillende deskundigen voor te leggen, om hun mening als expert bij mijn onderzoek te betrekken en de inhoud te controleren. Deze zijn beschreven in paragraaf 2.3 Databronnen. De inhoudelijke validiteit van de gesprekken heb ik getoetst door het transcript te laten goedkeuren voor gebruik. Een andere manier was dat ik onduidelijkheden, die bij de analyse van de gesprekken naar voren kwamen, nog eens aan de deskundige heb voorgelegd. Op die manier heb ik door 'members check' voor inhoudelijke validiteit gezorgd. Smeijsters (2008) noemt deze controle credibility, het betekent dat de analyses door de respondenten herkend worden.

Het onderzoeksontwerp op zich vormt een garantie voor de geloofwaardigheid van het onderzoeksproces. Van te voren heb ik in de onderzoeksopzet (hoofdstuk 2) bepaald welke methodische en systematische stappen ik ga ondernemen. Daarnaast heb ik in logboekvorm mijn aantekeningen tijdens de analyse gedocumenteerd. Literatuuronderzoek of begripsvaliditeit Westers & Peters (2004) noemen literatuuronderzoek als middel om gericht waarnemingen en bevindingen in de literatuur te zoeken. Onder andere gebeurt dit om een probleemstelling te formuleren en een relevante onderzoeksvraag te stellen. Aan het begin van mijn onderzoek heb ik een voor-literatuuronderzoek gedaan om de probleemstelling te formuleren. Verder heb ik tijdens de data-analyse literatuur onderzoek gedaan naar nieuwe begrippen die opkwamen. Een ander middel om de geloofwaardigheid te waarborgen is door methodeninterne (Flick, 2004) data-triangulatie. Data-triangulatie betekent dat het onderzoeksobject vanuit verschillende invalshoeken belicht wordt. Methodenintern betekent dat ik binnen een onderzoeksmethode gebruik maak van verschillende methoden om het onderzoeksobject te onderzoeken. Daarbij wordt naar overeenkomsten tussen de verschillende databronnen, dataverzamelingstechnieken en onderzoekers gekeken. De methoden zijn weergegeven in paragraaf 2.3 Dataverzameling. Het volgende schema geeft de samenhang tussen methoden en onderzoeksobject weer.



*Schematische weergave:
Datatriangulatie, pagina 18, paragraaf 2.5*

Betrouwbaarheid

een ander woord voor betrouwbaarheid is dependability. Het betreft het vertrouwen in de werkwijze (vraagstelling, onderzoeksontwerp en onderzoeksinstrumenten) tijdens het onderzoek (Migchelbrink, 2013). Het gaat om de nauwkeurigheid en zorgvuldigheid in de wijze van werken. De werkwijze kan door allerlei factoren of situaties die tijdens het onderzoeksproces op komen beïnvloed worden wat weer invloed heeft op de onderzoeksresultaten. Deze factoren kunnen betrekking hebben op de onderzoeker, de dataverzamelingstechnieken, de data-analyse of de te onderzoeken situatie (Migchelbrink, 2013). Migchelbrink (2013) beschrijft vier activiteiten of maatregelen; 1) verantwoorden 2) nauwkeurig en zorgvuldig werken 3) zelfcontroles inbouwen 4) herhaling van dataverzamelingstechnieken om de betrouwbaarheid tijdens het onderzoek te waarborgen:

In mijn onderzoek heb ik voor betrouwbaarheid gezorgd door de te ondernemen onderzoeksstappen van te voren te bepalen. Verder zijn mijn aantekeningen over de analyse in te zien zodat het voor derden inzichtelijk is hoe ik gecodeerd heb, mijn gedachten en bevindingen in schema's omgezet heb, en daar waar nodig nog bv. literatuur opgezocht heb omdat tijdens de analyse nieuwe begrippen naar voren kwamen. Om er zeker van te zijn dat ik het interview goed zou onthouden, heb ik dit op audiotape opgenomen en het soms nog uitgeschreven. Bij andere interviews heb ik bij onduidelijkheden achteraf nog eens contact met de geïnterviewde persoon opgenomen om dit te verhelderen. Met name bij het interview dat ik in het Engels gevoerd heb, hebben we extra veel tijd genomen om goed te communiceren en er zeker van te zijn dat we elkaar correct begrepen.

Ook al is in praktijkgericht onderzoek een complete herhaling onder dezelfde omstandigheden niet mogelijk, andere herhalingen zijn dat wel. Door bepaalde belangrijke aspecten nog eens goed onder de loep te nemen of andere mensen daarover te ondervragen worden de dataverzamelingstechnieken gedeeltelijk herhaald. Bijvoorbeeld doe ik dat in mijn onderzoek door stil te staan bij de kwestie hoe geobserveerd en geïntervenieerd wordt. Na een eerste analysecyclus bleek ik niet duidelijk te kunnen zeggen waarop ik mijn keuzes voor interventies heb gebaseerd. Dat gegeven liet me nog eens mijn databestand (leerprocesverslag) en herinnering aan het proces in gesprek met medestudent Simone Willems achterhalen hoe ik heb geobserveerd en waarop ik de keuze voor de interventies heb gebaseerd.

In dit hoofdstuk geef ik de resultaten weer, die voortkomen uit de data-analyse beschreven in paragraaf 2.4. De data-analyse heeft tot een aantal kerncategorieën en subcategorieën geleid die ik in dit hoofdstuk zal uitleggen en met literatuur zal toelichten. Daarbij zal ik de theorie aan de hand van voorbeelden uit het proces met de praktijk verbinden. Vervolgens geef ik in het tweede gedeelte van dit hoofdstuk de kerncategorieën schematisch weer en leg ik verbanden tussen de begrippen. Om verwarring te voorkomen over het schrijfperspectief (onderzoeker- ik of dans- en bewegingstherapeute- ik) zal ik het hebben over het methodisch handelen van de dans- en bewegingstherapeute wanneer ik over mijn handelen tijdens het danstherapeutische proces schrijf. Als onderzoeker schrijf ik deze scriptie vanuit het ik- perspectief.

3.1 Kerncategorieën

3.1.1 Fasering en vormgeving in het medium

De data-analyse heeft aangetoond dat het proces in vijf fases is verlopen waarin telkens een ander bewegingsthema de improvisatie heeft laten zien. Er waren twee uitgangspunten om in beweging te gaan: 1) de muziek van de patiënte en 2) de afspraak dat de dans- en bewegingstherapeute voor de patiënte zou dansen en haar niet mocht zien. Aan de hand van deze twee afspraken zijn beiden in beweging gegaan. Telkens na drie sessies heeft er een verandering in de ruimtelijke structurering plaats gevonden. Hoe het proces is verlopen zal ik vervolgens per fase beschrijven.

Fase 1

Thema: elkaar in beweging leren kennen, veiligheid en vertrouwen stonden centraal, eigen ruimte, grenzen,
Element: Lichaam en ruimtegebruik

Mediumproces: Gedurende drie sessies observeerde de dans- en bewegingstherapeute via het kinesthetisch waarnemingsproces (paragraaf 3.1.2) en stemde af op de patiënte. Beide bewegen door dezelfde algemene ruimte. De patiënte “tippelt” achter de dans- en bewegingstherapeute heen en weer (LMA categorie effort: sudden, light; space: direct focus op therapeute). De dans- en bewegingstherapeute bewoog langzaam met duidelijke bewegingen (LMA categorie effort: sudden, bound, indirect; Space: focus op zichzelf) door de ruimte heen. Zijn nam onrust achter haar waar. Via haar eigen bewegingen en verkenning van de ruimte en de afstemming op de patiënte was er aan het einde van deze fase een ruimtelijke structuur ontstaan die voortaan behouden zou worden.

Fase 2:

Thema: exploratie van de eigen ruimte en bewegingsmateriaal/vitaliteitsdynamiek, afstand – nabijheid
Element: Ruimte

Mediumproces: Uit de voorgaande fase is de ruimtelijke structuur ontstaan. De algemene ruimte was nu door een imaginaire grens gedeeld en was er sprake van synchronisatie in ruimte. Beiden dansten met het lichaamsfront naar voren gericht, achter elkaar en ieder in zijn eigen deel van de ruimte. De patiënte danste op een plek in haar eigen ruimte met focus op de therapeute. De dans- en bewegingstherapeute danste in lichaamsfront naar voren gericht zonder om te draaien. In de veiligheid en voorspelbaarheid van deze ruimtelijke structuur kwam de patiënte tot exploratie van haar ruimte en bewegingen. De patiënte ontwikkelde een vloer patroon. Op een rechte lijn naderde en nam de patiënte afstand t.o.v. de dans- en bewegingstherapeute. Tegen het einde van deze fase nam de therapeute veranderingen in de LMA categorie effort: weight en time waar. De patiënte veranderde in haar vitaliteitsdynamiek, zij bewoog nu duidelijk met meer kracht en tempo naar de therapeute toe (paragraaf 3.1.3).

Fase 3:

Thema: grenzen, confrontatie, weerstand,
Element: Ruimte, Lichaam

Mediumproces: De veranderingen in de vitaliteitsdynamiek leidden er toe dat de ruimtelijke structuur veranderde. De dans- en bewegingstherapeute gaf haar persoonlijke grens aan door niet meer haar bewegingsvrijheid (vrij door de ruimte te mogen bewegen) te beperken door de patiënte niet te mogen zien. De dans- en bewegingstherapeute observeerde veranderingen in de LMA categorie shapeflow. De patiënte legde nu haar focus op haar lichaam en toonde verzet. Deze confrontatie leidde tot een nieuwe ruimtelijke structuur. Beide dansten nog steeds in hun gedeelte van de ruimte, op grote afstand naast elkaar. De patiënte

danste op een rechte lijn naar voren en achteren, lichaamsfront naar voren gericht. De dans- en bewegingstherapeute spiegelde het vloerpatroon van de patiënte, er vond synchronisatie en desynchronisatie in ruimte plaats. Daarbij draaide de dans- en bewegingstherapeute haar lichaamsfront tegen de muur om de patiënte niet te zien en voor rust momenten te zorgen. Achteraf vond verbale reflectie plaats en werden de “shared moments” verbaal benoemd en gedeeld. Deze fase eindigde met weerstand.

Buiten het mediumproces om: Parallel begon een verbaal proces tussen patiënte en dans- en bewegingstherapeute en hoofdbehandelaar. De confrontatie van de dans- en bewegingstherapeute ervoer de patiënte als grensoverschrijding. Dat was aanleiding voor de patiënte om steun bij haar hoofdbehandelaar te zoeken.

Fase 4:

Thema: afstand, weerstand

Element: Ruimte

De patiënte neemt letterlijk veel afstand door niet meer na de therapie te komen.

Fase 5:

Thema: nabijheid, verandering, afscheid

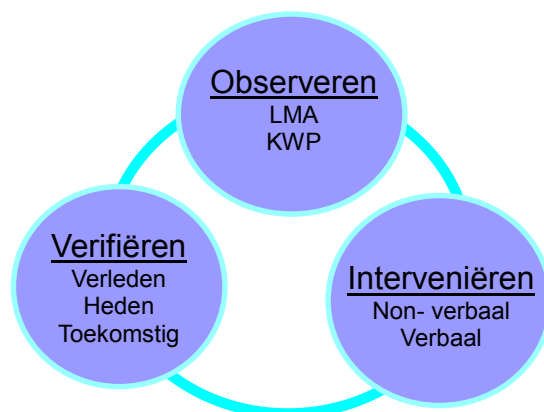
Element: Lichaam

Buitenom het mediumproces: Aan het einde van fase 4 heeft er een gesprek tussen patiënte en dans- en bewegingstherapeute in aanwezigheid en het kantoor van de hoofdbehandelaar plaatsgevonden. Daarna heeft er nog een toevallig gesprek in de wandelgangen plaats gevonden. Dat leidde ertoe dat de patiënte haar weerstand kon overwinnen.

Mediumproces: Het gesprek in de wandelgangen leidde er toe dat er weer opening en toenadering kon plaats vinden. Dat observeerde de dans- en bewegingstherapeute in de LMA categorie shapeflow. De patiënte legde de verbinding met vroegere ervaringen van grensoverscheiding. Zij nam initiatief om door de ruimte te bewegen zonder de voorwaarde niet gezien te mogen worden. De patiënte bewoog nu in haar helft van de ruimte, indirect door ruimte. De focus was nu naar binnen gericht op het waarnemen van het eigen lichaam. De patiënte had haar aandacht op het afrollen van de voeten, de handen en armen die met het ritme van de muziek meebewegen. De dans- en bewegingstherapeute danste in haar helft van de ruimte zonder opgelegde beperkingen van de patiënte. De patiënte zocht toenadering via het ritme in de muziek. Deze voelde zij aan de ramen aan de imaginaire grens in de ruimte. De dans- en bewegingstherapeute deed hetzelfde aan haar kant van de ruimte. Zodanig ontwikkelde zich een spel tussen beiden. De beat van de muziek was op de grond en aan de muren te voelen. Beiden nodigden elkaar afwisselend in de eigen ruimte uit om de beat op verschillende plekken te voelen.

3.1.2 Afstemming in de relatie

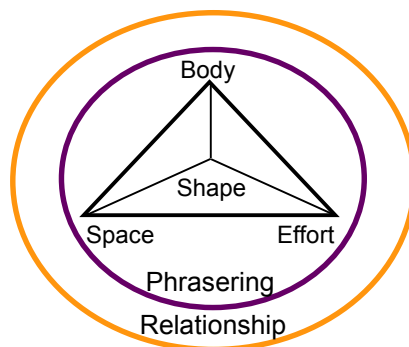
Deze kerncategorie bevat het proces van afstemming van de dans-en bewegingstherapeute op de patiënte. Uit de data- analyse (hoofdstuk 2.4) blijkt dat de afstemming plaats heeft gevonden door drie activiteiten die telkens een subcategorie binnen de kerncategorie afstemming vormen. De afstemming vindt zowel verbaal als non-verbaal plaats door het inzetten van drie activiteiten; observeren – interveniëren – verifiëren. Dit proces herhaalt zich continu aan de kant van de dans- en bewegingstherapeute en gebeurt in interactie met de patiënte. Van Keulen (2007) beschrijft de activiteiten van de dans- en bewegingstherapeute als cyclisch proces waarbij het observatie proces binnen het therapeutisch proces plaats vindt.



*Schematische weergave:
Kerncategorie Afstemming in relatie,
Pagina 21, paragraaf 3.1.2*

Observeren

De hulpvraag van de patiënte: “ik wil graag dansen maar er niet bij worden gezien” legt een beperking op de visuele observatie mogelijkheden van de dans- en bewegingstherapeute. In de eerste twee fasen van het proces heeft visuele observatie van lichaamshouding, beweging en ruimtegebruik uitsluitend aan het begin en aan het einde van de sessies plaats gevonden. Vanaf de derde fase werden ook visuele observaties tijdens het bewegingsgedeelte mogelijk. Tijdens het bewegingsgedeelte werd er amper gesproken en heeft de communicatie non-verbaal plaatsgevonden. Dat heeft ertoe geleid dat de dans- en bewegingstherapeute haar focus expliciet op andere dan visuele kanalen ter observatie heeft gelegd, bv. op gehoor, positie in de ruimte en ten opzichte van elkaar, observatie van eigen gevoelens, innerlijke beelden, lichamelijke sensaties (zich sluiten, afweren, spanningsgraad,...), gedachten en handelingen. Vulcan (2009) noemt de observaties van eigen innerlijke processen somatic countertransference (SCT), vertaald in het Nederlands betekent het lichamelijke overdracht. Gedetailleerde uitleg over SCT en de mogelijke omgang daarmee geef ik in de subcategorie tegenoverdracht binnen de kerncategorie ‘Genese van het rapport’ (paragraaf 3.1.3.) weer. Keulen (2007) omschrijft dit proces als kinesthetisch waarnemingsproces (KWP) waarbij de therapeut zijn eigen lichaam gebruikt en op basis daarvan beslissingen neemt voor het verdere verloop van het proces. Volgens Lewis-Bernstein (1979, geciteerd in: Vulcan, (2009, p. 278) gebruikt de dans- en bewegingstherapeute het eigen lichaam “as a vessel to receive, contain and metabolize the patient’s split-off parts”. Het werkwoord/woord “receive” gebruik ik in dit onderzoek als het *ontvangen* in de zin van open zijn en alle waarnemingskanalen open te stellen. De hulpvraag legt de nadruk expliciet op het openen van andere dan visuele kanalen. Het verbum “contain” gebruik ik in dit onderzoek als *opnemen* in de zin van in het eigen lichaam toelaten, voelen en waarnemen. Deze twee werkwoorden/woorden verbind ik in dit onderzoek aan de activiteit observeren binnen het kinesthetisch waarnemingsproces. “Metabolize” heeft betrekking op de activiteit interveniëren en licht ik toe in de volgende alinea. De dans- en bewegingstherapeute ordent haar observaties onder andere aan de hand van Laban Movementanalyse (LMA). Het LMA geeft de dans- en bewegingstherapeut een theoretisch kader voor de bewegingsanalyse van de patiënt en indicaties voor het kiezen van interventies waardoor richting aan het proces wordt gegeven. Om een idee te geven welke categorieën er gehanteerd worden binnen het LMA volgt een schematisch overzicht van de categorieën en hun onderliggende verhoudingen. Voor uitgebreidere toelichting over het LMA systeem verwijs ik naar de literatuur van A. Kennedy (n.d.) “Bewegtes wissen Laban/Bartenieff-Bewegungsstudien verstehen und erleben” waaraan dit schematische overzicht (p. 7) aan ontleend is.



*Schematische weergave:
subcategorie Observeren, pagina 22, paragraaf 3.1.2*

Omdat het LMA een theoretisch kader vormt worden de interventies aan de hand van “de elementen van de dans” gepleegd (Chambart & Geest, 2006). “De elementen van de dans” zijn : Lichaam, ruimte, kracht en tijd. Het lichaam is het instrument waarmee beweging en voortbeweging als geheel of met afzonderlijke lichaamsdelen plaats vindt (lichaam). Het bewegingsmateriaal dat het lichaam laat ontstaan varieert in vorm, ruimtegebruik, richting en betrokkenheid op andere objecten (ruimte). Zo kan ook het bewegingsmateriaal in tempo, ritme en duur veranderen (tijd). De dynamiek van het bewegingsmateriaal kan variëren tussen gradaties van spanning, kracht en het verloop van de beweging (kracht) (Backes, A-M., Imthorn, M. & Sipman, K., 1989). In de bewegingssituatie zijn steeds alle vier elementen aanwezig, door interventies te plegen komt de focus op een element te liggen (Chambart & Geest, 2006).

Interveniëren

Interventies zijn concrete handelingen die de therapeut gedurende het proces uitvoert (Willke, 2007). De focus ligt gedurende het proces op interventies gepleegd in het element ruimte en lichaam. In de fase waarin het “gezien kunnen worden” centraal komt te staan verschuift de focus op het element lichaam en kracht. De keuze voor interventies die gepleegd werden baseert de dans- en bewegingstherapeute op observaties voortkomend uit het kinesthetisch waarnemingsproces. Het woord “metabolize” (Lewis-Bernstein (1979) geciteerd in: Vulcan, 2009) gebruik ik in dit onderzoek als *transformeren* in de zin van kiezen hoe het eigen lichaam reageert. Ter plekke kiest de dans- en bewegingstherapeute welke interventies er gepleegd werden, waarbij afwachten en niet handelen door bewegen of spreken tevens als handeling gezien wordt. De patiënte draagt over aan de dans- en bewegingstherapeute en communiceert daardoor op een spontane, onbewuste en non-verbale manier (Keulen, n.d. a). De communicatie werd door de dans- en bewegingstherapeute opgenomen en door geplande en spontane interventies beantwoord. Door het aanpassen van de persoonlijke impulsen aan de kinetische dynamiek van de gezamenlijke interactie ontstaat regulatie van de non-verbale afstemming (Samaritter & Maagdenberg, 2012, p.329). Zichtbaar wordt deze manier van communicatie in de steeds veranderende vormgeving in het medium bv. posities en front ten opzichte van elkaar (LMA – Relationship), het ruimtegebruik (LMA-space), het lichaam van de patiënte en het lichaam van de dans- en bewegingstherapeute (LMA-body). De interventies zijn onder andere erop gericht dat de patiënte van afhankelijk naar onafhankelijk en van “niet zichtbaar” tot “zichtbaar zijn” kan groeien. Te onderscheiden zijn verbale en non-verbale interventies. De dans- en bewegingstherapeute maakt voornamelijk gebruik van non-verbale interventies en alleen daar waar het nodig is zet ze verbale interventies in. De *non-verbale* interventies zijn gericht op de manier waarop de dans- en bewegingstherapeute haar eigen lichaam, als object, inzet ten opzichte van de patiënte. Gebaseerd op de waarneming voortkomend uit het kinesthetisch waarnemingsproces vindt de kinesthetische afstemming plaats (Samaritter & Maagdenberg, 2012). De *verbale* interventies zijn in het begin gericht op het verbaal toetsen van de non-verbale interventies. Met vordering in het proces komt het valideren van de ervaringen die de patiënte gedurende het proces heeft centraal te staan. Valideren betekent dat de therapeut de patiënte actief accepteert in zijn beleving van de huidige situatie en dat aan de patiënte kenbaar maakt. Hetgeen niet noodzakelijkerwijs betekent dat de therapeute er mee instemt, wel begrijpt dat de reactie van de patiënte degelijk adequaat is ook al lijkt dat in de huidige situatie niet zo (Linehan, 2002, p. 215). Gedetailleerder ga ik binnen de kerncategorie ‘Genese van het rapport’ (paragraaf 3.1.3) in. Validatie vindt zowel verbaal als non-verbaal plaats. Daarnaast maakt de dans- en bewegingstherapeute gebruik van psycho-educatie om uitleg te geven over bijvoorbeeld het polariseren van emoties (woede vs. verdriet) als afweermechanisme.

Verifiëren

betekent dat de dans- en bewegingstherapeute gedurende het proces haar waarnemingen en interventies bij de patiënte toetst of controleert. Verificatie is niet louter een verbaal toetsen van hetgeen er gaande is. Verificatie kan even goed non-verbaal gebeuren, onder andere door het zien en horen van elkaar maar vooral via tactiele en proprioceptieve indrukken. Dat gebeurt door het waarnemen van elke subtiele verschuiving in houding, positie of timing van de partner. Het is een non-verbale ervaring van zichzelf ten opzichte van de ander welke direct en al handelend in het moment ervaren wordt zonder tussenkomst van het cognitieve duiden (Fuchs en De Jaegher (2009) In: Samaritter, 2012). De non-verbale interactie tussen patiënt en dans- en bewegingstherapeut wordt ook “impliciet relatieweten” genoemd en is grotendeels ontbonden van verbale beschrijvingen. Steek (2013) refereert in deze context aan de Boston Change Process Study Group (BCPSG, 2010) dat het “impliciete relatieweten” tot uitdrukking komt in het verloop van handelingsequenties. Het samenzijn met de ander krijgt stap voor stap vorm. Elke vervolgbeweging van de ene persoon laat zien hoe de voorafgaande beweging van de ander werd begrepen. Deze manier van op elkaar gericht zijn bevat verificatie. Uit de data analyse blijkt dat de dans- en bewegingstherapeute gedurende het proces op drie verschillende manieren geverifieerd heeft. Verificatie kan op verschillende momenten in het proces plaats vinden. Te onderscheiden zijn deze drie mogelijkheden ter verificatie in chronologische zin:

- 1) Verificatie die betrekking heeft op een interactiemoment dat net gepasseerd is en dientengevolge in het verleden ligt. Deze verificatie heeft verbaal en na het plegen van een interventie plaats gevonden en heeft het karakter van “terug kijken op” wat er net gebeurde. Bijvoorbeeld neemt de dans- en bewegingstherapeute gedurende een aantal bewegingsmomenten waar dat het niet belangrijk blijkt te zijn continu goed te volgen bewegingen te kiezen. Deze waarneming verifieert de dans- en bewegingstherapeute verbaal en achteraf bij de patiënte. De patiënte bevestigt de waarneming.
- 2) Verificatie die betrekking heeft op interactie die juist op dat moment plaats vindt ligt dus in het

tegenwoordige moment. Op deze momenten is de verificatie non-verbaal en gebeurt in het moment zelf en heeft het karakter van creëren van wat er op dat moment gebeurt. Bijvoorbeeld structureert de dans- en bewegingstherapeut haar eigen ruimtegebruik zodanig dat er een imaginaire grens in de ruimte komt te liggen en er twee ruimtes ontstaan. Patiënte en dans- en bewegingstherapeute bewegen nu ieder in haar eigen ruimte. De structurering in het medium gebeurt met focus op het element ruimte. Deze handelingssequentie werd door de patiënte non-verbaal geaccepteerd. De patiënte bleef in haar ruimte bewegen en de dans- en bewegingstherapeute nam meer exploratie van eigen ruimte en bewegingen bij de patiënte waar.

- 3) Verificatie die betrekking heeft op interactie die in de toekomst gaat gebeuren, dientengevolge ligt de te verifiëren actie in de toekomst. Deze verificatie vindt zowel verbaal als non-verbaal plaats en is van voorbereidende aard. Waarnemingen die in het tegenwoordige moment geverifieerd worden leiden tot interventies die voorbereidend zijn op de toekomstige interactie. Dat betekent dat de dans- en bewegingstherapeute geplande interventies pleegt ter verificatie en voorbereiding van bijvoorbeeld een geplande confrontatie.

3.1.3 Richting gevende behoeftes

Binnen deze kerncategorie leg ik uit welke behoeftes belangrijk en richtinggevend waren voor de vormgeving in het medium. Een ander woord voor *behoefte* is verlangen of motivatie. Ze zijn van subjectieve aard. Als je naar iets verlangt of behoefte hebt aan iets dan is er sprake van een tekort of ontbering van iets dat bevrediging zou brengen. De bevrediging van die behoefte stelt je in staat om jezelf te ontwikkelen. Het langdurig ontbreken van deze bevrediging veroorzaakt een belemmering in de ontwikkeling (Maslow, 1943). In de dans- en bewegingstherapie wordt gebruik gemaakt van de *aspecten van de dans* om zo goed mogelijk bij de behoeftes van de patiënten aan te sluiten. Te onderscheiden zijn drie aspecten van de dans: het fysieke, het sociale en het expressieve aspect (Keulen, 2007). Elk aspect vormt een subcategorie binnen de kerncategorie.

Het sociale aspect

De hulpvraag van de patiënte “Ik wil graag dansen maar er niet bij worden gezien” bevat het werken in het sociale aspect, dat gedurende het proces het meest centraal stond. Werken binnen het sociale aspect betekent dat de focus afwisselend naar binnen en naar buiten gericht is. De danser kan zichzelf in contact met een ander ervaren en op die manier behoeftes als samenzijn en zich verbonden voelen met anderen vervullen. Via het lichaam vindt op een nonverbale manier communicatie en overdracht plaats (Keulen, n.d.). De patiënte gaf aan dat zij door de manier waarop de dans- en bewegingstherapeute beweegt, zij een verbondenheid ging voelen omdat het dichterbij haar eigen manier van bewegen zou liggen. Deze ervaring van de patiënte was aanleiding voor haar om tijdelijk met de dans- en bewegingstherapeute verder te willen werken. Behoeftes binnen het sociale aspect sluiten het meest aan op secundaire gevoelens. Secundaire gevoelens zijn sociale gevoelens die onder andere bepaald zijn door de cultuur waarin iemand opgroeit en dientengevolge cultuurgebonden. Het sociale aspect wordt zichtbaar in de LMA categorieën *space* en *shape* in relatie tot *shape* (Keulen, 2007). Bewegingsthema's die bij de sociale behoefte van de patiënte aansluiten en gedurende het proces een rol gingen spelen zijn “afstand – nabijheid”, “leiden – volgen”, “gezien worden – niet gezien worden”, “grenzen” en “controle”. Deze thema's werden zichtbaar tijdens de improviserende vormgeving gedurende het proces.

Het expressieve aspect

legt de focus naar buiten en brengt iets tot uitdrukking. Behoeftes die hier bij horen zijn de eigen individualiteit tot uitdrukking brengen, zich evenwichtig voelen en het ‘zelf’ ervaren. Aansluitend op de achtergrondgevoelens die voornamelijk bepaald zijn door de eigen persoonlijke ontwikkeling (Keulen 2007). In de bewegingssituatie dienen zich ervaringen uit de levensgeschiedenis aan. Het impliciete lichamelijke geheugen activeert door de actuele bewegingservaring emoties of herinneringen waardoor deze meer onder bewuste aandacht komen (Brandstetter, (2007) In: Samaritter & Maagdenberg (2012). Tegen het einde van fase twee heeft de dans- en bewegingstherapeute achter haar een verandering in de bewegingspatronen van de patiënte waargenomen. Deze verandering werd waarneembaar in de LMA categorie *effort*, *weight* en *time*. De dans- en bewegingstherapeute voelde duidelijk meer kracht, snelheid en frequentie tussen afstand nemen en naderen van de patiënte naar haar toe. Keulen (2007) wijst erop dat de achtergrondgevoelens zichtbaar worden in de LMA categorie *effort*. Dat betekent dat de patiënten in het lichaam en de beweging laten zien hoe zij zich gedragen, wat zij voelen en hoe zij conflicten uitdrukken. Daaruit is af te leiden waar de behoeftes van dat moment liggen.

Het fysieke aspect

legt de focus naar binnen op het eigen lichaam en de zintuiglijkheid. Het sluit aan bij de primaire gevoelens die het meest universeel zijn en de behoefte om het eigen (fysieke) lichaam tot uitdrukking te brengen. Het gaat om de ervaring en bewustwording van het eigen lichaam als natuurlijke begrenzing, de energie van het lichaam voelen, innerlijke impulsen waarnemen en dichterbij jezelf komen. In fase drie, op het moment dat de dans- en bewegingstherapeute de verandering in haar ruimtegebruik bespreekt, wordt het verzet in het lichaam van de patiënte zichtbaar waardoor de patiënte haar focus naar binnen op innerlijke impulsen legt (verdediging, verzet). De patiënte kruist haar armen voor de borst (shapeflow: closing) en trekt haar borstbeen in, schuift met de billen op de stoel naar voren, leunt achterover (shapeflow: retreating), wijdbeens voeten vast op de grond (Shape: spreading) en kijkt voor zich uit naar de grond (descending). Haar mimiek laat boosheid zien, in ritme en intonatie van haar stem klinkt irritatie door. In de LMA shape categorie is de verandering in het lichaam in stilstand te observeren in de vorm van een bal die het lichaam aanneemt, terwijl de gewone lichaamsvorm voorheen meer op een pin leek. Het loslaten van verzet en weerstand manifesteert zich in fase vier waarin de dans- en bewegingstherapeute verbaal op emotioneel gebied valideert. De validatie van de emotie geeft de patiënte aanleiding om het lichaam te (laten) ontspannen (effort: flow-free) en meer te openen (shape: widening) voor uitwisseling. Dat is te observeren in de LMA categorie body in relatie tot shape. De patiënte volgt haar innerlijke impulsen en dat wordt zichtbaar op het moment dat het bovenlichaam zich opent en zich opricht (shapeflow: widening en rising). Met het voortgaan van het gesprek versterkt zich deze opening en oprichting in het sociale component doordat de patiënte spontaan opstaat en nabijheid (space: sagitale vlak) bij de dans- en bewegingstherapeute zoekt door deze interne impuls te volgen (effort: spel drive: weight-light, flow-free, space-direct). In de laatste fase vijf van het proces, waarin de actualisatie in de relatie plaats heeft gevonden, verlegt de patiënte haar focus meer naar binnen op het voelen/sense van het eigen gewicht en het ritme van de beweging. In de voorafgaande fasen was de focus van de patiënte naar buiten en op de dans- en bewegingstherapeute gericht. Met de focus naar binnen op het eigen lichaam leek het erop dat de patiënte nu bewust innerlijke impulsen waarnam en keuzes maakte over het wel of niet vormgeven ervan. In de LMA categorieën is het fysieke aspect in de categorie body en body in relatie tot shape te zien.

3.1.4 Genese van rapport

Deze kerncategorie beschrijft de totstandkoming van rapport tussen patiënte en dans- en bewegingstherapeute. Het begrip rapport betekent dat er actueel een wederkerige, vertrouwensvolle relatie tussen patiënt en dans- en bewegingstherapeut tot stand komt. Ik heb ervoor gekozen om het woord rapport te gebruiken omdat het op de wederkerigheid in de actuele relatie inzoomt. Het tot stand komen van het rapport is een aspect van wat er in de relatie gebeurt. De kerncategorie afstemming in de relatie (paragraaf 3.1.2) heeft al aangegeven hoe de dans- en bewegingstherapeute in de relatie afstemt op de patiënte. Deze kerncategorie beschrijft het proces vanuit het ontwikkelingsperspectief dat aan beide kanten plaats vond, zowel bij de patiënte als bij de dans- en bewegingstherapeute. Voor de duidelijkheid wil ik op deze plaats benadrukken dat het therapieproces van de patiënte centraal staat en bepalend is voor het proces. De kerncategorie richtinggevende behoeftes (paragraaf 3.1.3) vormt daarbij het vertrekpunt van het tot stand komen van het rapport. Uit de data-analyse zijn de drie subcategorieën weerstand, overdracht en tegenoverdracht voortgekomen. Per subcategorie zal ik ze toelichten en met voorbeelden uit het proces aanschouwelijk maken.

Weerstand

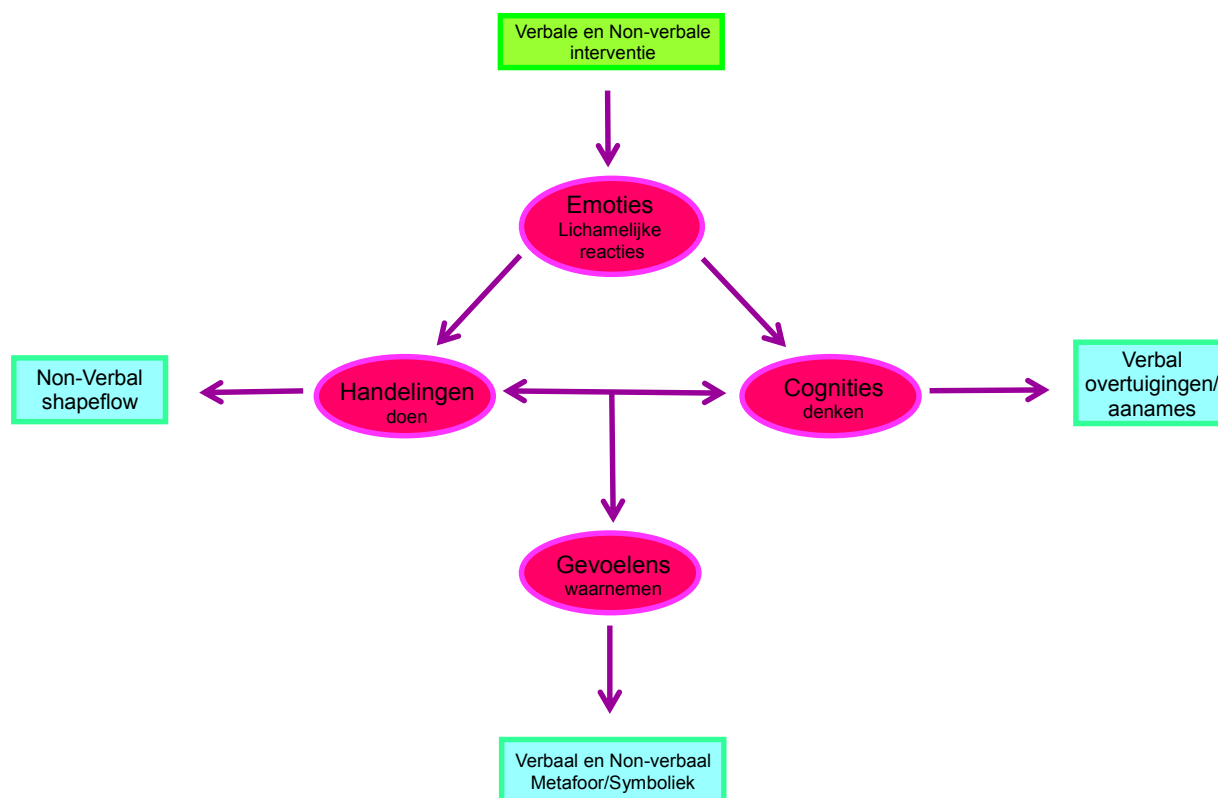
kwam op naar aanleiding van een verbale interventie gepleegd door de dans- en bewegingstherapeute. Tegen het einde van fase drie leidde de observatie van de dans- en bewegingstherapeute ertoe eigen grenzen aan te geven en de beperking van het "niet mogen zien" op te geven. Volgens Egan (2004) vertonen patiënten weerstand wanneer zij zich onder druk gezet of onrechtvaardig behandeld voelen. Ondanks dat deze stap voorbereid was riep het hevige tegenzin en weerstand op bij de patiënte. Dat werd naast het gesproken woord (cognitie) "Ik kom hier om te dansen en dan mag ik niet dansen" ook in het lichaam tot uiting gebracht binnen de LMA categorie body in relatie tot shape. De vormverandering in het lichaam (paragraaf 3.1.3, subcategorie fysiek aspect) wijst op bescherming van haar binnenste in het bovenlichaam door zich terug te trekken en te sluiten, terwijl in het onderlichaam het beschermen van de eigen plek/ruimte in het vergroten van het lichaam te zien is. Rachelle Janssen (2009, p.38-39) noemt in haar scriptie *Verliefd of (tegen-)overdracht?* dat overdracht van de patiënte op het moment dat het zich voordoet te observeren valt door veranderingen van het lichaam in shape flow. Deze veranderingen spelen volgens haar een belangrijke rol in het herkennen van overdracht op het moment dat het zich manifesteert. De negatieve overdracht (subcategorie overdracht) van

de patiënte manifesteert zich in de vorm van verzet en weerstand, hetgeen te observeren valt in Shape flow. Egan (2004) haalt Dimond, Havens & Jones (1978) en Driscoll (1984) aan wanneer hij schrijft dat weerstand een reactie van de patiënte is om terug te vechten tegen vermeende dwang. De patiënte was het er niet mee eens dat de dans- en bewegingstherapeute niet langer de beperking (de patiënte niet mogen zien) zou handhaven, om zo de patiënte voor de secundaire sociale emotie (Damasio, 2003) bv. schaamte en vermeende oordelende blikken te beschermen. In het begin was dat nodig om zodanig voor veiligheid te zorgen zodat de patiënte in beweging kon komen. Echter, op dat moment voelde de patiënte dwang en ging zich verzetten tegen dit idee van dwang. De weerstand van de patiënte richtte zich op handelingsniveau tegen het aanvaarden van een grens die de dans- en bewegingstherapeute stelde en die waarneembaar zou zijn in de gezamenlijke vormgeving in de dans, waardoor de patiënte "zichtbaar" zal worden. Op emotioneel niveau richtte zich de weerstand tegen het voelen van ongewenste gevoelens (bv. schaamte) die tot dan toe vermeden konden worden. Janssen (2009, p.19) schrijft met verwijzing naar Naus (1997) dat weerstand het "voelen" in de weg kan staan waardoor stagnatie in de ontwikkeling komt. Daarbij refereert zij aan Freuds definitie (1912, In: Delft (2004) dat weerstand het onbewuste verzet tegen verandering is. Delft (2004) wordt aangehaald door Janssen dat verandering vaak als beangstigend ervaren wordt door patiënten uit vrees voor identiteitsverlies. Sommige patiënten menen dwang te zien terwijl die er niet is. Mensen gaan af op dat wat zij zien en daardoor kan een dergelijke waarneming tot een vorm van verzet of weerstand leiden. Daar tegenover staat dat weerstand een gezond teken kan zijn om voor eigen rechten op te komen (Egan, 2004). Zeker is het bij deze doelgroep belangrijk om hier acht op te slaan, omdat er sprake is van langdurig en vroeg misbruik in de ontwikkeling. Als dat niet het geval is dan heeft de weerstand met verzet tegen de ervaring van het actuele moment te maken.

Op deze plaats maak ik een verschil tussen emotie en gevoel en refereer aan Damasio (2003, p.49-103; 2010, p.121-144) volgens wie emoties bepaalde handelings- en cognitieve programma's zijn van uit de evolutie, die grotendeels binnen het lichaam plaatsvinden. Daarentegen zijn gevoelens of beter gezegd gevoelens over de emotie samengevoegde waarnemingen van dat wat er op het moment van emotie in het lichaam en de geest gebeurt. In het kort gezegd zijn emoties grotendeels openlijk observeerbaar terwijl gevoelens de intieme en mentale ervaring van de emoties zijn. Op de situatie betrokken zijn de emoties die door de dans- en bewegingstherapeute werden geobserveerd woede, verdriet en angst die tot de manifestatie van weerstand als verzet tegen dwang, in het lichaam zichtbaar worden. De gevoelens die deze emoties bij de patiënte oproepen bracht de patiënte onder woorden aan de hand van een metafoor. Zij beschreef zichzelf als een klein zaadje dat zij gedurende het gehele danstherapieproces (incl. bij de senior danstherapeute) gezaaid heeft en dat nu tot een klein plantje is gegroeid. Dat plantje wordt nu zo maar door een grote tank die eroverheen rijdt, verpletterd. Dat zaadje dat tot een klein plantje groeit, staat symbool voor de patiënte en de grote tank staat symbool voor de dans- en bewegingstherapeute. Damasio (2010, p. 122-123) beschrijft interceptie (intern verzamelen van informatie over het eigen lichaam incl. proprioceptie en viszeroceptie als belangrijkste aspect van het waarnemen. Volgens hem is de interoceptie verantwoordelijk voor dat wat hij het 'gevoelde' aspect van de waarneming noemt. De metafoor die de patiënte gebruikt komt volgens mij overeen met dat wat Damasio het gevoelde aspect van waarneming noemt. De dans- en bewegingstherapeute beoordeelde de emoties als adequate reacties op de komende veranderingen. Hoe de gevoelens van deze emoties waargenomen worden wordt mede bepaald door vroegere ervaringen. Het volgende citaat van Giovoni en Piccioli Weatherhogg (2007) geeft het holistische perspectief en het gebruik van de term, bekeken vanuit de dans- en bewegingstherapie treffend weer:

'... preferences for one of the Action Drives often reveal a stylistic choice around which people create a way of coping with the environment, with life and defending from unpleasant (sometimes unbearable) affective states (...)The body's role, in "normality" as well as in pathology, is fundamental in revealing both the affect and the defence adopted by the person (...) find their channels of expression through the body and movements in ways that often are hidden or not immediately obvious ...'

Jaenicke (2006) wijst erop dat ook weerstand op overdracht berust als onderdeel van de psychische organisatieactiviteit van de patiënt, bekeken vanuit het standpunt dat overdracht het resultaat van constante beïnvloeding van gevestigde organisatieprincipes is. Voortaan zal ik de term "staat van zijn" (Boswijk-Hummel, 2005, p. 64; Samaritter & Maagdenberg, 2012, p. 331) gebruiken om dat wat Jaenicke psychische organisatieprincipes noemt weer te geven. De term geeft voor mijn gevoel (en idee) de patiënte in haar heelheid en complexiteit in het heden beter weer. Met het schema op de volgende pagina licht ik het opkomen en de manifestatie van de weerstand toe. In de hierop volgende subcategorie ga ik nader in op de overdracht vanuit de patiënte naar de dans- en bewegingstherapeute.



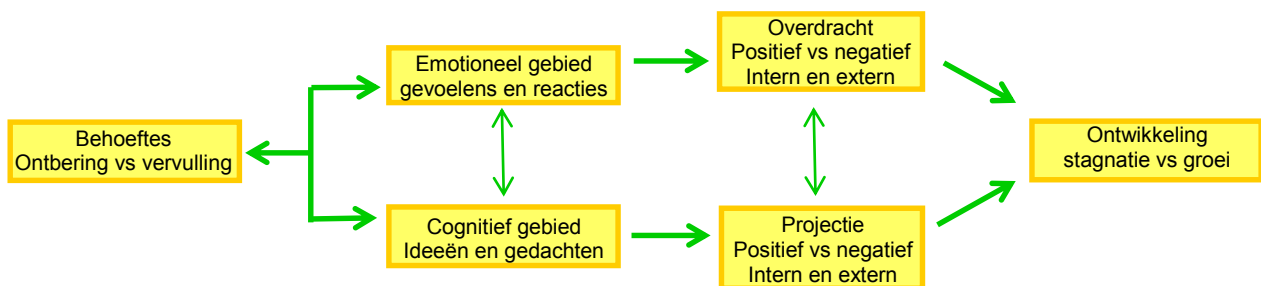
*Schematische weergave:
subcategorie Weerstand, pagina 25, paragraaf 3.1.4*

Overdracht

Omdat overdracht een heel breed en algemeen begrip is zal ik binnen deze subcategorie onderscheid tussen verschillende vormen van overdracht maken. Overdracht wordt in deze scriptie begrepen als een aspect van communicatie (Keulen, n.d. a) zoals beschreven in paragraaf 3.1.1. 'Afstemming in de relatie'. Volgens de intersubjectiviteitstheorie bestaat er geen vorm van overdracht die onafhankelijk van de therapeut bekeken kan worden (Jaenicke, p.168-197). De data-analyse heeft laten zien dat de overdracht op verschillende momenten en in diverse vormen plaats vond. Dit zal ik binnen deze subcategorie toelichten. Als ik spreek over overdracht dan heeft dat betrekking op het gebied van emotionele activiteiten en waargenomen gevoelens. Wanneer ik spreek over projectie dan heeft dat betrekking op het gebied van de cognitie en gaat over ideeën, overtuigingen en aannames.

In fase drie heeft de dans- en bewegingstherapeute een interventie gepleegd die onder andere negatieve emotionele reactie bij de patiënte op riep. De gevoelens van de negatieve emoties en cognities die door de interventie bij de patiënte opgeroepen worden, kleuren haar waarnemingen van de situatie en er ontstaan negatieve overdrachtsgevoelens naar de dans- en bewegingstherapeute toe. Ik maak onderscheid in positieve en negatieve overdracht (Boswijk-Hummel, 2005) in de zin dat bij positieve overdracht gevoelens (emotie) en ideeën (cognitie) van een "goede, ideale" ouder of vroegere autoriteit, overgedragen en geprojecteerd worden op de therapeute. Positieve overdracht ontstaat vanuit prettige gevoelens als veiligheid, zorg, aandacht, bewondering en blijdschap. Bij negatieve overdracht daarentegen worden emoties en ideeën van een "slechte, verwaarlozende" ouder of vroegere autoriteit op de therapeute overgedragen en geprojecteerd. De negatieve overdracht ontstaat vanuit onprettige gevoelens als afwijzing, vernedering, angst, eenzaamheid of woede. Uit emoties komen behoeftes voort en vice versa, die de patiënt aanleiding geven om op zoek te gaan naar hulp. Zoals ik al in paragraaf 3.1.3 'richting gevende behoeftes' schreef leidt het ontberen van behoeftevervulling tot stagnatie in de ontwikkeling. Het vervullen van behoeftes zal de ontwikkeling weer bevorderen. De hulpverlener wordt opgezocht om deze behoeftes te vervullen waardoor de ontwikkeling weer op gang zal komen. Binnen deze behoeftebevestiging is het van belang dat deze overdrachtsgevoelens

bewust worden gemaakt en verwerkt worden. Als dat niet gebeurt, gaat het uitsluitend om behoeftebevrediging en ontbreekt het therapeutische proces waardoor de patiënte niet tot zelfstandigheid kan groeien (Boswijk-Hummel, 2005). Naast het onderscheid dat ik maak tussen de gebieden (emotioneel =overdracht en cognitief=projectie) waarop overdracht plaats kan vinden, maak ik nog onderscheid in interne overdracht en externe overdracht. Interne overdrachtsvormen hebben te maken met de interne beleving en waarneming van de patiënte (binnen wereld). Deze interne beleving manifesteert zich in deze casus als weerstand. De externe overdracht heeft te maken met emoties, gevoelens en cognities die zo onverdraaglijk (binnen in) zijn dat ze op het moment dat ze gevoeld zouden kunnen worden naar de buitenwereld verplaatst worden. Daardoor wordt in de buitenwereld, bij de therapeute, gezien en voor de therapeute voelbaar wat onverdraaglijk voor de patiënt is. Dat werd door het rapport in de relatie waargenomen door de dans- en bewegingstherapeute. Op emotioneel gebied noem ik dat fenomeen Somatic countertransference (SCT) zoals Vulcan (2009) heeft beschreven. Binnen het kinesthetisch waarnemingsproces neemt het een belangrijke rol in. In paragraaf 3.1.2 'Afstemming in de relatie' is daar over meer te lezen. Op cognitief gebied noem ik het fenomeen uitprojecteren zoals Boswijk-Hummel (2005, p. 84) dat in haar boek *Liefde in wonderland* heeft beschreven. Hieronder volgt een schematische weergave van hoe behoeftes en ontwikkeling samenhangen en welke rol overdracht daarin speelt.



Schematische weergave:
subcategorie *Overdracht*, pagina 28, paragraaf 3.1.4

De interne negatieve overdracht heeft zich in de vorm van weerstand laten zien (subcategorie weerstand). De interne overdracht die zich in weerstand manifesteert, gebeurde onder andere door de fenomenen *overdracht als verschuiving en projectie*. De terminologie overdracht als verschuiving gebruik ik volgens de definitie van de intersubjectiviteitstheorie. Volgens deze theorie wordt bij overdracht als verschuiving een oude ervaring, die opgedaan is in een bepaalde situatie in het verleden, overgedragen naar een actuele situatie. Daardoor wordt de ervaring van het actuele moment en daarmee gepaard gaande mogelijke actualisatie gehinderd. Desalniettemin is de overdracht in zijn context op zich wel van functionele aard (Jaenicke, 2006, p.179) en laat de staat van zijn van de patiënte zien. Met andere woorden : gevoelens van de eerder meegemaakte situatie worden op een andere actuele situatie overgedragen. Bij de patiënte wordt een prikkel getriggerd die tot activatie van het emotiegeheugen (Boswijk-hummel, 2005; Samaritter & Maagdenberg (2012) leidt en er komen oude overweldigende gevoelens op. Deze gevoelens worden op de huidige situatie overgedragen en negatieve aspecten van de vader worden op de dans- en bewegingstherapeute *geprojecteerd*. In de laatste fase van het proces legt de patiënte de verbinding tussen de huidige vermeende ervaring: gedwongen te zijn tot iets dat zij niet wilt, met de vroegere reële ervaring uit haar kindertijd: door haar vader gedwongen zijn tot incestueuze handelingen door middel van chantage . Dit inzicht helpt de patiënte de weerstand tegen de gestelde persoonlijke grens van de dans- en bewegingstherapeute te overwinnen en maakt plaats voor de aanvaarding van nieuwe ervaringen in het actuele moment die tot mogelijke actualisatie leiden.

De interne, positieve overdracht heeft zich voorgedaan op het moment dat er in het lichaam ontspanning en opening kwam en toenadering plaats vond. De vormverandering in het lichaam (paragraaf 3.1.3, subcategorie fysiek aspect) wijst erop dat de negatieve overdracht veranderd is in positieve overdracht. Er werd nu een "goede, ideale" ouderfiguur op de therapeute *geprojecteerd* en er werden positieve emoties opgewekt die tot naderen, oprichten en openen leidden. De negatieve overdracht ontstaat vanuit ervaringen van misbruik in de kindertijd met negatieve emoties en manifesteert zich in de vorm van weerstand. De positieve overdracht ontstaat vanuit het gemis van opvang, begrip, zorg, die met positieve emoties samengaan en zich manifesteren in nabijheid, openheid. De emotionele validatie van de dans- en bewegingstherapeute beantwoordt aan de behoefte aan begrip en zorg. Omdat het gemis bij deze patiënte erg groot is zal de genegenheid die daardoor opgewekt wordt tot *afhankelijkheid* leiden. Janssen (2009, p. 24) wijst erop dat het opsporen van positieve overdracht vaak moeilijker is omdat de mens toch een groot deel van het leven met

het najagen van een prettige emotie zoals bv. geluk en het vermijden van onprettige emoties zoals bv. verdriet bezig is (Damasio, 2003 In: Janssen, 2009). In deze samenhang wijst Boswijk-Hummel (2009, p.93-110) dat het belangrijk is om zowel de negatieve als de positieve overdracht weg te werken om de ontwikkeling van de patiënte te bevorderen. Door het wegwerken van beide vormen van overdracht op lange termijn zal er een gelijkwaardige en wederzijds respectvolle relatie ontstaan waarin ontmoeting kan plaatsvinden. In de ontmoeting kan de patiënt dan gebruik maken van de kennis en inzichten van de therapeute.

De externe, negatieve overdracht deed zich op twee verschillende manieren voor. Op cognitief gebied door het *uitprojecteren van eigen onverdraaglijke gevoelens* (Jeanicke, 2006, p.184; Boswijk-Hummel, 2005, p.84). Op emotioneel gebied deed zich de overdracht in de vorm van *somatic-countertransference* (SCT) voor. Omdat deze vorm van overdracht onbewust op lichaamsniveau gebeurt, zal ik dat binnen de subcategorie tegenoverdracht toelichten. Mede omdat het onbewust materiaal van de patiënte betreft dat door de dans- en bewegingstherapeute in het eigen lichaam waargenomen werd, zal ik de externe, negatieve overdracht in de subcategorie 'tegenoverdracht' toelichten. Pas de observatie en reflectie op het eigen lichaam van de dans- en bewegingstherapeute maakt het materiaal toegankelijk en wordt daardoor contained en begrepen. Hetgeen laat zien hoe nauw overdracht en tegenoverdracht met elkaar verweven zijn en elkaar beïnvloeden. Het volgende citaat van Vulcan (2009, p.275) vat het zojuist beschrevene samen:

“...the therapists’ awareness of their own body, of sensation, imagines, impulses and fantasies that offer a link to the client’s process and the intersubjective field (Orbach & Carroll, 2006, p. 64).” (...) this relational view, the therapist is seen as an active participant, whose responses, including the somatic ones, are all part of the therapeutic encounter...”

Tegenoverdracht

De materiële realiteit die door beiden, patiënte en dans- en bewegingstherapeute, gecreëerd wordt is in de dans- en bewegingstherapie zichtbaar in de intentie van de beweging (LMA = effort) en de vorm (LMA = shape) van het lichaam (LMA = Body) in de ruimte (LMA = Space). De bewogen dialoog (LMA = Relatie en Phrasering) is van buiten objectief te observeren (buitenwereld) en te beschrijven in de LMA terminologie (paragraaf 3.1.3). Terwijl tegelijkertijd de subjectiviteit (binnen wereld) van beiden aanwezig is waardoor de objectieve materiële werkelijkheid vorm krijgt. Patiënte en dans- en bewegingstherapeute zijn object en subject op hetzelfde moment. De volgende subcategorie begint met de externe, negatieve overdracht van de patiënte. Hetgeen door de dans- en bewegingstherapeute impliciet opgenomen en waargenomen wordt. In paragraaf 3.1.2 'kerncategorie afstemming in de relatie' heb ik het proces van afstemming op de patiënte al toegelicht. Vanuit dat standpunt bekeken ga ik de subcategorie tegenoverdracht toelichten en het begrip tegenoverdracht gebruiken om de subjectieve beleving en de objectieve observatie inzichtelijk te maken.

De externe, negatieve overdracht van de patiënte wordt door de dans- en bewegingstherapeute in vorm van tegenoverdracht in het eigen lichaam waargenomen of door objectieve observatie van de bewegingsdialoog. Het *uitprojecteren* van onverdraaglijke gevoelens betekent dat de patiënte het voelen van onverdraaglijke gevoelens afweert door te veronderstellen dat de therapeut deze onverdraaglijke gevoelens heeft en de patiënte nu meent voor de therapeute te moeten gaan zorgen (Boswijk-Hummel, (2007). In fase drie was dat van toepassing. Het waarnemen van “zich bekeken” voelen (schaamte) was voor de patiënte zo onverdraaglijk dat zij meende dat de dans- en bewegingstherapeute zich schaamde en zich “bekeken” voelde. Dat observeerde de dans- en bewegingstherapeute aan de hand van de vormgeving in het medium (space: front weg draaien, naast elkaar dansen) maar ook aan de hand van kinesthetische waarnemingen. Objectieve observatie van de materiële werkelijkheid aan de hand van de vormgeving in het medium. De observatie wordt verbaal geverifieerd over het eerder meegemaakte moment (nadere uitleg over vormen van verificatie in paragraaf 3.1.2). De patiënte legde uit dat zij dat deed omdat de dans- en bewegingstherapeute zich dan niet bekeken hoefde te voelen.

De tweede vorm van externe negatieve overdracht, *somatic-countertransference*, is volgens Dosamantes-Beaudry (1997, p. 522, In: Vulcan, 2009) een onderdeel van dat wat zij “somatic intersubjective dialogue” noemt. Het betekent dat er tussen patiënte en dans- en bewegingstherapeute een non-verbale uitwisseling op lichaamsniveau plaats vindt inclusief sensorische en kinesthetische sensaties, fysieke symptomen, veranderingen of verwringingen in het lichaamsbeeld en de interactie. Vaak wordt deze lichamelijke intelligentie of het lichamelijke begrijpen met “the knowing body” (Vulcan, 2009) betiteld. Vulcan (2009) haalt Racker’s onderscheiding in “hetzelfde” en “het tegenovergestelde” voelen als de patiënte voelt aan als onderscheidingsmogelijkheid in SCT. De dans- en bewegingstherapeute heeft beide verschijnselen ervaren. Uitgaande van het verschil in emotie en gevoel (Damasio, 2003) wordt dat aanschouwelijk. De emotionele

reactie (woede) komt bij de patiënte op als verweer tegen mogelijke dwang. Dat is in de vorm van weerstand te observeren. De dans- en bewegingstherapeute voelt vlak voor de sessie dat haar eigen gronding verzwakt doordat het gewicht stijgt (effort: weight – light). Uit ervaring weet de dans- en bewegingstherapeute dat haar lichaam in deze vorm reageert zoals zij met woede en agressie geconfronteerd is en haar lichaam met de emotie angst reageert. Omdat deze reacties instinctief zijn en door de evolutie bepaald haal ik de definitie van Damasio (2003, 2010) m.b.t. emoties aan om zo te verduidelijken dat deze lichamelijke reacties automatisch verlopen. In zijn definitie zijn emoties door de evolutie gevormd (genetisch bepaald), complexe en grotendeels automatisch verlopende handelingsprogramma's die begeleid worden door cognitieve programma's met bepaalde gedachten (Ideeën) en soorten cognities (gedachtegangen). Emoties bestaan voornamelijk uit processen die binnen het lichaam verlopen en betrekking hebben op mimiek, lichaamshouding en veranderingen binnen innerlijke organen. Op dat moment reageert het lichaam van de dans- en bewegingstherapeute (angst) met het tegenovergestelde van dat waarmee het lichaam van de patiënte (woede) reageert. Het voelen van het tegenovergestelde gebeurt op lichaamsniveau op emotioneel gebied. Het voelen van hetzelfde gebeurt op gevoelsniveau en heeft met de waarneming van hetgeen er in het lichaam gebeurt op het moment van emoties te maken. Damasio (2003, 2010) definitie van gevoelens of beter gezegd gevoelens van emoties zijn samengevoegde waarnemingen van dat wat er in het lichaam en de geest gebeurt wanneer er emoties zijn. Met het verschil: gevoelens zijn niet de waarneming van lichamen en cognitief aflopende processen zelf, maar de waarneming van deze processen in vorm van beelden. Kort samengevat betekent het dat emoties van buiten observeerbaar zijn en gevoelens alleen door het individu zelf waar te nemen zijn. Keulen (2007) legt de verbinding tussen dat wat Damasio (2003, 2010) achtergrondgevoelens noemt met de vitality affects van Stern (2011) en wijst erop dat juist de vitality affects in het medium te observeren zijn. Damasio (2003) zelf legt deze verbinding op pagina 344 van zijn boek *Ich fühle, also bin ich*. Op moment dat de dans- en bewegingstherapeute met de patiënte in gesprek gaat over dat wat er gaande is, komen er meer lichamelijke en kinestetische waarnemingen en veranderingen in het lichaamsgevoel van de dans- en bewegingstherapeute op. Het bewustzijn van deze waarnemingen gebeurt op gevoelsniveau en de dans- en bewegingstherapeute voelt hetzelfde als de patiënte. Let wel! Datzelfde voelen betekent in deze context dat het thema of materiaal het raakvlak/de verbinding vormt. Maar de beleving van het thema/materiaal is subjectief door de dans- en bewegingstherapeute waargenomen. De beleving van het materiaal/thema zal door de patiënte anders zijn waargenomen en beschreven als door de dans- en bewegingstherapeute. Maar het geeft wel een indicatie over de kern van het materiaal waarmee de patiënte in therapie komt en non-verbaal communiceert. De dans- en bewegingstherapeute is zich van deze gevoelsgevoelens bewust op lichaamsniveau terwijl de patiënte deze afsplitst en ze dus onbewust blijven. Vulcan (2009, p. 275) geeft hetgeen net uitgelegd is als volgt weer en refereert aan Bloom (2006), Dosamantes-Alperson (1984, 1987), Dosamantes-Beaudry (1997, 2007), Forester (2000, 2007), Lewis (1984, 1992), Shaw (2003, 2004a, 2004b) :

'...somatic countertransference is a significant to the therapeutic relationship as tool for understanding and managing the dynamics of the session and for enhancing the process of therapy...'

Op die manier vindt de externe, negatieve overdracht plaats. Deze gevoelens zijn dermate onverdraaglijk dat de patiënte deze afsplitst. Het lichaam van de dans- en bewegingstherapeute dient als ontvanger om het afgesplitste deel van de patiënte te containen (Vulcan, 2009). Op een abstract en lichamen niveau vindt communicatie over (trauma-)materiaal plaats. Om dit soort communicatie aanschouwelijk te maken heb ik in een latere reflectie op dat moment een bevriende kunstenaar, Martijn Lucas van Erp, gevraagd om mijn innerlijke beelden die toen op kwamen, aan de hand van mijn beschrijvingen en bewegingen in een tekening om te zetten. Deze is op de volgende pagina te zien en geeft de kern en stemming van de lichamelijke overdracht weer. Het beeld is in de bijlagen (bijlage 2) in A4 formaat te zien. Begeleidend heb ik mijn beschrijvingen gegeven, de beweging die mijn lichaam weergaf is in de tekening weergegeven.



'...ik voedel onrust, dat ik van iets doordrongen werd, mijn hele lichaam en persoonlijke ruimte werd binnengedrongen en doordrongen van verwarring, pijn, onrust, indringen, schril geschreeuw, wanhoop en nog veel meer, dat niet in woorden uit te drukken is... het voelde alsof ik achterwaarts aan het vallen was en er geen einde kwam, een eeuwige val....ik zie hoe vanuit mijn lichaam mijn persoonlijke ruimte barst...en het enige wat ik wil is dat het uit mijn lichaam verdwijnt...het moet eruit!...'

'... the therapist's body acts as a receiver that tunes into the unconscious of both participants in the process and becomes a medium of spoken and unspoken communication ...

(Bloom, 2006; Forester, 2000, In : Vulcane, 2009)'

Het einde van het citaat wijst al op de afweermechanismen van de dans- en bewegingstherapeute die op kwamen om zichzelf te beschermen tegen traumatisering en de patiënte tegen re-traumatisering. Deze externe en negatieve overdracht van (trauma-)materiaal, op lichaamsniveau gecommuniceerd, heeft behalve containing ook afweermechanismen bij de dans- en bewegingstherapeute opgeroepen. De dans- en bewegingstherapeute contains twee processen, haar eigen proces en die van de patiënte. Het betekent dat het medium (het lichaam van de dans- en bewegingstherapeute) helpt om inhoud te begrijpen die niet te begrijpen zijn en om daarin contact te kunnen maken met de patiënte. Verder laat het zien hoe essentieel het lichaamsbewustzijn van de dans- en bewegingstherapeute is om op een diep ervaringsniveau de patiënte te begrijpen en op lichaamsniveau onverdraaglijk materiaal te communiceren. Meekums (2007, In: Vulcan, 2009, p. 279) zegt dat met de volgende woorden:

'... to be able to attend to their insides (...) the active use of the body's wisdom in order to aim reflexive practice (...) to develop an awareness of the lived body, of subjectivity and intersubjectivity and of somatic intelligence (...) It might also assist in the development of the internalized supervisor (...) developing a capacity for creative "not knowing" and "linking" ...'

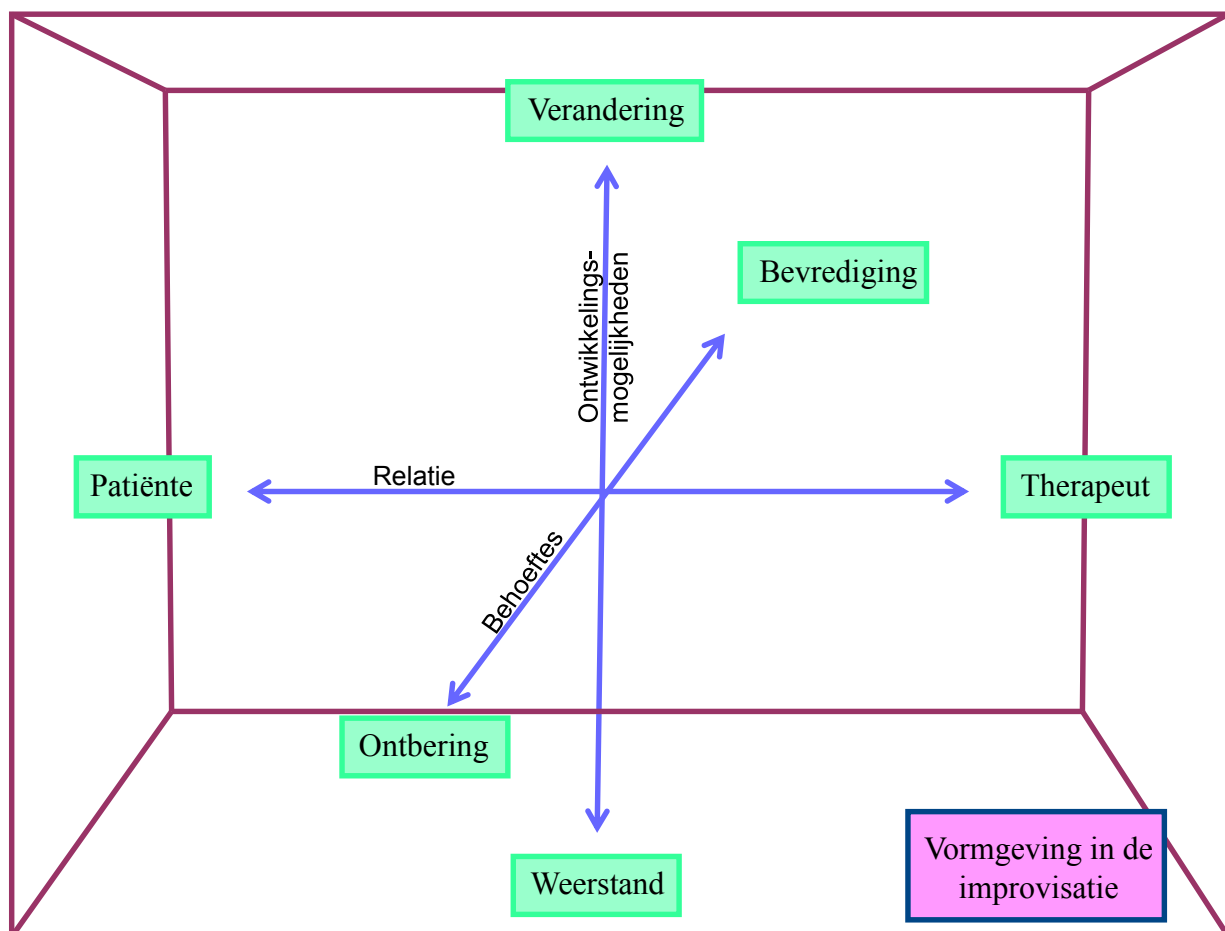
Boswijk-Hummel (2009,) wijst erop dat de therapeut er voor moet waken om in de relatie met de patiënt niet verstrikt te raken. Op het moment dat het emotiegeheugen geactiveerd wordt bij de patiënte en allerlei overdrachtsverschijnselen opkomen, is het taak aan de therapeute onafhankelijk te zijn en zelfstandig te blijven. De afhankelijkheid van de therapeut komt op wanneer eigen onverwerkte thema's geactiveerd worden in interactie met die van de patiënte en er geen bewustzijn over de verstriking in relatie bestaat. Het lichaamsbewustzijn en de subjectieve ervaring van het moment samen met de objectieve medium-observaties hebben het in deze casus de dans- en bewegingstherapeute mogelijk gemaakt om op momenten waarop verstriking dreigde blijven communiceren vanuit haar rol als therapeute. De dans- en bewegingstherapeute heeft de patiënte in deze ervaringen op een niet cognitieve maar wel onvoorwaardelijk, puur op ervarings- en lichaamsniveau ontmoet. Het impliciet begrijpen heeft in grote mate bijgedragen het misbruikte en ontkende kind in de patiënte te ontmoeten, te zien en deze pijnlijke, onverdraaglijke ervaring van de patiënte te getuigen. Hier is wel sprake van een proces dat de dans- en bewegingstherapeute heeft doorlopen tijdens het therapie proces van de patiënte en in retrospectie tijdens de analyse van het proces om deze ervaring ook op cognitief niveau te begrijpen.

3.2 Dimensies van de intersubjectieve ruimte

In deze paragraaf geef ik de samenhang tussen de kerncategorieën aan de hand van een schema weer. Vervolgens ga ik toelichten hoe het schema te lezen en te begrijpen is.

3.2.1 Schematische weergave kerncategorieën

In het schema is een ruimte te zien waarbinnen een bewegelijk driedimensionaal assenstelsel te zien is. Het assenstelsel geeft drie dimensies weer en zes polen. De drie dimensies staan rechthoekig ten opzichte van elkaar. Elke dimensie representeert het spanningsveld tussen de twee uiterste polariteiten. De verticale dimensie geeft de kerncategorie "Genese van het rapport" weer. Deze is beschreven in paragraaf 3.1.4. Aan de twee uitersten van de dimensie zijn de polariteiten --weerstand vs verandering-- te zien. Het spanningsveld er tussen in geeft de ontwikkelingsmogelijkheden weer. De horizontale dimensie geeft de Kerncategorie --Afstemming in de relatie-- weer. De twee uitersten van de dimensie geven de polariteiten patiënte en therapeut weer. Het spanningsveld tussen deze twee uitersten geeft de afstemming van de --therapeute op de patiënte-- aan. Hoe de afstemming gebeurt heb ik in paragraaf 3.1.2 uitgelegd. De sagittale dimensie geeft de kerncategorie --Richtinggevende behoeftes-- aan. De twee uitersten van de sagittale dimensie geven de polariteit --Ontbering vs. bevrediging-- weer. Het spanningsveld er tussen in geeft de behoeftes die richting aan het proces geven weer. Deze zijn in paragraaf 3.1.3 beschreven. De ruimte waarbinnen de drie dimensies (kerncategorieën) het spanningsveld van de intersubjectieve ruimte vormen, wordt door de vormgeving in de improvisatie objectief observeerbaar en subjectief ervaarbaar. Hoe deze zich heeft ontvouwd is in subcategorie 3.1.1 toegelicht.



3.2.2 Uitleg schema

Het schema geeft de drie dimensies en hun samenhang weer die binnen het proces van belang waren en hun wederkerige beïnvloeding. De beweging op al deze dimensies creëert de intersubjectieve ruimte waar ontmoetingsmomenten tussen patiënt en dans- en bewegingstherapeute plaats kunnen vinden. Stern (2010) beschrijft in zijn boek *Der Gegenwartsmoment* hoe het tot veranderingsprocessen in psychotherapie komt. Hij schrijft dat in het Gegenwartsmoment ontmoetingsmomenten plaats vinden die tot veranderingen leiden. Daarbij is het belangrijk dat bepaalde factoren samenkomen die tot een of meerdere ontmoetingsmomenten in het hier en nu leiden. De data-analyse heeft drie dimensies en zes polariteiten naar voren gebracht die binnen dit dans- en bewegingstherapeutisch proces bijdroegen om ontmoetingsmomenten in het hier en nu te creëren. De ontmoetingsmomenten vonden binnen de intersubjectieve ruimte plaats. Om de intersubjectieve ruimte te creëren stemt de therapeut in de relatie op de behoeftes van de patiënte af. Deze kunnen op verschillende gebieden liggen (sociaal, expressief of fysiek) en veranderen gedurende het proces. In de dans- en bewegingstherapie kunnen de behoeftes verbaal besproken zijn of via het bewegingsmateriaal/vitaliteitsdynamiek (Stern, 2011) van de patiënte geobserveerd en non-verbaal gecommuniceerd worden. De vormgeving in de improvisatie was met name gericht op het sociale aspect. Dat kwam in bewegingsthema's naar voren. Zoals ik al in de kerncategorie 'behoeftes' heb uitgelegd leidt het ontberen van behoefte bevrediging tot stagnatie in de ontwikkeling. Meestal komen mensen in therapie omdat zij pijn ervaren en behoeftes hebben die voorheen niet konden worden vervuld (Boswijk-Hummel, 2005). De vroegere ervaringen die de behoeftevervulling en vervolgens ontwikkelingskansen in de weg stonden zijn in de actuele therapeutische relatie niet aan de orde. Als het lichaam in de improvisatie in beweging komt kan via de beweging onmiddellijk het impliciete lichaams-geheugen geactiveerd worden (Samaritter & Maagdenberg, 2012). Waardoor gevoelens uit vroegere ervaringen in de actuele situatie geactualiseerd kunnen worden. In de non-verbale bewegingsrelatie kunnen deze inhouden dan onder andere via somatic-countertransference worden gecommuniceerd. De therapeute stemt ook hier weer af op de actuele behoefte van de patiënte. In het proces is de behoefte op een gegeven moment verschoven naar het fysieke aspect in de vorm van weerstand. In de dans- en bewegingstherapie kan weerstand in shapeflow (Janssen, 2009) geobserveerd worden. In de beweging is dat te zien aan het lichaam dat zich sluit en terugtrekt. Hetgeen afsluiting of bescherming zou kunnen betekenen. Hoe zich deze communicatie ontvouwd heb ik in paragraaf 3.1.4 'Genese' van het rapport gedetailleerd beschreven. Hier deed zich dus een ontwikkelingskans voor. Er werden behoeftes geraakt die lang verhuld lagen. Op het moment dat een lang ontbeerde behoefte zou kunnen worden vervuld zou dat met het bewust worden van de pijn van de ontbering gepaard gaan. Het "doorvoelen" van de vroegere ontberingspijn in de actuele veilige relatie zou tot vervulling kunnen leiden en de ontwikkeling mogelijk bevorderen. Ook hier stemt de therapeute op de actuele behoefte van de patiënte af. weerstand wordt hier niet onafhankelijk van de therapeute gezien. De therapeut heeft evenveel invloed op het ontstaan van rapport als de patiënten. Het afstemmen door de therapeute op de weerstand van de patiënte in het fysieke aspect maakt de omgang met en het loslaten van weerstand mogelijk dat tot veranderingen in richting van het andere pol zou leiden. De ontwikkelingskansen liggen hier aan beide uitersten van de relatie, de patiënte en de therapeute. In mijn opvatting kan hetgeen er in een therapeutisch proces gebeurt niet onafhankelijk van de therapeute worden gezien. De ontwikkelingskansen liggen in de intersubjectieve ruimte die door beiden gecreëerd wordt. Waarbij wel het therapeutische proces van de patiënte centraal staat en diens behoeftes zijn richting gevend. De ontwikkeling aan de kant van de therapeut heeft betrekking op de persoonlijke professionele ontwikkeling. In mijn geval werd dat duidelijk onder ander door het afweren van somige somatic countertransference. Tom Warnecke (2008) schrijft in deze samenhang: '...The therapists' integrative journey is a journey towards integrity (...) It is a passage of finding ways to exist and work which support our unrestricted engagement in the therapeutic relationship and which best facilitate the flow of transitional phenomena and somatic states of relatedness which may transform our client's inner world...'. De relatie tussen therapeut en patiënte biedt het draagvlak voor het ontstaan van het rapport. Binnen het rapport liggen de ontwikkelingskansen aan de hand van bewustwording over eigen behoeftes en ontberingspijn, dat tot veranderingen in de psychische structuren zou kunnen leiden. In de dans- en bewegingstherapie biedt de improvisatie in het medium de mogelijkheid om de intersubjectieve ruimte tussen therapeut en patiënte tegelijkertijd objectief en subjectief te ervaren. Het bewust worden en veranderen vind via de intersubjectiviteit plaats.

Het laatste hoofdstuk staat voor de laatste fase in het onderzoeksproces, de integratie waarin ik alles bij elkaar breng. Ik begin met de beantwoording van de centrale vraagstelling door middel van de subvragen waarin ik de resultaten (hoofdstuk 3) interpreteer. Met het beantwoorden van de centrale vraagstelling ga ik over naar de reflectie op het onderzoek en kijk of het doel bereikt is. Tot slot maak ik van daaruit aanbevelingen voor de praktijk, beroepsontwikkeling en vervolgonderzoek.

4.1 Beantwoording van de subvragen

Of ik met dit onderzoek de centrale vraagstelling van het onderzoek kon beantwoorden of niet geef ik in dit hoofdstuk weer. De subvragen waren daarbij hulpmiddel om de hoofdvraag te kunnen beantwoorden. Deze ga ik eerst beantwoorden en deze zullen leiden naar de beantwoording van de centrale vraagstelling. De eerste vraag die ik me ging stellen was:

Wat gebeurde er letterlijk in het medium?

Tijdens de behandeling handelde de dans- en bewegingstherapeute in het moment en stond de improvisatie centraal. Na elke sessie werden er zowel gegevens over het medium, de patiënte en de dans- en bewegingstherapeute gedocumenteerd. Dat werd gedaan aan de hand van de creatief therapeutische driehoek (Smeijsters, 2008). De analyse van het leerprocesverslag gaf een duidelijk beeld van de vormgeving in het medium, de fasering in het proces en welke behoeftes van de patiënte leidend waren in de improvisatie. Medestudent Leonie Jürgens hielp me tijdens de reflectiefase om de resultaten in juiste dans-therapeutische vaktermen weer te geven. In paragraaf 3.1.3 'Richting gevende behoeftes' en 3.1.1 'Vormgeving in het medium' zijn deze gedetailleerd beschreven en met literatuur onderbouwd. De resultaten legde ik vervolgens aan experts voor. Hun mening ga ik hier aan de resultaten uit de data-analyse koppelen.

Ik ben er achter gekomen dat de behoeftes van de patiënte met name in het sociale aspect van dans naar voren kwamen. De sociale behoeftes kregen vorm aan de hand van bewegingsthema's in de improvisatie. Met name de behoefte om "zich verbonden te voelen" was belangrijk voor de patiënte. Het aansluiten op de behoeftes van de patiënte bood ontwikkelingsmogelijkheden om haar eigen bewegingsrepertoire te verkennen, te exploreren en de ervaring van "verbondenheid voelen" op lichamelijk niveau. De behoeftes die tijdens het proces richtinggevend waren zijn beschreven in paragraaf 3.1.3. Chambart en Geest (2006) schrijven in deze context dat de eigen identiteit via de vormgeving van het bewegingsmateriaal/ vitaliteitsdynamiek kan worden ervaren en waargenomen. Zij gaan ervan uit dat de expressie van het eigen bewegingsmateriaal analoog is aan de psyche. Hetgeen betekent dat vormgeving van het eigen bewegings-materiaal/vitaliteitsdynamiek laat zien "wie je bent, hoe je communiceert en hoe je voelt". Zij concluderen dat via veranderingen in het bewegingsmateriaal/vitaliteitsdynamiek verandering in de psyche teweeg gebracht wordt. Hetgeen aansluit op datgene wat de data-analyse van deze casus heeft voortgebracht.

De vormgeving is gekenmerkt door het dans element Ruimte en Lichaam. Werken met het dans element ruimte betekend onder andere werken met het thema grenzen en relatie. In de vormgeving werd er letterlijk veel met ruimtelijke grenzen gewerkt en stond de relatie tussen de twee betrokkenen centraal. Van een gezamenlijke ruimte waarin beiden bewogen tot iedereen bewoog in zijn eigen ruimte. Hier komen ervaringen als "een eigen ruimte hebben" en "respecteren van grenzen" aan de orde. Het thema grenzen is een cruciaal thema bij deze doelgroep. Door het werken 'in' het medium bracht de improvisatie onmiddellijk het thema ruimte m.b.t. "grenzen in relaties" voort. Deze thema's waren in de non-verbale communicatie voor de vormgeving in het medium leidend. Verder heeft de analyse laten zien dat in het proces vijf fasen doorlopen zijn. Elke fase heeft drie sessies geduurd waarin telkens de focus op een ander aspect rond het thema grenzen en relatie lag. Het proces heeft er toe geleid dat de patiënte verschillende nieuwe en ontwikkelingssteunende ervaringen rond de thema's grenzen en relatie kon op doen. Nadat ik nu een beeld over de vormgeving van het medium duidelijk had verkregen, kwamen andere vragen op...Waarop heb ik mijn keuzes voor interventies bepaald, terwijl ik de beweging en het lichaam van de patiënte niet kon zien? Om daar antwoord op te kunnen geven moest ik eerst achterhalen wat ik heb geobserveerd. Als ik weet wat ik heb geobserveerd kan ik makkelijker zeggen hoe ik heb geobserveerd. Met dit antwoord zou ik vervolgens de vraag kunnen beantwoorden hoe ik mijn interventies heb bepaald. De leidende vraag was als volgt:

*Hoe wordt geobserveerd en de keuze voor het soort interventie
en het moment van interveniëren bepaald?*

Deze vraag kon ik beantwoorden door de analyse van het leerprocesverslag nog eens te herhalen maar dan gericht te kijken na de observaties en interventies. Daarnaast had ik steun aan het gesprek met medestudent Simone Willems met het reflecteren op de resultaten. De literatuurstudie hielp me verder met het vinden van theoretische begrippen om mijn handelen theoretisch te onderbouwen. Daardoor kon ik ook deze vraag beantwoorden. Het kinesthetisch waarnemingsproces (Keulen, 2007) neemt een belangrijke plaats in het gehele therapieproces in. Het betekent dat de dans- en bewegingstherapeute al haar kanalen opent om informatie vanuit de patiënte komend op te nemen. Deze worden dan vervolgens gedoseerd en geselecteerd weergegeven of ingezet om de richting van het proces te kiezen. Observaties voortkomend uit het kinesthetisch waarnemingsproces vormen de basis voor het plegen van interventies. In paragraaf 3.1.4 'Genese van het rapport' laat de subcategorie overdracht en tegenoverdracht een aspect van het kinesthetisch waarnemingsproces gedetailleerd zien. Namelijk de nonverbale communicatie tussen patiënte en dans- en bewegingstherapeute. Verder heb ik ontdekt dat behalve de activiteit observeren en interveniëren nog een derde activiteit een rol speelde bij het bepalen van interventies. Namelijk het verifiëren van observatie en interventies. Het verder inzoomen op de verificatie heeft laten zien dat er verschillende mogelijkheden zijn om te verifiëren. Deze heb ik in paragraaf 3.1.2 beschreven. Verificatie kan zowel non-verbaal als verbaal gebeuren. In het proces stond met name het verifiëren in het heden centraal. Deze drie activiteiten, observeren – interveniëren – verifiëren, staan niet los van elkaar. Zij vormen een cyclus en wisselen elkaar voortdurend af. Deze cyclus is uitvoerig toegelicht in paragraaf 3.1.2 'Afstemming in de relatie'. De afstemming in de relatie draagt bij aan het bepalen van het moment waarop de dans- en bewegingstherapeute interventies pleegt en de keuze voor het soort interventies. In deze casus stonden met name de non-verbale interventies en zowel subjectieve als objectieve observatie centraal. Verder heb ik ontdekt dat ik met principes van de dialectiek volgens de Linehan methode (Linehan, 2002) werk. Deze principes, bv. het emotioneel en cognitief valideren, hielpen me om met de weerstanden die bij de patiënte opkwam om te kunnen gaan, ze te aanvaarden en te begrijpen. Nadat ik voor mijzelf kon beantwoorden wat er was gebeurd, en hoe ik geobserveerd en geïntervenieerd heb, viel me op dat de relatie tussen patiënte en dans- en bewegingstherapeute in alle antwoorden terugkwam. Dat gaf me aanleiding om me af te vragen wat er nu was met de relatie? Met het stellen van de onderstaande vraag ging ik daarnaar op zoek.

Welke rol speelt de therapeutische relatie en hoe ontstaat de relatie?

Om de antwoorden te vinden op deze vraag ging ik op zoek in het leerprocesverslag. Wederom dook ik de ruwe data in en ging coderen en de begrippen aan de hand van literatuurstudie onderbouwen. Daardoor kwam ik erachter dat de relatie een centrale rol in de behandeling innam. Met de eerste twee subvragen wist ik nu dat, en op welke manier ik in de relatie op de behoeftes van de patiënte afstemde. Deze kregen dan door beiden via de improvisatie in het medium vorm. Ik heb ontdekt dat de therapeutische relatie onder andere twee belangrijke functies vervult: non-verbale communicatie en draagvlak voor ontwikkeling.

Ten eerste, er wordt non-verbaal op lichamenlijk niveau gecommuniceerd. Dat gebeurt aan de hand van verschillende overdrachtvormen. Daarbij heb ik ontdekt dat overdracht op emotioneel en op cognitief gebied kan gebeuren. Op beide gebieden kan de overdracht ook intern of extern van aard zijn. Voor gedetailleerde uitleg verwijs ik naar paragraaf 3.1.4 'Genese van het rapport'. Daarbij viel me op dat ik overdracht impliciet volgens de principes van de intersubjectiviteitstheorie opvat, in de zin van dat hetgeen de patiënte non-verbaal of verbaal communiceert de "staat van zijn" laat zien. Ik stem met Jeanick (2006) overeen dat overdracht niet onafhankelijk van de therapeut kan worden bekeken. Aan mijn kant van de relatie heb ik mee vorm gegeven door bewust te kiezen hoe ik reageer en waarop ik reageer. Ik heb ontdekt dat ik als dans- en bewegingstherapeut erin opgeleid ben mijn lichaamsbewustzijn steeds te blijven ontwikkelen en in te zetten om te begrijpen wat de patiënte communiceert. Door de literatuurstudie begreep ik dat deze vorm van communicatie met het begrip somatic- countertransference (Vulcane, 2009) omschreven wordt. Tijdens het proces was mijn lichaamsbewustzijn een belangrijke steun om niet verstrikt te raken in de psychische structuren van zowel patiënte als collega's die bij de behandeling betrokken waren. Verder hielp het me om ervoor te waken vanuit mijn tegenoverdracht te handelen en begrip voor de patiënte te ontwikkelen. De analyse heeft me daarnaast laten zien hoe mijn eigen afweermechanismen werken. De momenten waarop mijn lichaam met afweer reageerde, heb ik tijdens het analyseproces nog meer toe kunnen laten en zien/voelen wat er gecommuniceerd werd. Daardoor ben ik tot een nog dieper begrip voor deze patiënte en mensen met een vroegkinderlijke seksuele misbruiks-ervaring gekomen. Uitvoerig uitleg met voorbeelden uit de praktijk en

theoretische onderbouwing van deze begrippen en hun samenhang geef ik in paragraaf 3.1.4 'Genese van het rapport' weer.

Ten tweede heb ik ontdekt dat de relatie een draagvlak biedt voor ontwikkelingskansen van beide zowel patiënte als dans- en bewegingstherapeute. Merk op! de ontwikkeling van de patiënte staat centraal en diens behoeftes geven richting aan het proces, niet die van de therapeute. Door de intersubjectiviteit in het dans- en bewegingstherapeutische proces was de aandacht niet uitsluitend op non-verbale signalen gericht die cognitief gereflecteerd werden. Het therapeutische proces heeft in de non-verbale relatie in het moment plaats gevonden (Samaritter & Maagdenberg, 2012; Stern, 2010). De non-verbale intersubjectieve ruimte waarin het rapport door beiden gecreëerd werd biedt het draagvlak voor veranderingen (herstructurering) in de psychische structuur en lichaamsgeheugen. Dat proces voltrekt zich via de waarneming van het gevoel en het ontwikkelen van het bewustzijn voor deze waarnemingen (Damasio, 2003, 2010). Hierover is meer te lezen in paragraaf 3.1.4 alinea 'Weerstand'. Met het beantwoorden van deze vraag kon ik nu ook beantwoorden welke rol de relatie speelde. Ik begreep dat het ontstaan van rapport door een wederkerigheid in de actuele relatie en via overdracht en tegenoverdracht gebeurt. Dit inzicht was de aanleiding om me af te vragen welke invloed mijn persoonlijke professionele ontwikkeling en mijn levensloop op de creatie van het rapport en de vormgeving ervan in het medium had. Met de volgende vraagstelling ging ik op zoek naar antwoorden.

Welke invloed had mijn eigen persoonlijke professionele ontwikkeling op het proces?

Deze vraag kon ik deels beantwoorden door de resultaten in hoofdstuk 3 en deels door de mening van de experts op de resultaten. Aan de hand van de kerncategorieën is me overkoepelend opgevallen dat verschillende aspecten van de persoonlijke professionele ontwikkeling van invloed waren op het proces. De kerncategorieën laten overkoepelend zien dat met name de zelfkennis van de dans- en bewegingstherapeute van invloed was.

Ik heb ontdekt dat de structurering van het medium en mijn vitaliteitsdynamiek (Stern, 2011) invloed hadden op het proces. De vitaliteitsdynamiek, vertaald naar danstherapeutische termen, voldoet aan de term bewegingsrepertoire. Deze term zal ik voortaan gebruiken. Door mijn bewegingsrepertoire voelde de patiënte meer verbinding. De behoefte om "zich verbonden te voelen" was voor de patiënte belangrijk en komt in de vormgeving van het medium en de centrale behoeften terug. Naast het bewegingsrepertoire waren ook de inzichten in eigen emoties/gevoelens en overtuigingen van invloed op het proces. In paragraaf 3.1.4 'Genese van het rapport' wordt het in termen van de (tegen-) overdrachtsrelatie duidelijk. Met name het lichaamsbewustzijn komt in de analyse naar voren. Via het lichaamsbewustzijn is het herkennen en hanteren van somatic- countertransference mogelijk en het waarnemen van de eigen intuïtie. Daardoor werd duidelijk dat de intuïtie van invloed was op het proces. Het volgende citaat van Schmidt (2014) geeft het mooi weer: '...it doesn't matter if you understand it. you are following your intuition. Which is the important thing. If you are in touch with yourself you might be feeling what is right or wrong. Than you'd be following the right course. which is what you did, it was instinctively the right thing to do...'. In zijn uitspraak wordt ook duidelijk dat het voorwaarde is om met zichzelf in contact te staan om zijn intuïtie waar te kunnen nemen. Mijns inziens is het lichaam de plek waar je met jezelf in contact kunt zijn en waarin je bij het bewustzijn van je lichaam komt. Janssen (2009, p. 23) omschrijft juist het tegenovergestelde als kenmerk om het handelen vanuit de tegenoverdracht te herkennen. Zij benoemt het moment waarop de therapeut zijn eigen lichaam en beweging niet meer waarneemt als het moment dat je vanuit de tegenoverdracht handelt. Tijdens het proces en uit de analyse blijkt dat juist het voelen van mijn eigen lichaam en beweging me steunden om in moeilijke situaties met mezelf en de patiënte in contact te blijven en niet hierin verstrikt te raken. Op momenten waarop de tegenoverdracht sterk was wist ik dat ik los moest laten en me op de objectieve observatie te oriënteren. Mijn lichaamsbewustzijn en vaardigheid om onderscheid te kunnen maken tussen subjectieve en objectieve observaties hielpen me om op momenten waarin ik dreigde in de psychodynamiek van de patiënte verstrikt te raken net de stap terug te doen. Daardoor handelde ik niet vanuit mijn tegenoverdracht en bleef ik onafhankelijk om niet verstrikt te raken met de patiënte of collega's (Boswijk-Hummel, 2005).

4.2 Beantwoording van de centrale vraagstelling

Hoe komt het tot de veranderingen bij een volwassen, vrouwelijke patiënte met een dissociatieve identiteitsstoornis en comorbiditeit met een Borderline Persoonlijkheidsstoornis in het ambulante dans- en bewegingstherapeutisch proces?

Zoals ik in de aanleiding- en fenomeenbeschrijving (hoofdstuk 1) van het onderzoek al beschreef, had ik het vermoeden dat de non-verbale, subjectieve interactie tussen twee betrokkenen een belangrijke factor in een

therapeutisch veranderingsproces speelt. Met dit onderzoek is mijn vermoeden bevestigd. Naast de bevestiging van mijn vermoeden heb ik ontdekt dat niet alleen de interactie maar ook de lichamelijke en ruimtelijke vormgeving van deze interactie een belangrijke rol speelt.

Het onderzoek heeft aangetoond dat de veranderingen bij de vrouwelijke, volwassen patiënte met een dissociatieve identiteitsstoornis en comorbiditeit met een borderline persoonlijkheidsstoornis in het ambulante dans- en bewegingstherapeutische proces door de lichamelijke en ruimtelijke vormgeving van de relatie in de bewegingsimprovisatie tot stand zijn gekomen. In het proces zijn er vijf fasen doorlopen met telkens cruciale momenten die mijlpalen in het proces vormden.

In hoofdstuk 3 'Resultaten' zijn de vier kerncategorieën uiteen gezet die bijgedragen hebben aan het tot stand komen van de intersubjectieve ruimte waarin patiënte en dans- en bewegingstherapeute elkaar konden ontmoeten. Elke kerncategorie vertegenwoordigt een van de drie beweeglijke dimensies met zijn twee polen. Het spanningsveld dat tussen de zes polen wordt opgebouwd ontvouwt de intersubjectieve ruimte waarin stagnatie of verandering in de ontwikkeling kan plaats vinden, zowel aan de kant van de patiënte als bij de dans- en bewegingstherapeute. Verder heeft het onderzoek laten zien dat er meerdere momenten in het proces waren waarin ontmoeting heeft plaats gevonden tussen patiënte en dans- en bewegingstherapeute. Deze momenten vormen kruispunten waarin de intrapsychische herstructurering van de patiënte plaats heeft gevonden in het kader van de intersubjectieve ruimte. Herstructurering vindt via het "waarnemen van gevoelens" (Damasion, 2003, 2010, p. 122 – 123) in het moment plaats, je zou het ook actualisatie kunnen noemen. Actualisatie in de zin van dat je bewustzijn in de tegenwoordige tijd belandt en op het gevoelde waarnemen van je lichaam gericht is. Stern (2010) schrijft dat de therapeut ontmoetingsmomenten creëert door bijvoorbeeld iets te duiden. Voor mijn idee houdt dat in dat de patiënte de therapeute volgt en de ontmoeting plaats vindt op het moment dat de therapeute zijn eigen systeem opent. Daar ben ik het deels mee eens. In mijn onderzoek van deze casus heb ik ontdekt dat ik eigenlijk aan het wachten was op het moment waarop het systeem van de patiënte bereid was voor een ontmoeting. Vervolgens was het zoeken naar het gebied waarop de opening van het systeem te liggen kwam. Had het systeem van de patiënte steun nodig op lichamelijk, cognitief of gevoels-gebied tijdens de herstructurering. Afhankelijk van waar en wanneer de opening heeft plaatsgevonden werd het soort interventie bepaald aansluitend op de behoefte van de patiënte. Doordat de interventie juist op het moment van opening heeft plaats gevonden ontstond er verwarring/verassing doordat er "iets" nieuws dat voorheen onbekend was gezien en toegelaten werd. Volgens Stern (2010) is dat het moment waarop de patiënte in de actuele situatie in crisis belandt omdat zich lichaam, geest en ziel actualiseren. Hieronder zal ik in gaan op de mijlpaal-momenten in het proces. Deze beschrijf ik aan de hand van mijn eigen interpretaties van de casus en betrek de expertenmeningen erbij.

Begrijpen en laten controleren

De vormgeving van de relatie heeft voornamelijk in een non-verbaal proces via improvisatie in de dans plaats gevonden. De vrijheid van de improvisatie heeft er toe geleid dat de "staat van zijn" van de patiënte vorm kreeg en geactualiseerd werd. De "staat van zijn" bevat de psychische structuur van de patiënte en brengt deze via het bewegingsmateriaal tot uitdrukking (Chambart en Geest, 2006). Het bewegingsmateriaal liet zien en verwees naar de behoeftes die bij de patiënte op de voorgrond stonden om tot ontwikkeling te komen. De dans- en bewegingstherapeute stemde in de relatie met haar eigen bewegingsmateriaal af op het bewegingsmateriaal van de patiënte. Via het kinesthetische waarnemingsproces (Keulen, 2007) begreep de dans- en bewegingstherapeute langzamerhand de psychische structuren en patronen van de patiënte. Om u als lezer een idee te geven hoe deze waarneming zouden kunnen voelen: stelt uw zich voor dat iemand anders u in de ochtend aan zou kleden en dat, wanneer uw ogen gesloten zijn. U zou onmiddellijk opmerken dat u door iemand anders wordt aangekleed dan door uzelf. Dat heeft er niet uitsluitend mee te maken dat u het niet ziet maar vooral omdat u het verschil voelt. Bijvoorbeeld aan de kracht en het tempo of de volgorde van kledingstukken hoe u aangekleed wordt. Dat is een voorbeeld van kinesthetische waarneming. In de dans- en bewegingstherapie wordt op die manier de "staat van zijn" van de patiënte in kaart gebracht. De dans- en bewegingstherapeute streeft ernaar de patiënten op een lichamelijk en een ervaringsgericht niveau te begrijpen. Via het ontvangen en analyseren van hoe de manier van benadering plaats vindt, biedt de dans- en bewegingstherapeute respons in de interactie. In paragraaf 3.1.2 'Afstemming in de relatie' zijn de activiteiten beschreven, die de dans- en bewegingstherapeute ondernam om tot begrip van de patiënte te komen. In deze fase van aftasten ontstond veiligheid in de relatie. De patiënte heeft in haar vroege kindertijd ervaringen van seksueel misbruik opgedaan. Het effect van deze ervaring heeft in de dans vorm gekregen via het element ruimte. Dat werd onder andere zichtbaar in de manier van afstand en nabijheid zoeken in de relatie ten opzichte van de dans- en bewegingstherapeute. De patiënte had een extern locus of control (Plouvier, 1996). Dat betekent dat de patiënte haar gevoel voor veiligheid voornamelijk eraan ontleende de omgeving te controleren.

Zij had de overtuiging afhankelijk te zijn van hetgeen buiten om haar heen is en er amper invloed op te kunnen hebben. Dat is een cognitief-gedragstherapeutische benadering. De patiënte controleerde de dans- en bewegingstherapeute onder andere door de voorwaardelijke afspraak dat ze niet mocht worden gezien. De dans- en bewegingstherapeute liet zich controleren om de patiënte te begrijpen en aan het gevoel van veiligheid te voldoen. De psychodynamiek van de patiënte die zich voordeed, werd door de dans- en bewegingstherapeute impliciet begrepen aan de hand van het kinesthetisch waarnemings-proces en LMA observaties. Mensen met vroegkinderlijke ervaringen van seksueel misbruik hebben het nodig controle te mogen hebben over hun omgeving. Vroeger hadden ze nooit controle of invloed kunnen nemen over/op hun misbruikende omgeving (Schmidt, 2014). De symboliek in de vormgeving van het medium laat "The mother's blind eyes" zien. Het betekent dat bij incest sprake is van twee delicten die plaats vinden. De vader die het kind misbruikt en de moeder die het niet ziet of niet wilt zien/weten wat er met het kind gebeurt. In die zin dat de moeder niet wil zien omdat zij het zelf niet aankan. Het niet gezien worden door de moeder voelt als misbruik. Het kind wordt twee keer slachtoffer van twee daders. De blinde ogen van de moeder kregen vorm door het achter elkaar dansen. De dans- en bewegingstherapeute zag letterlijk de patiënte niet. In deze dynamiek was de dans- en bewegingstherapeute de moeder die niet zag en de patiënte zelf die niet gezien en geholpen werd door de moeder (Schmidt, 2014). Op "zijns niveau" wordt de patiënte in haar esstieel "staat van zijn"afgewezen.

Uitstappen

Met vordering in het proces ervoer de dans- en bewegingstherapeute een onaangename verandering in de manier waarop de patiënte haar van achter naderde (paragraaf 3.1.3 'Richtinggevend behoeftes', alinea expressieve aspect). Schmidt (2014) die de resultaten bekeek en de onbewuste psychodynamiek in de overdrachtsrelatie analyseerde, vermoedde dat dit moment in het proces tot reactivatie bij de patiënte heeft geleid. In deze dynamiek was de dans- en bewegingstherapeute de patiënte in de vorm van het vrije kind. Het onschuldig dansende meisje. Dat was te zien in de bewegingsexpressie van de dans- en bewegingstherapeute. Tegelijkertijd was er gevaar waar te nemen in de toenaderingsbeweging van de patiënte naar de dans- en bewegingstherapeute toe. In deze dynamiek is de patiënte de misbruikende vader. Het onschuldige kind weet niet wat de vader doet en begrijpt het ook niet. Uitgaande ervan dat de misbruikhandeling mogelijk van achteren heeft plaats gevonden. Om verder voor veiligheid te zorgen gaf de dans- en bewegingstherapeute haar persoonlijke grens aan. Zij wilde niet meer de beperking van het niet mogen zien op zich nemen en zich te laten controleren door de patiënte.

weerstand komt op

Het stellen van de persoonlijke grens van de dans- en bewegingstherapeute leidde tot een heftige affectieve reactie bij de patiënte. De heftige affectieve reactie van de patiënte laat zich verklaren als er gekeken wordt naar de effecten van langdurig vroegkinderlijk seksueel misbruik. Het lijkt inherent aan de doelgroep van langdurig seksuele misbruikservaring in de kindertijd dat mensen met deze ervaringen tegenwoordig snel dingen die gezegd of gedaan worden opvatten als misbruik of dwang. Schmidt (2014) definieert traumatisering door seksueel misbruik als de "penetration of body and mind". Hij legt uit dat met name bij seksueel misbruik niet alleen het lichaam gepenetreerd wordt maar ook de geest. De geestelijke traumatisering gebeurt doordat het kind niet begrijpt wat de vader doet, en soms kan er plezier bij beleefd worden. Het plezier wordt beleefd omdat het kind de liefde en aandacht krijgt die het hard nodig heeft en omdat het verteld wordt dat het gebeurt omdat de vader zo van het kind houdt. Daardoor voelt het kind zich belangrijk. Deze ervaring is heel erg verwarrend voor het kind omdat het natuurlijk niet de liefde en aandacht krijgt die het echt nodig heeft om te kunnen ontwikkelen. Verder legt Schmidt (2014) uit dat in sommige gevallen ook fysiek plezier aan het misbruik ervaren wordt door het kind. Dat brengt het kind ertoe om daarnaar op zoek te gaan omdat het geen andere manier kent om liefde, aandacht en plezier met iemand te beleven. Het is er aan gewend om via deze weg liefde en aandacht te krijgen. Daarna voelt het kind zich verschrikkelijk schuldig en de misbruikende vader vertelt dan dat het geen misbruik was omdat het kind erom vroeg. Deze ervaringen zijn verwarrend en verschrikkelijk voor het kind en er ontstaat geestelijke traumatisering. In deze casus hebben de ervaringen van seksueel misbruik door de vader in de vroege kindertijd tot het splijten van haar geest gezorgd. Deze splitsing heeft geleid tot het ontwikkelen van een dissociatieve identiteitsstoornis en comorbiditeit met borderline persoonlijkheidsstoornis.

Op moment dat de dans- en bewegingstherapeute haar persoonlijke grens ging stellen kwam het gevoel van afwijzing op en de angst het gevoel der verbondenheid te verliezen. Deze interpretatie baseer ik opdat de patiënte op dat moment aan het wisselen was tussen woede en het er niet mee eens zijn vs verdriet en bang zijn dat de dans- en bewegingstherapeute niet meer met haar verder zou willen werken. Gedurende het onderzoeksproces begreep ik onder andere door het omzetten van de SCT (paragraaf 3.1.4, alinea

'Tegenoverdracht') in beweging en vervolgens door deze visueel vorm te laten geven in een tekening, het gevoel van afwijzing van de patiënte op lichamelijk niveau. Ik kon het gevoel zelf meer toelaten en begreep de diepte van het proces toen. Ik interpreteer dat moment als het herinneren aan het gevoel afgewezen te zijn en totaal verkeerd begrepen en onbeantwoord te zijn in de behoefte na onvoorwaardelijke, zuivere liefde en aandacht van het hart. Deze ervaring van onvoorwaardelijke, zuivere liefde creëert mijns inziens het gevoel verbonden en gezien te zijn in wie je bent, dus je "zijn". Aan het begin gaf de patiënte juist aan dat zij door het bewegingsrepertoire van de dans- en bewegingstherapeute zich verbonden ging voelen. Zonder weerstand zou de patiënte in de ervaring komen om echt gezien te worden in haar zijn met alle overgebleven sporen en littekens van vroegere ervaringen. De dans- en bewegingstherapeute draaide in de symboliek van de improvisatie naar de patiënte toe om te zien wat er gaande is en weer voor veiligheid te zorgen. "The mother's blind eyes" maakten letterlijk plaats voor de zorgende en geïnteresseerde ogen van de moeder in de symboliek van de dans. Tot nu toe kwam de patiënte alleen tot de vervulling van de behoefte als "zich verbonden voelen" via een onevenwichtige relatie. Als zij het object van behoefte vervulling controleert door te bepalen wat wel en niet mag, in tegenstelling tot haar vroegere kinderlijke ervaringen om zelf het object van controle voor iemand anders te zijn. Hier diende zich nu de ervaring voor de patiënte aan om op gelijkwaardig niveau verbinding te voelen. Beiden zijn gelijkwaardig en ieder creëert aan de hand van zijn eigen mogelijkheden mede de relatie. Deze ervaring zou ontberingspijn oproepen en met onzekerheid en angst over het "niet weten" hoe een gelijkwaardige relatie voelt of gehanteerd wordt gepaard gaan. Dat roept weerstand op. Omdat het object (dans- en bewegingstherapeute) in de dans ook subjectieve deelnemer is kwam het tot de confrontatie. Schmidt (2014) wijst erop dat het therapeutische effect uit zou blijken als de dans- en bewegingstherapeute alleen maar object zou blijven. Door de confrontatie kwam een doorbraakmoment in het proces van de patiënte. Deze aanpassing van de dans- en bewegingstherapeute in de machtsverhoudingen (controle) tussen patiënte en dans- en bewegings-therapeute ervoer de patiënte als grensoverschrijding. Zij reageerde op handelingsniveau vanuit haar nog "oude" staat van zijn.

Doorbraak

De heftige affectieve reactie van de patiënte op de persoonlijke grens van de dans- en bewegingstherapeute leidde tot een crisis. Stern (2010) beschrijft deze momenten als ontmoetingsmomenten waarop zich lichaam, geest en ziel in de actuele situatie actualiseren. In de lichamelijk en ruimtelijk vormgegeven relatie in de improvisatie vond er herstructurering bij de patiënt plaats. Deze ging met een crisis gepaard. Dat was een belangrijk moment in het proces omdat hier de kans lag om nieuwe herstructurerende ervaringen op te doen. Dat was het doorbraak moment in het dans- en bewegingstherapeutische proces dat met een crisis samen gaat. Zoals onder In de probleemstelling (hoofdstuk 1) heb ik deze momenten als "cruciaal moment" omschreven waarin de overgang van het ene proces naar het andere proces plaats vond. Ik interpreteer dit moment als het eerste proces dat er voor staat om over te gaan naar het tweede proces. Ik beschouw het eerste proces als "oude" staat van zijn van de patiënte dat op dit moment van crisis geactualiseerd wordt. De "oude" staat van zijn heeft betrekking op hoe de patiënte gewend was om in lichamelijke en ruimtelijke context toenadering te zoeken, beschreven in alinea "uitstappen" verder boven in de tekst. De crisis waarin actualisatie plaats vond vormt de overgang na het tweede proces waarin de "nieuwe" staat van zijn zich begint te manifesteren. Hier kom ik later in de tekst nog op terug. De crisis van herstructurering strekt zich in deze casus uit over twee fases van het proces omdat het met weerstand gepaard gaat. De weerstand beschouw ik als bijjelpelijke reactie van de patiënte op de situatie.

In de crisis van herstructurering diende de dans- en bewegingstherapeute als rolmodel voor de patiënte. Door de wederzijdse kinesthetische betrokkenheid van patiënte en dans- en bewegingstherapeute op elkaar ervoer de patiënte op lichamelijk en geestelijk niveau in ruimtelijke verhoudingen hoe je op een gezonde en adequate manier grenzen stelt als volwassen vrouw. Dat je de vrijheid en het recht hebt op een eigen ruimte voor je lichaam en geest en diens bewegingen. Op lichamelijk niveau is dat net beschreven en dit had betrekking op de lichamelijke en ruimtelijke vormgeving van de relatie. Op deze in het dans- en bewegingstherapeutisch proces vormgegeven interactie in de relatie volgde het pendant op geestelijk verbaal niveau. Op geestelijk niveau komt dat aan de orde doordat een derde persoon bij het proces betrokken wordt door de patiënte. Zij zoekt steun bij haar hoofdbehandelaar om de controle over de dans- en bewegingstherapeute te willen houden en niet te hoeven veranderen. Het dwingende kind duikt op en doet alles om de controle te willen houden over de dans- en bewegingstherapeute. Dobmeier (2014) bekeek de resultaten vanuit de theoretische achtergrond volgens de ego-state-therapie en principes volgens Michaela Huber. Uit het interview met Dobmeier (2014) blijkt dat de mate van integratie bij de patiënte vrij hoog is. Dat betekent dat de samenwerking binnen het systeem tussen de verschillende persoonlijkheidsdelen (ego-states) grotendeels gegeven is en zij van elkaar weten. Behalve aan een paar "kind" persoonlijkheidsdelen die af en toe onafhankelijk handelen. Volgens hem heeft zich op dat moment een mannelijk puberende adolescent ingeschakeld omdat hij het best weerstand

kon bieden. Het opduiken van de puberende adolescent kwam op als reactie op de persoonlijke grens van de dans- en bewegingstherapeute. Deze bracht de patiënte ertoe om steun te zoeken bij iemand die in de hiërarchie hoger staat dan de dans- en bewegingstherapeute. De hoofdbehandelaar van de patiënte stelt via de patiënte voor om een gesprek tussen de patiënte en de dans- en bewegingstherapeute te willen modereren. De dans- en bewegingstherapeute legt tegenover de patiënte uit dat zij daar eerst over na wil denken. Dat is het “follow up” moment waarin de dans- en bewegingstherapeute mentale ruimte nam voor haar gedachten (Schmidt, 2014) en zich zodanig mentaal afgrenst en niet meteen handelt of beslist. Hier diende de dans- en bewegingstherapeute weer als rolmodel om te laten zien hoe je met “misbruikende” en “controlerende” situaties om kunt gaan als volwassene. Volgens Schmidt(2014) was het therapeutisch waardevol om niet gelijk “ja” op het voorstel te zeggen. Met het klakkeloos instemmen met het voorstel zou de dans- en bewegingstherapeute net zo’n “afhankelijk” en “hulpeloos” gedrag hebben laten zien als de patiënte zelf vertoonde. Het meteen weigeren door “nee” te zeggen op het voorstel zou wel therapeutisch waardevol zijn geweest maar zou het gevaar in zich hebben gehad dat er een splitsing tussen de “ouders” zou komen. Dat zou wederom voor verwarring bij de patiënte hebben gezorgd omdat zij dan niet meer zou weten wie te vertrouwen is. De een zegt dit en de ander zegt dat.

Vervolgens neemt de dans- en bewegingstherapeute rechtstreeks met de hoofdbehandelaar van de patiënte contact op om over zijn voorstel te praten en de splitsing door de patiënte binnen het behandelteam te voorkomen. Schmidt (2014) beschrijft dat de psychodynamiek van de patiënte nu opgesplitst wordt op drie personen. Het gedrag van de eerste persoon op de tweede persoon kan weer een andere dynamiek hebben op de derde persoon. Hij legt uit dat het erop lijkt dat de hoofdbehandelaar vanuit zijn tegenoverdracht heeft gehandeld (act out). De hoofdbehandelaar is in het zelfde moment zowel de beschermende moeder voor de patiënte ten opzichte van de dans- en bewegingstherapeute (dader), als de misbruikende vader voor de dans- en bewegingstherapeute ten opzichte van de hiërarchische structuren. Ondanks dat de dans- en bewegingstherapeute het er niet mee eens was om dit moment buiten de dans- en bewegingstherapie om op te lossen door de moderatie van een derde persoon, vond het gesprek twee weken later plaats. Vanuit de ego-state-therapie en de benadering volgens Michaela Huber bekeken schakelt de puberende adolescent zich in wanneer deze tracht het object van hulp (dans- en bewegingstherapeute) te dwingen dat te doen wat het woedende en dwingende kind in de patiënte wilt.

1^{ste} bevestiging

In de twee weken waarin de patiënte letterlijk afstand heeft genomen van de dans- en bewegingstherapie heeft er een toevallige ontmoeting in de wandelgangen plaats gevonden tussen patiënte, dans- en bewegingstherapeute en senior danstherapeute. De patiënte besliste om de dans- en bewegingstherapeute te ignoreren en zich alleen op de senior danstherapeute te richten. Daarbij heeft de patiënte afspraken gemaakt om weer met de senior dans- en bewegingstherapeute verder te willen gaan. Ondanks dat de patiënte de dans- en bewegingstherapeute ignoreerde werd op dit moment in de non-verbale interactie duidelijk dat de opgebouwde relatie niet was afgebroken. Op het moment van ontmoeting vond er in de non-verbale interactie verankering van de “nieuwe” staat van zijn plaats door een bevestigend moment in de nog aanhoudende crisis. Het is een non-verbaal ontmoetingsmoment waarin de non-verbaal opgebouwde relatie in het dans- en bewegingstherapeutische proces bevestigd werd. Dat gebeurde door de lichamelijk openheid en daarmee accepterende houding van de dans- en bewegingstherapeute na de patiënte toe. De weerstand van de patiënte was gericht op afstand nemen. Zoals ik in paragraaf 3.1.4 ‘Genese van het rapport’ heb uitgelegd komt weerstand bij de patiënte op en ontstaan en verschillende vormen van overdracht. Boswijk-Hummel (2005) beschrijft deze fase als oefenvluchten van de patiënte. Een fase waarin de patiënte zich losmaakt van de therapeute. Deze fase kan tot het afbreken van de relatie leiden als de patiënte nog niet aan gelijkwaardigheid toe is. Voor dat het moment op de gang gebeurde ging de dans- en bewegingstherapeute ervan uit dat de relatie af zou zijn gebroken door de patiënte. Juist op dit moment werd het proces dat na het cruciale moment begon, (beschreven in alinea ‘Doorbraak’), gemanifesteerd als de “nieuwe” staat van zijn welke zich in de patiënte bevestigde en verankerde. Het dans- en bewegingstherapeutische proces was gericht op het opbouwen van een gelijkwaardige en respectvolle relatie waarin elkaars grenzen gerespecteerd werden. Op dat moment werd deze ervaring bevestigd doordat de dans- en bewegingstherapeute de patiënte in haar wens naar afstand en wissel van therapeute accepteerde en open bleef naar de patiënt toe. Daardoor werd de onvoorwaardelijkheid in de relatie bevestigd. Deze interactie is beschreven aan de hand van LMA observaties in hoofdstuk 3.1.3 ‘Richting gevende behoeftes’. Om u als lezer een idee ervan te geven hoe deze non-verbale interactie heeft plaats gevonden laat ik op de volgende pagina het innerlijke beeld van de dans- en bewegingstherapeute zien. Ook dit beeld heeft een bevriend kunstenaar Martijn Lucas van Erp aan de hand van mijn beschrijvingen en bewegingen getekend. Voor de duidelijkheid: het beeld is een beeldend product van een innerlijk beeld van

de dans- en bewegingstherapeute dat betrekking heeft op het proces van de patiënte. Het is deel van de non-verbale communicatie in het KWP door SCT. In bijlage 3 is het beeld in het groot te zien.

2^{de} bevestiging

Na deze toevallige ontmoeting in de wandelgangen vond het gesprek tussen patiënte, dans- en bewegingstherapeute en haar hoofdbehandelaar plaats. De patiënte herhaalde en benadrukte het onrecht dat haar is overkomen door de dans- en bewegingstherapeute. Zij voelde zich gedwongen en vond dat de dans- en bewegingstherapeute over haar grenzen is gelopen. De dans- en bewegingstherapeute bevestigde de patiënte in haar beleving geconfronteerd te zijn met thema's die de patiënte moeilijk vond. Tegelijkertijd



'...ik zie een vrouw die zich eigenlijk verheugt om me te zien. In haar ogen is vreugde te zien. Dan houdt ze zich in, blijft staan. Kijkt naar mij, kijkt naar Ingrid. Ik voel dat de verbindig er nog is. In mij komt een beeld op en ik zie naast de patiënte een klein kind staan dat achter haar rechterbeen staat. Het verstopt zich achter haar maar het lijkt alsof het heel nieuwsgierig is en graag achter het been vandaan wilt komen. Ik zie dat mevrouw innerlijk een keuze maakt en zich richting Ingrid draait en naar haar toe gaat. Mij ignoreert ze...'

benadrukte de dans- en bewegingstherapeute de vooruitgang en positieve kanten van het proces. Hier komt de dialectische houding volgens de Linehan methode (2002) naar voren. De cognitieve validatie leidde tot een verrassingsmoment bij de patiënte. Al in de danszaal gaf de patiënte aan dat zij bang was dat de dans- en bewegingstherapeute niet meer met haar zou verder werken omdat zij zo "moeilijk" was. De acceptatie en validatie van de weerstand van de patiënte en tegelijkertijd het aanbod om verder te willen werken met de patiënte leidde tot een volgend ontmoetingsmoment. De houding van de dans- en bewegingstherapeute om met acceptatie en aanvaarding op de weerstand te reageren was voor de patiënte onverwacht. Dat leidde ertoe dat de patiënte even tot rust kwam en even "stil stond" in het moment. Het was een moment van voelen dat de situatie mogelijk anders zou zijn als aangenomen. Dat moment van voelen leek op actualisatie en leidde binnen de grote crisis van herstructurering tot de verankering in het lichaam. In alinea "weerstand komt op" van deze paragraaf is de psychodynamiek hierover toegelicht onder "follow up".

3^{de} bevestiging

Een ander belangrijk moment vond weer tijdens een toevallige ontmoeting in de wandelgangen plaats. De patiënte nam contact op met de dans- en bewegingstherapeute. In het gesprek valideerde de dans- en bewegingstherapeute de woorden en boosheid van de patiënte. Dat leidde tot ontspanning van haar lichaam. In het verloop van het gesprek maakte de dans- en bewegingstherapeute duidelijk dat het vaste in de agenda staande therapiemoment voor de patiënte was en haar plek niet door een ander zou worden vervangen omdat het haar plek is onafhankelijk van of zij nu kwam of nog tijd nodig had op afstand. De acceptatie van de weerstand door de dans- en bewegingstherapeute plus de bevestiging dat de patiënte een eigen plek in de agenda had leidde tot het overwinnen van de weerstand bij de patiënte. In paragraaf 3.1.3 'Richting gevende behoeftes' zijn de observaties in LMA termen weergegeven onder het fysieke aspect. De opening in het lichaam werd begeleid door ruimtelijke nabijheid die de patiënte bij de dans- en bewegingstherapeute vond. Naast de bewegingsobservaties werd dat moment ook door innerlijke beelden aan de hand van het KWP en SCT (paragraaf 3.1.2 'Afstemming in de relatie') van de dans- en bewegingstherapeute begeleid. Het beeld (Bijlage 4) op de volgende pagina, getekend door Martijn Lucas van Erp, laat het moment zien dat op een integratie moment (Schmidt, 2014) bij de patiënte lijkt. Daarnaast zijn de beschrijvingen te lezen waarmee het beeld is getekend. Deze ontmoeting was aanleiding voor de patiënte om weer te naderen en naar de dans- en bewegingstherapie te komen.

Al de net beschreven momenten hebben er toe geleid dat de patiënte er aan toe kwam om in de laatste fase van het proces de ervaring van een gelijkwaardige ontmoeting op te doen. De patiënte kwam eraan toe de

ervaringen uit het proces en haar weerstand te koppelen aan vroege ervaringen als kind zich gedwongen gevoeld te hebben (paragraaf 3.1.4 "Geneze van het rapport"). Bekeken vanuit de cognitieve-gedragstherapie heeft het proces er toe geleid dat de patiënte haar externe locus of control begonnen was naar binnen te verleggen (Plouvier, 1996). De interne locus of control betekent dat de patiënte in contact staat met zich zelf en zich ervan bewust is hoe zij met haar mogelijkheden invloed kan nemen op de omgeving. Dit inzicht hielp de patiënte om in de actuele situatie herstellende positieve ervaringen in de non-verbale bewegingsrelatie op te doen en in het lichaamsgeheugen op te slaan (Samaritter & Maagdenberg, 2012). De non-verbale bewegingsrelatie was nu gekenmerkt door gelijkwaardigheid. Zowel patiënte als dans- en



'...Ik zie een vrouw die op me afkomt en voel warmte die naar me toe komt. In de beweging zie ik een klein kindje achter haar benen lopen. In de beweging opent zich haar bovenlichaam en het klein kindje springt als het ware van onder achteren in haar borst en wordt even groot als zij. De vreugde en lichtheid van het kindje zijn met de sprong over gegaan in de vrouw... Ik beweeg niet, laat het maar gebeuren. Ze staat naast me heel dicht bij. Haar buik is vlak voor mijn gezicht. Ik denk dat ik het even laten gebeuren. Het gebeurt in haar. Ik mag het zien, erbij zijn. Zij drukt de hoofdtelefoon in mijn oor, ik neem hem af en doe het zelf. Zo zijn we even samen naast elkaar en luisteren naar haar muziek...'

bewegingstherapeute bewogen vrij door de ruimte zonder dat de ene bepaalde wat de ander wel of niet mocht doen. De toenaderingen waren nu bewuste keuzes en bewuste omgang met de grenzen van de ander. De uitnodiging in elkaars ruimte vonden plaats via de beat van de muziek die op het maximale volume stond (paragraaf 3.1.1 "Fasering en vormgeving in het medium") en via de grond en de ramen te voelen was. In de laatste fase stond niet alleen het afscheid tussen patiënte en dans- en bewegingstherapeute centraal maar ook intense gevoelens van rouw. Deze gevoelens zijn te koppelen aan het bewustworden van de ontbering van onvoorwaardelijke liefde en aandacht in de kindertijd. Op het moment dat de patiënte zich bewust opende voor deze ervaringen ging het openen gepaard met gevoelens van rouw over de ontberingen. In de weerstand van de patiënte in de voorgaande fasen was de woede over het onrecht voor dat de patiënte is wedervaren aan de orde geweest. In de laatste fase was er ruimte gekomen voor aan de ene kant het begin van haar rouwproces en aan de ander kant het afscheid nemen van elkaar.

Het proces heeft laten zien dat via de lichamelijke en ruimtelijke vormgeving van de relatie in de dansimprovisatie, de manier van hoe de patiënte zichzelf in relatie ervoer observeerbaar en waarneembaar werd. Doordat het lichaam direct als subject en object in het therapeutische proces betrokken was konden gevoelens die eerder door een beschermende amnesie afgesloten waren geactualiseerd worden (Petzold, 1988 In: Samaritter & maagdenberg, 2012). Door de kinestetische betrokkenheid van patiënte en dans- en bewegingstherapeute op elkaar konden onverdraaglijke gevoelens non-verbaal tot expressie komen en in de relatie constructief gereguleerd worden. Op belangrijke momenten structureerde de dans- en bewegingstherapeute zodanig zichzelf en het medium (hoofdstuk 3 'Resultaten') dat de patiënte tot een nieuwe relationele ervaring kon komen en deze bewust kon waarnemen. Een relatie ervaring op gelijkwaardig niveau zonder machtspeilen maar wel met wederzijds respect voor eigen grenzen.

4.3 Integratie methodisch handelen

In deze paragraaf geef ik weer wat het onderzoek me heeft opgeleverd voor mijn eigen methodisch handelen. Uitgangspunt voor mijn onderzoek was het binnen mijn eigen methodisch handelen het aspect van de therapeutische relatie te onderzoeken. Ik ben me er van bewust geworden dat het fenomeen dat ik met dit onderzoek heb onderzocht de intersubjectiviteit binnen een psychotherapeutisch proces omschrijft dat lichamelijke en ruimtelijke tot elkaar in verhouding staat. Het proces waarin de intersubjectieve relatie opgebouwd wordt zorgt er voor dat het intrapsychische proces bij de patiënte vooruit kan gaan en de persoonlijke professionele ontwikkeling van de therapeute. Ergens tijdens het onderzoek sprak ik met mijn docente Ina van Keulen er over dat ik het zo vreemd vond dat ik door de begeleiding van het proces zelf gegroeid ben in mijn

persoonlijke professionele ontwikkeling. Toen wees zij me erop dat een moeder met haar kindje mee ontwikkelt door de intersubjectieve relatie. Dat zie ik bevestigd door het onderzoek. Door de analyse van het proces heb ik ontdekt dat ik in de tegenwoordige tijd “getuige” kon zijn van dat wat de patiënte als kind is overkomen. Getuige te zijn van de gevolgen en effecten van verleden gebeurtenissen, die zichtbaar worden in de huidige “staat van zijn” van de patiënte. Door het dans- en bewegings-therapeutisch proces kon de patiënte iemand in de buitenwereld tegenover zich hebben tot wie zij zich kon verhouden, die respons geeft en onvoorwaardelijk accepteert en corrigeert op ervaringsgericht niveau door zich lichamelijk en ruimtelijk tot elkaar te verhouden. Tijdens mijn opleiding heb ik ervaring met de methode “authentic movement” op kunnen doen. Kenmerkend voor deze methode is dat er een iemand beweegt met gesloten ogen en in de beweging zijn innerlijke impulsen gaat volgen en vormgeven. Dan is er nog een tweede persoon die de “getuige” representeert van de dans die bij de beweger ontstaat. Zonder in te grijpen volgt en getuigt de tweede persoon het proces van de eerste. De houding die de getuige aan neemt herinnert me aan ZEN- meditatie. Waarin je de innerlijke beweging observeert en laat gaan zonder deze af te weren of je ermee te identificeren. Mijn afweer tijdens het proces ging over mijn integratie van sterke gevoelens die via somatic countertransference gecommuniceerd werden. Ik had net zo als de patiënte te aanvaarden dat ik in een wereld leef waarin mensen elkaar dingen aan doen die niet te begrijpen zijn. Mijn intuïtie en lichaamsbewustzijn wezen mij de weg mijn eigen “integrative journey towards integrity” (Warnecke, 2008) te containen en te gaan bewandelen naast het containen van het proces van de patiënte. Het was een intens proces waarin ik voornamelijk impliciet gehandeld heb en de weg er door heen by trail en error heb kunnen vinden. Deze procesbeschrijving is geschreven vanuit mijn subjectieve beleving, gesteund door objectieve observatie en experts meningen. Door het onderzoek heb ik mijn impliciete methodisch handelen expliciet kunnen maken. Ik heb ontdekt dat ik het voor mij als therapeut als belangrijkste taak acht om dat te durven zien/voelen en daar heen te willen kijken wat moeilijk te verdragen is.. Om dat te kunnen heb ik mijn lichaam dat me de weg wijst en in staat stelt om mijn innerlijk in het “hier en nu” te openen en getuige te laten zijn van dat wat overleefd en leven wil. Ik zie mij in mijn rol als dans- en bewegingstherapeute als getuige en ontwikkelingshelfer.

Naast de visie over mijn therapeutische houding en wat ik als dans- en bewegingstherapeute belangrijk acht heeft het onderzoek ook andere dingen opgeleverd. Ik ben me ervan bewust geworden hoe ik als dans- en bewegingstherapeute in het moment handel. Dat heb ik in hoofdstuk 3 uitgebreid beschreven en met literatuur en praktijkvoorbeelden toegelicht. Door de literatuurstudie heb ik veel theoretische kennis over deze samenhangen kunnen op doen. Een belangrijke ontdekking was het onderscheid van Damasio (2003, 2010) in emotie en gevoel. Daardoor ben ik nu in staat de differentiaties die ik al impliciet deed beter te kunnen begrijpen en te hanteren. Het schema op pagina 27 laat vier gebieden zien waarop het effect van een interventie gericht kan zijn. De analyse van het proces heeft me laten zien dat mijn interventies gericht waren op het gedrag (shapeflow) en cognitie (overtuigingen, aannames) en dat de verbindingsschakel tussen beiden het waarnemen van het gevoel (metafoor, symboliek) is. Aan de hand van het model ben ik me nu bewust geworden op welk gebied de metaforen en symbolieken invloed hebben en direct met de beleving verbonden zijn. In toekomstige therapieën zal ik bewuster het werken met metaforen en symboliek toepassen. Verder heb ik ontdekt dat door de afstemming in de relatie duidelijk wordt op welk gebied en wanneer het systeem van de patiënte bereid is om interventies toe te laten. Want als de patiënte er niet open voor is dan is het mijn therapeutische taak om eerst een weg te vinden om een situatie te creëren die tot opening bij de patiënt leidt. Dat model zou ik in een vervolgonderzoek verder uit willen werken en bij andere therapeuten op herkenning willen toetsen. Want het model is gericht op deze casus en laat mijn ontdekking zien die niet getoetst zijn op herkenning bij andere dans- en bewegingstherapeuten. Door de analyse van het rapport tussen patiënte en dans- en bewegingstherapeute heb ik ontdekt dat er mogelijkheden zijn tot differentiatie in vormen van overdracht en het gebied waarop overdracht plaats vindt. Deze heb ik kunnen beschrijven in hoofdstuk 3. Niet voor alle vormen heb ik theoretische onderbouwing kunnen vinden. Deze differentiatie mogelijkheden zijn voor mij waardevol om beter te kunnen begrijpen, hanteren en differentiëren wat er in de interactie gebeurt. Door het onderscheid te kunnen maken of de overdracht intern/extern en emotioneel/cognitief van aard is, is het me mogelijk geworden om beter in kaart brengen waar de patiënte staat en hoe ik me er toe kan verhouden om interventies gericht te kunnen plegen en het proces te ondersteunen. In een ander vervolg onderzoek zou ik dat verder willen onderzoeken. Daarbij ben ik geïnteresseerd in wat er in de literatuur te vinden is en hoe en of andere dans- en bewegingstherapeuten het herkennen.

4.4 Analyse Tekortkomingen en Sterke

De sterktes en tekortkomingen van het onderzoek ga ik aan de hand van de kwaliteitscriteria weergeven. Deze heb ik reeds in paragraaf 2.5 weergegeven. Hier ga ik beschrijven in hoeverre ik eraan toe ben gekomen om deze te waarborgen.

4.3.1 Tekortkomingen

Interne validiteit of inhoudelijke controles

'Peer debriefing' kan op verschillende momenten in het onderzoeksproces toegepast worden. Bijvoorbeeld kunnen de data door collega's onafhankelijk geanalyseerd worden om te vergelijken of iemand anders op dezelfde begrippen komt. Tijdens de analyse was dat niet van toepassing. Wel heb ik mijn bevindingen tijdens de analyse met medestudent Leonie Jürgens besproken en over en weer theoretische begrippen uitgewisseld. Tevens heb ik de resultaten van de analyse aan haar voorgelegd om te controleren of de begrippen en samenhangen begrijpelijk en navolgbaar zijn. Voordeel is dat Leonie Jürgens al bekend was met de casus omdat wij toen ter tijd intervisie gesprekken hadden.

Members check

Graag had ik de patiënte bij het onderzoek willen betrekken om haar beleving tijdens bepaalde momenten te kunnen achterhalen. Omdat zij weigerde was dat helaas niet mogelijk. Omdat ik tijdens het proces besloot om sommige momenten niet cognitief te reflecteren en op ervaringsniveau te laten, geeft het leerproces alleen de subjectieve waarneming en objectieve observatie vanuit de dans- en bewegingstherapeute weer. *Authenticity* is de vraag of de deelnemer een faire kans had om zijn mening te zeggen. Tijdens het documenteren was dat wel gegeven voor beide (therapeute en patiënte) en dit is in het leerprocesverslag ongecensureerd weergegeven waardoor de data niet gemanipuleerd zijn. Bijvoorbeeld wordt dat duidelijk in de resultaten waar beiden over hetzelfde gebeuren van mening en waarneming verschillen (paragraaf 3.1.5 subcategorie Genese van het rapport).

Begripsvaliditeit of literatuurstudie

Tijdens de analysefase heb ik ontdekt dat DIS in de vakliteratuur vaak benoemd wordt met complexe traumatisering of complexe PTSS. Tijdens mijn voorliteratuurstudie wist ik dat nog niet. Dat zou invloed kunnen hebben op de resultaten van de zoekstrategie omdat ik naar DIS zocht en niet naar complexe PTSS in verband met dans- en bewegingstherapie.

Tijd gebrek

Aangezien het onderzoek binnen een beperkt tijdsbestek heeft plaats gevonden moest ik op een gegeven moment stoppen met analyseren. Dat heeft er toe geleid dat ik het interview met R-DMT Ingrid Jablonka niet in het onderzoek kon verwerken en het interview met Dr. Med. Dobmeier kon ik daardoor niet volledig verwerken in de interpretaties van mijn resultaten. Daarnaast is er ook een verschil in de tijd die de experts aan het interview konden besteden. Een interview van 2 uur biedt de mogelijkheid om veel dieper en uitgebreider op de resultaten in te kunnen gaan dan een interview waarin de tijd beperkt is tot 45 min.

bruikbaarheid van het onderzoek

Het onderzoeksrapport is geen makkelijk leesbare materie, dat hebben verschillende mensen aan wie ik dit voorlegde mij reeds gezegd. Echter, de besproken materie is van zichzelf uit ingewikkeld. Wel heb ik in dit rapport gepoogd om praktijkvoorbeelden met de theorieën tot een dynamisch geheel samen te brengen waardoor het vanuit verschillende invalshoeken te benaderen is.

4.4.2 Sterkte

begripsvaliditeit of literatuuronderzoek

Dit betekent dat waarnemingen en bevindingen in de literatuur gezocht worden. Met name aan het begin van het onderzoek om de probleemstelling te formuleren en een relevante onderzoeksvraag te stellen is dat van belang. Mijn literatuurstudie deed ik door eerst op de casus en het fenomeen waar ik meer over wilde weten en begrijpen te focussen en ging brainstormen. Daarnaast heb ik casus en fenomeen aan twee docenten van mij, Ina van Keulen en Simone Kleinlooh, voorgelegd zonder mijn eigen begrippen te noemen. Tussen alle drie de begrippen waren overeenkomsten. Daardoor was het grove kader voor mijn voorliteratuurstudie gegeven. Gedurende het analyseproces heb ik ontdekt dat er bij het samenbrengen van codes nieuwe begrippen opkwamen. Omdat ik daarover nog geen literatuur had, ben ik die gericht gaan zoeken zoals ik dat al bij de voorliteratuurstudie deed. In de bijlage is aangetoond hoe ik literatuur heb gevonden.

Bij het beoordelen van vakliteratuur heb ik op de kwaliteit en bruikbaarheid gelet. Dat deed ik door me te richten op vaktijdschriften die er om bekend staan dat een artikel alleen gepubliceerd wordt wanneer het aan bepaalde eisen voldoet. Bij vakboeken heb ik er op gelet hoe er naar literatuur verwezen (APA- norm) wordt.

Als er niet naar literatuur verwezen is, dan heb ik deze boeken niet gebruikt. De beoordeling op kwaliteit van literatuur heb ik door de opleidingsjaren heen geleerd. Daarnaast heb ik boeken gebruikt op aanbeveling van deskundigen op het desbetreffende gebied. Verder heb ik er expliciet op gelet de betekenis van begrippen uit te leggen in de wijze waarop ik ze gebruik. Met name was dat van toepassing als het ging om begrippen die vanuit verschillende theoretische achtergronden gehanteerd worden en dien ten gevolge verschillende betekenissen hebben.

Triangulatie

betekent dat ik van verschillende invalshoeken het te onderzoeken object heb onderzocht. Omdat ik binnen de onderzoeksmethode casestudy verschillende onderzoeksperspectieven heb toegepast is er sprake van methoden interne triangulatie. Dat is een sterke kant van het onderzoek. Ik heb van drie verschillende soorten data gebruik gemaakt om het fenomeen aan de hand van de casus te onderzoeken. Het eerste perspectief van waaruit de data zijn verzameld was de participerende observatie tijdens het proces. Het documenteren van het proces had toen niet het genereren van onderzoeksdata tot doel. Het doel was om zo goed mogelijk alle drie perspectieven (cliënt-therapeut-medium) weer te geven als leerproces aantekeningen. Daardoor was er geen sprake van manipulatie van de gegevens en was er geen beïnvloeding door het feit dat er een onderzoek plaats vond.

Het tweede perspectief van waaruit ik de casus heb bekeken is door de resultaten aan experts vanuit een andere therapeutische achtergrond voor te leggen. Voor mij was het belangrijk om experts erbij te betrekken die zowel de patiënte als mij kenden (interne experts) en die helemaal onbekend waren met de casus (externe experts). Deze zijn beschreven in paragraaf 2.3 'Dataverzameling'.

De derde invalshoek is de literatuurstudie vooraf en tijdens de data-analyse om de theoretische begrippen met kwalitatief goede literatuur te onderbouwen. Dat heb ik uitvoerig in de alinea begripsvaliditeit, verder boven, beschreven.

Het onderzoeksontwerp als garantie

het van te voren bepalen welk onderzoekstype, onderzoeksmethode en databronnen en data-analyse technieken worden ingezet vergroot de validiteit en betrouwbaarheid van het onderzoek. In hoofdstuk 2. heb ik de onderzoeksofzet voor dit onderzoek beschreven, met de kwaliteitscriteria die de validiteit, betrouwbaarheid en bruikbaarheid vergroten. Mijn onderzoek heeft dus methodisch en systematisch plaats gevonden en onderging kwaliteitscriteria op die ik in dit hoofdstuk reflecteer en kritisch op terugkijk.

Betrouwbaarheid

betrouwbaarheid heeft betrekking op de herhaalbaarheid en navolgbaarheid van het onderzoek. De analyse van de data zou aan de hand van het leerprocesverslag nog eens kunnen worden herhaald. Hetzelfde geldt voor het herhalen van het interview met de experts. Aan de hand van deze twee data zou het onderzoek kunnen worden herhaald en zou het naderhand dezelfde resultaten opleveren. Alle onderzoeksstappen en leidende vragen voor de analyse zijn vermeld in hoofdstuk 2.

Bruikbaarheid van de resultaten

onder andere was in het doel van het onderzoek een theoretische verklaring van de fenomeen-beschrijving (hoofdstuk 1) te vinden. Het fenomeen kon ik met literatuur en experts hun mening onderbouwen en verklaren. Daardoor zijn de resultaten bruikbaar. Ze verklaren een fenomeen voortkomend uit de praktijk. Verder heb ik het doel van het onderzoek om mijn eigen methodisch handelen te kunnen onderbouwen bereikt.

4.5 Aanbevelingen naar aanleiding van het onderzoeksproces

Het werken met de principes van de grounded theory houdt in dat je op een gegeven moment met het analyseren en zoeken van nieuwe data moet stoppen, ondanks dat de verzadiging niet bereikt is. Van daaruit ga ik aanbevelingen voor vervolgonderzoek doen. Aan de hand van de resultaten en de interpretatie van de resultaten ga ik in deze paragraaf aanbevelingen doen voor de praktijk en beroepsontwikkeling doen.

Vervolgonderzoek

Met name het stellen van de subvraag "welke invloed had de persoonlijke professionele ontwikkeling van de dans- en bewegingstherapeute op het proces" laat zich enkel gedeeltelijk met dit onderzoek beantwoorden. Tijdens het onderzoek heb ik een aantal aspecten ontdekt die van invloed op het proces waren. Deze heb ik in paragraaf 4.1 beschreven. Een van de antwoorden was dat het bewegingsrepertoire van de dans- en bewegingstherapeute invloed had op het proces. Het mooie aan mijn onderzoek is dat de patiënte voor dat ik de begeleiding tijdelijk overnam door mijn stagebegeleidster begeleid werd. Na het einde van het proces ging

het proces van de patiënte met mijn stagebegeleidster weer door. Voor de wissel van therapeuten gaf de patiënte aan dat zij door mijn bewegingsrepertoire meer verbinding ging voelen. Ik ben benieuwd of juist de wissel van therapeute en diens eigenschappen het proces hebben kunnen bevorderen. Mijn aanbeveling voor vervolgonderzoek is om de therapeut als persoon onder de loep te nemen. Over patiënten en therapeutische technieken is al veel onderzoek gedaan. Nog weinig onderzoek is gedaan naar de invloed van de therapeut als persoon op het proces. Dan bedoel ik niet alleen de therapeutische houding maar ook de persoonlijke professionele ontwikkeling van de therapeut, de bereidheid om zich te openen voor het eigen proces dat met het werken in de intersubjectieve ruimte gepaard gaat. Er zou dan ook de vraag kunnen worden gesteld welke therapeut past bij welke patiënt, met de blik op het bewegingsrepertoire in plaats van de symptomen. Volgens mij kan bewustwording bereikt worden door zowel hetzelfde “spiegelen” te ervaren als door het tegenovergestelde “uitdagen” te ervaren. Met name de dans bevat vele mogelijkheden om dat in de beweging vorm te geven. Dan zouden de persoonlijkheidskenmerken juist een meerwaarde in de begeleiding kunnen spelen.

Zoals ik al in paragraaf integratie methodisch handelen schreef zou ik graag meer onderzoek willen doen naar het model op pagina xy. Het model geeft nu het ontstaan van weerstand in deze specifieke casus weer. Het model is ontstaan door het onderscheid in emotie en gevoel van Damasio (2003, 2010). De aspecten hoe deze bijdragen aan het ontstaan van bewustzijn ontbreekt er nog in. Daar zou ik nog onderzoek naar willen doen. Verder heb ik in mijn onderzoek ontdekt dat ik onderscheid maak in interne en externe overdrachtsvormen en het gebied waarop deze betrekking hebben. Omdat ik daar in de literatuur binnen dit onderzoek niets over kon vinden zou ik daar vervolgonderzoek naar willen doen. Niet uitsluitend in de literatuur maar ook in de praktijk.

Beroepsontwikkeling

Mijn aanbeveling voor de beroepsontwikkeling richt zich tot de opleiding van dans- en bewegingstherapie studenten. Door mijn onderzoek heb ik ontdekt dat het eigenlijke mediumproces met de therapeutische relatie te maken heeft. Juist mijn lichaamsbewustzijn heeft me geholpen om niet verstrikt te raken in de dynamiek van de patiënte. Rachelle Janssen (2009) concludeerde dat het werken met (tegen-) overdracht een kracht kan brengen voor het therapeutische proces, voorwaarde is dat het bewust is. Ik ben het daarin met haar eens. In mijn onderzoek blijkt dat juist het werken met SCT me de weg wees in het proces. Ik ben het met Janssen eens dat het voor studenten belangrijk is om kennis te hebben van de psychodynamieken die in een therapeutisch proces op kunnen komen en hoe je deze kunt herkennen. Ik ga in dit verband nog een stap verder en maak de aanbeveling aan de opleiding creatieve therapie dans- en beweging om hun studenten gedurende de vierjarige opleiding een doorlopend proces authentic movement mogelijk te maken onder begeleiding van een dans- en bewegingstherapeute. Juist deze methode bevordert het bewustzijn over innerlijk impulsen. Als getuige en beweger ontwikkel je de vaardigheid om met je eigen innerlijk getuige te worden of de geïnternaliseerde supervisor. Het volgende citaat maakt het belang van lichaamsbewustzijn als therapeute duidelijk:

‘... to be able to attend to their insides (...) the active use of the body’s wisdom in order to aim reflexive practice (...) to develop an awareness of the lived body, of subjectivity and intersubjectivity and of somatic intelligence (...) It might also assist in the development of the internalized supervisor (...) developing a capacity for creative “not knowing” and “linking”...’
(Meekums (2007), In: Vulcan, 2009, p. 279)

Praktijk

De literatuurstudie had laten zien dat DIS veelal in heel gestructureerde therapievormen wordt aangeboden. De creatieve en vooral vrije speelruimte in therapieën bij traumabehandeling was er amper beschreven. Het onderzoek heeft aangetoond dat de improvisatie in de dans juist een belangrijke factor in de behandeling was. Traumatische ervaringen hebben juist met controleverlies te maken. Iemand beleeft zijn machteloosheid. In therapie wordt er veel gewerkt met structuur om re-traumatisering of herbeleving te voorkomen, en verder om de patiënten door een gestructureerd aanbod te bieden deze langzamerhand zijn gevoel voor controle te laten hervinden. Mijn aanbeveling is juist om met een “open” therapieaanbod te werken en de structuur en veiligheid juist via de relatie en aanwezigheid van de therapeute te laten ontstaan. Dus juist de intersubjectieve ruimte te creëren om de patiënt in zijn onmacht te kunnen ontmoeten en daarin te getuigen, zodat er langzamerhand ervaringen in een gelijkwaardige relatie op gedaan kunnen worden. Zoals ik al bij vervolgonderzoek schreef, vraagt dat natuurlijk wel van de therapeute om zijn eigen ontwikkeling steeds op gang te houden en zichzelf te blijven ontwikkelen.

Binnen dit afstudeeronderzoek van de opleiding creatieve therapie specificatie dans- en bewegingstherapie aan de Zuyd Hogeschool Heerlen heb ik aan de hand van de kwalitatieve case-study onderzoek gedaan naar een fenomeen dat ik gedurende mijn opleidingsjaren en praktijkstage ben tegengekomen. Kenmerkend was dat het om een non-verbaal interactioneel proces ging dat zich aan de hand van meerdere ontmoetingsmomenten ontvouwde. Deze momenten leidden uiteindelijk tot een cruciaal moment. Op het punt van het cruciale moment vond er een overgang van het ene proces naar het ander proces plaats. Ter afsluiting van mijn praktijkstage bij de KBO Lech-Mangfall-Klinik Garmisch-Partenkirchen kwam ik in de gelegenheid tijdelijk de begeleiding van een vrouwelijke patiënte met een dissociatieve identiteitsstoornis en comorbiditeit met borderline persoonlijkheidsstoornis in een ambulant dans- en bewegingstherapeutisch proces over te nemen. Omdat het binnen de afsluiting van mijn stage was heb ik de casus gedocumenteerd in de vorm van een leerprocesverslag. Het proces laat alle kenmerken van het fenomeen zien waardoor ik besloot deze casus te gaan onderzoeken om meer te weten te komen over het fenomeen. Hierbij stond de volgende vraag centraal:

Hoe komt het tot veranderingen bij een volwassen, vrouwelijke patiënte met een dissociatieve identiteitsstoornis en comorbiditeit met een Borderline Persoonlijkheidsstoornis in het ambulante dans- en bewegingstherapeutisch proces?

Om tot beantwoording van de vraag te komen heb ik het leerprocesverslag aan de hand van de principes van de “grounded theory” geanalyseerd. Vervolgens heb ik wetenschappelijke literatuur aan de hand van kernbegrippen verzameld en twee experts interviews afgenomen. Door middel van een iteratief proces heb ik getracht de casus, wetenschappelijke literatuur en interviews met elkaar te verbinden om tot een verklaring van een veranderingsproces binnen dans- en bewegingstherapie te komen. De onderzoeks-activiteiten hebben er toe geleid dat er een theoretische verklaring en beschrijving is gekomen over een veranderingsproces en zijn ontmoetingsmomenten binnen een ambulant dans- en bewegingstherapeutisch proces. De resultaten zijn hier onder beschreven.

Vanuit het iteratieve proces zijn er vier kerncategorieën, de dimensies van de intersubjectieve ruimte, voortgekomen die met elkaar in verband staan en de vormgeving in de improvisatie bestemmen. De kerncategorieën zijn als volgt:

- Fasering en vormgeving in de improvisatie
- Afstemming in de relatie
- Richting gevende behoeftes
- Geneze van het rapport

De data-analyse heeft naast de intersubjectieve ruimte van de improvisatie, drie dimensies en zes polariteiten naar voren gebracht die binnen dit dans- en bewegingstherapeutische proces bijdroegen om ontmoetingsmomenten in het hier en nu te creëren die tot veranderingen leidden. De eerste kerncategorie Fasering en vormgeving in de improvisatie representeert de intersubjectieve ruimte waarin de ontmoetingsmomenten ontstonden. De overige drie kerncategorieën representeren telkens een dimensie met zijn twee polen die elkaar beïnvloeden. De beweging op de deze drie dimensies creëert de intersubjectieve ruimte waar ontmoetingsmomenten tussen patiënt en dans- en bewegingstherapeute in de improvisatie plaats konden vinden. Daarbij is het belangrijk dat bepaalde factoren samenkomen die tot een of meerdere ontmoetingsmomenten in het hier en nu leiden. Om de intersubjectieve ruimte te creëren stemt de therapeut in de relatie op de behoeftes van de patiënte af. Deze kunnen op verschillende gebieden liggen (sociaal, expressief of fysiek) en veranderen gedurende het proces. In de non-verbale interactie tussen de dans- en bewegingstherapeute ontstaat het rapport waarin de ontwikkelingskansen en mogelijkheden zowel aan de kant van de patiënte als aan de kant van de therapeute liggen.

Vanuit deze resultaten en de integratie van de mening van de experts over de resultaten is het veranderingsproces aan de hand van belangrijke momenten beschreven die tot deze verandering leidden. Het onderzoek heeft aangetoond dat de veranderingen bij de vrouwelijke, volwassen patiënte met een dissociatieve identiteitsstoornis en comorbiditeit met een borderline persoonlijkheidsstoornis in het ambulant dans- en bewegingstherapeutisch proces door de lichamelijke en ruimtelijke vormgeving van de relatie in de bewegingsimprovisatie tot stand zijn gekomen.

- American Psychiatric Association, (2003). *Diagnostisches und statistisches manual psychischer störungen -textversion- DSM-IV-TR*. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe Verlag für Psychologie.
- Baarda, B. (2009). *Dit is onderzoek! Richtlijnen voor het opzetten, uitvoeren en evalueren van kwantitatief en kwalitatief onderzoek*. Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers.
- Baarda, B., Goede M. de, Bakker, E., Peters, V., Fischer, T. Verlden, T. v.d. & Julsing, M., (2013). *Basisboek kwalitatief onderzoek handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek (derde, herziende druk)*. Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers.
- Backes, A-M., Imthorn, M. & Sipman, K., (1989). *Dans en beweging nader bekeken*. In: CTO Psychomotorische therapie Studentenhandleiding dans en beweging (71. 2007-2008), Hogeschool van Arnhem en Nijmegen, Faculteit GGM, Nijmegen.
- Boeije, H. (2006). *Analyseren in kwalitatief onderzoek denken en doen*. Nederland: Boom onderwijs.
- Boswijk-Hummel, R. (2005). *Liefde in wonderland overdracht en tegenoverdracht in de hulprelatie*. Haarlem: Uitgeverij De Toorts.
- Chambart, N. & Geest, v.J. (2006). *De vorm van vormgeving*. Niet gepubliceerde scriptie, Hogeschool Zuyd, faculteit gezondheid en zorg, Heerlen.
- Cavallini, V. (2013). *Bijlagen sessie beschrijvingen*. Fase 3 beroepsopleidend eindverslag. Niet gepubliceerd werk, Hogeschool Zuyd, faculteit Gezondheid en Zorg, Heerlen.
- Damasio, A.R. (2003). *Ich fühle, also bin ich Die entschlüsselung des bewusstseins*. Deutschland: List Verlag.
- Damasio, A. (2013). *Selbst ist der mensch Körper, geist und die entsteheung des meschnlichen bewusstseins*. Deutschland: Pantheon Verlag.
-

- Derksen, J. (2010). Persoonlijkheidsstoornissen. In H.T. v.d. Molen, S. Perreijn & M.A. v.d. Hout, *Klinische Psychologie theorieën en psychopathologie* (pp. 959-1006). Nederland: Bohn Stafleu van Loghum.
- Dobmeier, P., Kapfhammer, H.-P. (2001). Konzept und Geschichte der Dissoziation. *Psychotherapie*, 2001(6), 98-104.
- Dobmeier, P. (2014, Maart 19). Interview door V. Cavallini [Transcript]. Dr. Med., Leitender Oberarzt, KBO Lech-Mangfall-Klinik Garmisch-Partenkirchen.
- Eberhard-Kaechele, M., (2009). Heimkehr zu sich selbst: Affektregulation und selbstvertrauen nach traumatisierung. In C. Moore & U. Stammermann (Ed.), *Bewegung aus dem Trauma, Traumazentrierte Tanz- und Bewegungspsychotherapie* (pp. 165-193). Stuttgart, New York: Schattauer.
- Egan, G. (2004). *Deskundig hulpverleners een model, methoden en vaardigheden* (achtste, herziene druk). Nederland: Koninklijke van Gorcum.
- Flick, U. (2004). *Triangulation eine einföhrung qualitative sozialforschung*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften/GWV Fachverlage GmbH.
- Gast, U. (2004). Die Dissoziative identitätsstörung. In A. Eckhardt-Henn & S.O. Hoffmann (Ed.), *Dissoziative bewusstseinsstörungen theorie, symptomatik, therapie* (pp. 195-225). Stuttgart, New York: Schattauer.
- Gast, U., Rodewald, F., Kersting, A., Emrich, H.M., (2001). Diagnostik und Therapie Dissoziativer (Identitäts-) Störungen. *Psychotherapeut*, 2001(46), 289–300.
- Giovoni, R.M., Piccoli Weatherhogg, A. (2007). The body as theater of passion and conflicts: Affects, emotions, and defences. *Body, Movement and Dance in Psychotherapy: An International Journal for Theory, Research and Practice*, 2007(2), 109-121.
- Hauber, K., (2009). Een bijzonder casus (serie): De behandeling van een dissociatieve
-

identiteitsstoornis. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 2009(35), 109 – 122.

Huber, M. (durehgesehene neuaufage 2010). *Multiple pers6nlichkeiten seelische zersplitterung nach Gewalt*. Paderborn: Junfermann Verlag.

Jaenicke, C. (2006). *Das risiko der verbundenheit – Intersubjektivittstherorie in der Praxis*. Stuttgart: Klett-Cotta.

Janssen, R. (2009). *Verliefd of (tegen-)overdracht?*. Niet gepubliceerde scriptie, Hogeschool Zuyd, faculteit gezondheid en zorg, Heerlen.

Kamphuis, J.H. & Emmelkamp, P.M.G. (2008). Pers6nlijkheidsstoornissen. In W. Vandereycken, C.A.L. Hoogduin en P.M.G. Emmelkamp (Ed.), *Handboek psychopathologie deel 1 basisbegrippen* (pp. 440-486, vierde, herziene druk). Nederland: Bohn Stafleu van Loghum.

Kern, E., (2009). Verletzung des zentralen selbsterlebens als schlsselstellen der k6rper- und bewegungsorientierten traumatherapie. In C. Moore & U. Stammermann(Ed.), *Bewegung aus dem trauma, traumazentrierte tanz- und bewegungspsychotherapie* (pp. 193-214). Stuttgart, New York: Schattauer.

Keulen, I. v. (2007). *Dans in beweging. Een conceptueel model voor dans- bewegingstherapie*. Niet gepubliceerd werk, Hogeschool Zuyd, faculteit Gezondheid en Zorg, Heerlen.

Keulen, I. v. (n.d. a). *Thema's in beweging*. In Dans en Beweging Reader met Artikelen (2009-2010), Hogeschool Zuyd, Faculteit Gezondheid en Zorg, Heerlen.

Keulen, I. v. (n.d. b). *De elementen van dans*. In Dans en Beweging Reader met Artikelen (2009- 2010), Hogeschool Zuyd, Faculteit Gezondheid en Zorg, Heerlen.

Klinik des Bezirks Oberbayern Lech Mangfall Klinik Garmisch Partenkirchen (n.d.). *Klinik Allgemein*. Geraadpleegd op 14 december 2013 op [http://www.psychiatrie-gap.de/index.php? Id=880](http://www.psychiatrie-gap.de/index.php?Id=880).

Langerak, I. (2013). *Bewogen door emoties het gebruik van de dansaspecten bij kinderen met problemen in de emotieregulatie*. Niet gepubliceerde scriptie, Hogeschool Zuyd, faculteit

gezondheid en zorg, Heerlen.

Lijnse, J. (2008). *Ik in meervoud over de dissociatieve identiteitsstoornis (tweede, herziene druk)*.

Barneveld: Uitgeverij Nelissen.

Linehan, M.M., (2002). *Dialectische gedragstherapie bij borderline persoonlijkheidsstoornis theorie en behandeling*. Nederland: uitgeverij Swets & Zeitlinger.

Michelbrink, F., (2013). *Handboek praktijkgericht onderzoek Zorg, welzijn, wonen en werken*.

Amsterdam: Uitgeverij SWP.

Nederlandse Vereniging voor Danstherapie (2013). *Danstherapie*. Geraadpleegd op 04 januari 2014 op <http://www.nvdat.nl/danstherapie.htm>.

Peichel, J., (2008). *Innere kinder, täter, herfer & co ego-state-therapie des traumatisierten selbst*. Stuttgart: Klett-Cotta.

Ploeg, v.d.H. (2010). Posttraumatische stress. In H.T. v.d. Molen, S. Perreijn & M.A. v.d. Hout, *Klinische Psychologie theorieën en psychopathologie* (pp. 493-540). Nederland: Bohn Stafleu van Loghum.

Poelmans, P. & Severijnen, O. (2013). *De apa-richtlijnen over literatuurverwijzing en onderzoeksrapportage*. Bussum: uitgeverij coutinho.

Samaritter, R., Maagdenberg, T. (2012). Bewogen levens, non-verbale interventies in psychotherapie. *Tijdschrift Cliëntgerichte Psychotherapie*, 2012(4), 325-338.

Schmidt, M.A. (2014, April 7). Interview door V. Cavallini [Transcript]. MBPsS, Jungian analyst (Training Analyst of the Society of Analytical Psychology, London) psychologist and lecturer on the post-graduate arts therapies programmes at the Universities of Roehampton and Hertfordshire.

Schoop, T. (2010).*Komm und tanz mit mir! ein versuch, dem psychotischen menschen durch die elemente des tanzes zu helfen*. Zürich: Hug& Co. Musikverlage.

Smeijsters, H. (2008). *Handboek creatieve therapie* (derde, herziene druk). Bussum: Uitgeverij

Coutinho.

- Smeijsters, H. (2006). *Handboek muziektherapie evidence based practice voor de behandeling van psychische stoornissen, problemen en beperkingen*. Nederland: Bohn Stafleu van Loghum.
- Stern, D.N., (2010). *Der gegenwartsmoment veränderungsprozesse in psychoanalyse, psychotherapie und alltag*. Frankfurt a. M.: Brandes & Apsel.
- Stern, D.N., (2011). *Formen der vitalität die erforschung dynamischen erlebens in psychotherapie, entwicklungspsychologie und den künsten*. Frankfurt a. M.: Brandes & Apsel.
- Streeck, U., (2013). Implizites Beziehungswissen. *Psychotherapeut*, 2013(58), 143-151.
- Tanztherapeuten- Team kbo-Lech-Mangfall-Klinik Garmisch Partenkirchen (2013). Aus den Therapien Tanzt, tanzt sonst sind wir verloren. *KboDialog die kbo-Mitarbeiterzeitung der kliniken des Bezirks Oberbayern*, 2013(7), 22.
- Trauma und Dissoziation Ein Angebot von S.P.ORG.-Consulting e.V. (n.d.). 300.14 (F44.81) *Dissoziative Identitätsstörung (vormals Multiple Persönlichkeitsstörung)*. Geraadpleegd op 21 november 2013 op <http://www.dissoc.de/issd13.html>.
- Trauma und Dissoziation Ein Angebot von S.P.ORG.-Consulting e.V. (n.d.). *Hauptseite Glossar*. Geraadpleegd op 08 januari 2014 op <http://www.dissoc.de/issd13.html>.
- Trautmann-Voigt (2009). Multimodale traumazentrierte tanztherapie: Ein methodenintegratives konzept. In C. Moore & U. Stammermann (Ed.), *Bewegung aus dem trauma, traumazentrierte tanz- und bewegungspsychotherapie* (pp. 215-236). Stuttgart, New York: Schattauer.
- Vermes, K., (2010). Theoretical Artikel Intersensory and intersubjective attunement: Philosophical approach to a central element of dance movement psychotherapy. *Body, Movement and Dance in Psychotherapy: An International Journal for Theory, Research and Practice*, 2011(6), 31- 42.
- Vulcan, M. (2009). Is there any body out there?: A survey of literature on somatic
-

countertransference and its significance for DMT. *The Arts in Psychotherapy*, 2009(36), 275-281.

Warnecke, T. (2008). The well tempered therapist Psychotherapy integration and the personality of the therapist. *British Journal of Psychotherapy Integration*, 5 (II), 16-19.

Wester, F. & Peters, V. (2004). *Kwalitatieve analyse uitgangspunten en procedures*. Bussum: Uitgeverij Coutinho.

Wikipedia (23 nov. 2013). *Contemplatie*. Geraadpleegd op 06 mei 2014 op het <http://nl.wikipedia.org/wiki/Contemplatie>.

Wikipedia (n.d.). *Kontemplation*. Geradpleegd 06 mei 2014 op het <http://de.wikipedia.org/wiki/Kontemplation>.

Wikipedia (9. Mei 2014). *Interozeption*. Geraadpleegd op 10 mei 2014 op het <http://de.wikipedia.org/wiki/Interozeption>.

Willke, E., (2007). *Tanztherapie, theoretische kontexte und grundlagen der interventionen*. Bern: Huber.

Bijlage 1: PICO- vraag en Zoekgeschiedenis

Toen ik gekozen heb om de casus uit mijn stage te gaan onderzoeken ging ik eerst brainstormen en mindmappen over begrippen die in me opkwamen wanneer ik aan de casus dacht. Vervolgens ging ik in gesprek met twee docenten (Ina van Keulen en Simone Kleinlooh) van mij om te achterhalen welke begrippen bij hun opkwamen aan de hand van een korte samenvatting van de casus. Deze heb ik vervolgens in verband gebracht. Mijn hoofdvraag was: hoe kwam het tot de veranderingen in het proces? Gedurende het proces zijn er steeds nieuwe vragen op gekomen die aanleiding waren om in nieuwe literatuur te gaan zoeken. Literatuur vond ik niet uitsluitend via databanken en bibliotheken. In gesprekken met experts of medestudenten en docenten vond ik literatuur. Deels had ik zelf literatuur thuis die ik tijdens mijn opleiding heb aangeschaft. Aan het begin ging ik aan de hand van de gevonden begrippen op zoek in databanken en bibliotheken. Elk begrip zocht ik in drie talen, Nederlands, Duits en Engels. Ik maakte gebruik van de databank Elsevier en Springer link. Gedurende de data- analyse kwamen nog meer vragen op die de subvragen vormen van het onderzoek. Telkens ging ik weer op zoek naar literatuur met de nieuwe begrippen die ik tegenkwam. In paragraaf 2.4.2 analyseproces heb ik beschreven welke vragen richting gaven. Met name toen ik meer specifiek over dans- en bewegingstherapeutische termen literatuur nodig had ging ik gericht op zoek via de Hogeschool Zuyd databank met Taylor & Francis Online. Ander Literatuur verkreeg ik in gesprekken met de experts of docenten en medestudenten.

P= Probleem/Patiënte:

Dissociatieve Identiteitsstoornis
Multiple Persoonlijkheidsstoornissen
Borderline Persoonlijkheidsstoornissen

I= Interventie:

Therapeutische relatie

C= Comparison:

n.v.t. Omdat mijn onderzoek gericht is op een verklaring.

O= Outcome:

veranderingsproces

Het volgt nu een lijst met begrippen waarnaar ik op zoek ging. Ondanks dat ik de begrippen nu alleen in Nederlands opvoer heb ik elk begrip telkens Duits en Engels gezocht:

- Dans- en bewegingstherapie, Danstherapie, creatieve therapie
- Afstemming
- Intersubjectiviteit, therapeutische relatie
- transformatie, verandering
- kinesthetisch
- dissociatieve identiteitsstoornis, multiple persoonlijkheidsstoornissen
- borderline persoonlijkheidsstoornis
- persoonlijkheid van de therapeuten, wounded healer
- veranderingsprocessen, creatief proces

Hier onder heb ik een lijst gemaakt waar de bronnen te achterhalen zijn die in dit onderzoek gebruikt zijn. Daarbij is de plaats en de naam van de auteur vermeld. Nadere toelichting over elke bron is in de Literatuurlijst te vinden.

eigen bestanden:

- Schoop, T. (2010)
- Smeijsters, H. (2008)
- Stern, D.N. (2011)
- Boswijk-Hummel, R. (2005)
- Damasio, A.R. (2003)
- Tanztherapeuten-team kbo-lech-mangfall-klinik garmisch-partenkirchen (2013)
- Keulen (2007)
- Keulen (n.d.)
- Backes, A-M., Imthorn, M. & Sipman, K. (1989)
- Janssen, R. (2009)
- Schmidt, M.A. (2014)
- Dobmeier, P. (2014)

via andere personen:

- Peichel, J., (2008)
- Chambart, N. & Geest, v.J. (2006)
- Egan, G. (2004)
- Samaritter, R. & Maagdenberg, T. (2012)
- Plouvier, A. (1996)

Bibliotheek Zuyd Hogeschool Heerlen:

- Lijnse, J. (2008)
- Linehan, M.M. (2002)
- Stern, D.N. (2010)
- Kamphuis, J.H. & Emelkamp, P.M.G. (2008)
- Damasio, A. (2013)
- Derksen, J. (2010)

Externe Catalogie Hogeschool Zuyd WorldCat:

- Staats- und Universitätsbibliothek Bremen:
 - Trautmann-Voigt, S. (2009)
 - Kern, E. (2009)
 - Gast, U. (2004)
 - Jeanicke, C. (2006)
 - Gast, U., Rodewald, F., Kersting, A., Emrich, H.M., (2001)
 - American Psychiatric Association (2003)
 - Eberhard-Kaechele, M., (2009)
- Landes Bibliothek Oldenburg:
 - Huber, M., (2010)

Databanken via Bibliotheek Zuyd Hogeschool Heerlen:

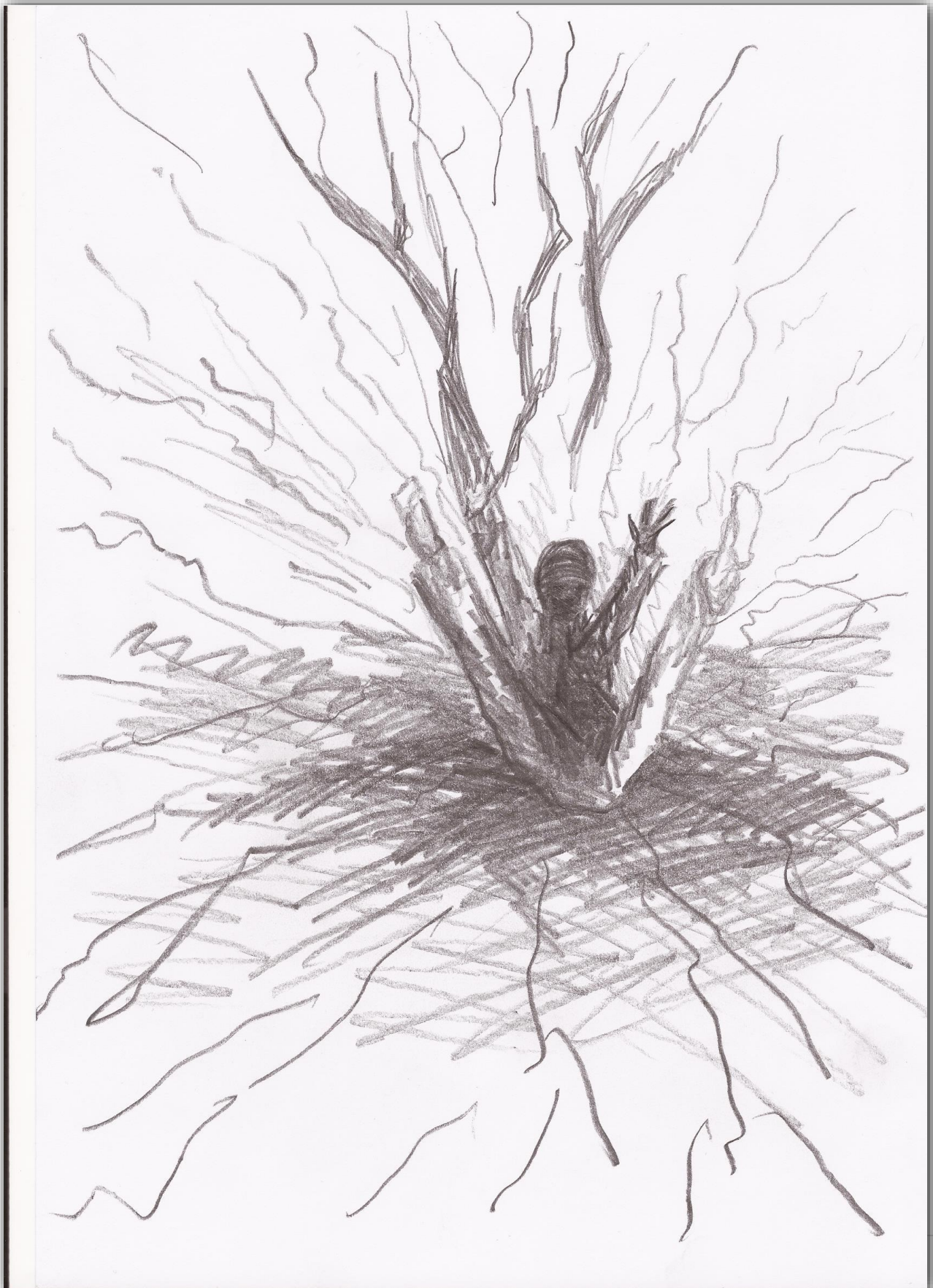
- Springer Link:
 - Hauber (2009)
 - Streeck, U. (2013)
- Elsevier:

- Vulcane (2009)
- Taylor & Francis Online:
 - Giovoni, R.M., Piccioli Weatherhogg, A. (2007)
 - Vermes, K., (2010)

Internet:

- HBO-Kennisbank:
 - Langerak, I. (2013)
 - British Journal of Psychotherapy Integration:
 - Warnecke, T. (2008)
 - Psychotherapie:
 - Dobmeier, P., & Kampfhammer, H.-P. (2001)
-
-

Bijlage 2 : Tekening pagina 33



Bijlage 3 : Tekening pagina 43



Bijlage 4 : Tekening pagina 44

