

OVER DE PRAKTIJK VAN DE BEWEGINGSTHERAPIE

door N. P. VAN ROOZENDAAL,
bewegingstherapeut (Psychiatrisch Centrum „St. Willibrord” te Heiloo,
geneesheer-directeur J. P. de Smet)

Hoewel bewegingstherapie, vooral in de door mij bij voorkeur gebruikte beschrijving, nog slechts luttele jaren in ontwikkeling is, moet geconstateerd worden, dat het begrip reeds een verzamelnaam is voor een aantal behandelwijzen en -mogelijkheden, die alle gemeen hebben dat de patiënt benaderd wordt onder het thema zich-bewegend-menzijn, maar die in de praktijk gebruik maken van vele verschillende methodieken.

Alvorens U de verschillende kleuren van dit behandelingspalet te kunnen opsommen — want veel verder zal ik in dit mij toegemeten tijdsbestek niet kunnen komen — ben ik U een omschrijving schuldig van wat onder bewegingstherapie door mij wordt verstaan.

Bewegingstherapie is een behandelwijze, waarbij de patiënt wordt benaderd vanuit het thema 'zich-bewegend-menzijn', middels op methodische gronden aangeboden bewegingsvormen, op indicatie van mede door een bewegingsonderzoek verkregen gegevens, op basis van het opgestelde therapieplan.

Bezien we deze omschrijving nader.

Onder therapie (behandeling) wil ik dan verstaan: een planmatige beïnvloeding van een pathologische toestand met als doel: genezing of verbetering van deze pathologische toestand. Of meer antropologisch gezegd: elke therapie heeft als doel: het nastreven op planmatige wijze van het bereiken van een optimale menselijkheid van de zieke.

Het thema 'zich-bewegend-menzijn' werd reeds door mevrouw Salomé aan de orde gesteld, zodat ik mij van een uitdiepen hiervan ontslagen kan achten.

De op methodische gronden aangeboden bewegingsvormen behoeven een nadere bespreking, die later volgt.

Bewegingstherapie kan slechts geschieden op grond van een bewegingsonderzoek, waaruit zal moeten blijken welke soort bewegingstherapie aangewezen zal zijn en welke vormen kunnen worden aangeboden.

Als laatste punt van de omschrijving wordt gesteld: op basis van het opgestelde behandelingsplan. Hiermee wordt bedoeld het totaalbehandelingsplan, dat bij de patiëntenbespreking door het team wordt opgesteld op grond van de diagnose, de genezingskansen en de behandelingsmogelijkheden (prognose), waaruit volgt de behandelingsmethodiek ofwel therapie.

Het totaal-therapieplan dient zo duidelijk en exact mogelijk aan te

geven: het doel van de behandeling en de wijze waarop dit doel bereikt zal kunnen worden. Naar aanleiding van dit plan zal ieder van de voor deze patiënt aanwezen behandelingsdisciplines (de medisch-psychiatrische, de verpleegkundige, de bewegings- creatieve- en arbeidstherapeutische, de sociale dienst) zich afvragen: wat wordt in concreto van ons geëist?

Het is zonder meer duidelijk, dat de benadering van een patiënt onder zoveel verschillende aspecten, door zoveel verschillende disciplines, één lijn behoeft, een plan waaruit elke discipline een eigen behandelingsplan moet kunnen opstellen. Elke discipline zal a.h.w. het totaal-behandelingsplan moeten vertalen in de eigen disciplinetaal en -vorm. Zo zal een plan voor bewegingstherapie slechts kunnen worden opgesteld en daarna kunnen worden geëffectueerd, op basis van een totaal-behandelingsplan.

Na deze inleiding zal ik trachten in dit korte bestek een zeer summier inzicht te verschaffen in de eigen discipline van de bewegingstherapie. Hoever is deze gevorderd in haar ontwikkeling? Wat kunt U van Uw bewegingstherapeut verwachten? Schematisch geef ik U weer, hoe de ontwikkeling is verlopen, voor zover ik die heb meegemaakt.

In het begin was er eigenlijk van bewegingstherapie geen sprake. Het algemeen uitgangspunt voor een 'sportieve' benadering van de patiënten was de actievare therapie. Er werd gehandeld naar analogie van lichamelijke opvoeding, sport en spel omdat er geen echte bewegingstherapie bestond.

Gedurende het werken met de patiënten werd duidelijk, dat het zich-bewegen van de geestesgestoorde anders is dan dat van de 'normale' mens, maar dit anders-zijn werd vooralsnog niet inzichtelijk.

Het zoeken van een methode voor het mededeelbaar kunnen weer-geven van het bewegingsbeeld leidde tot het verbaal vastleggen in de vorm van een bewegingsbeschrijving.

Uit bewegingsbeschrijvingen van vele patiënten resulteerde een bewegingsanalyse, bestaande uit bewegingsfactoren die representatief geacht konden worden voor het bewegen van geestesgestoorden.

De verkregen bewegingsfactoren werden vervolgens genormeerd door het opstellen van een score-systeem en gevisualiseerd door het eind-totaal van een observatieperiode in een curve (bewegingscurve) weer te geven.

De vraag naar de stabiliteit van het scoren en de samenhang tussen de onderscheiden factoren voerde tot een correlatieberekening van de factoren onderling, waaruit een clusteranalyse werd geproduceerd.

De mogelijkheid voor bewegingstherapie begon nu in het verschiet te komen als het mogelijk zou zijn om middels een bewegings-onderzoek een antwoord te vinden op de vraag: Wat is er met het

zich-bewegen van deze patiënt aan de hand, wat is ermee gebeurd en wat betekent dit?

Het antwoord staat of valt met het vinden van een vergelijkingsnorm voor het gevonden bewegingspatroon.

Twee mogelijkheden stonden ons ten dienste: het verzamelen van een zeer groot aantal gegevens van een groot aantal proefpersonen, die representatief geacht kunnen worden voor de (nederlandse) populatie, teneinde een norm te vinden voor het 'normale' zich-bewegen. Deze gevonden norm zou dan als vergelijking kunnen dienen voor het gevonden bewegingspatroon bij het onderzoek van de patiënt (vgl. I.Q.).

De tweede mogelijkheid was: het vergelijken van de huidige toestand van de patiënt (liever gezegd het huidige zich-bewegen) met de eisen, die we op grond van bewegingsconstituerende factoren aan het bewegen zouden moeten stellen, aangevuld met een vergelijking van de 'normale' motorische ontwikkeling met die van de patiënt.

Omdat de eerste mogelijkheid op praktische gronden moest worden uitgesloten (een dergelijk onderzoek naar een norm voor het normale bewegen zou een mensenleeftijd vergen, zo al niet zou blijken, dat het vaststellen daarvan een utopie is op grond van de vele variabele factoren), werd gekozen voor de tweede.

Hierbij meldden zich problemen en vonden wij de antwoorden. Enkele zal ik U noemen.

Hoe is de motorische ontwikkeling na te gaan? Hiertoe werd een bewegingsanamnese ontworpen, een formulier dat door de patiënt wordt ingevuld.

Hoe de gegevens uit de bewegingsanamnese te valueren? Hiertoe werd een groot aantal bewegingsanameses statistisch bewerkt, zowel van patiënten als van een controlegroep van niet-patiënten.

Welke zijn de bewegingsconstituerende factoren? Deze werden bepaald. Welke van deze constituerende factoren zijn nader te evalueren, anders gezegd: welke van deze factoren zijn irrelevant, welke relevant? De relevante werden gevalueerd.

Hoe de vergelijking te maken tussen het te verwachten bewegen en het geobserveerde patroon? Hiervoor werd een formule gevonden, waaruit het motorisch percentage ontstaat, een getal dus dat aangeeft de verhouding tussen het te stellen bewegingsniveau en de uitkomsten van de observatiegegevens. Hoe is een vergelijking mogelijk van een gestoorde motorische ontwikkeling met een normale? Een antwoord werd gevonden door het invoegen van enkele vragen in de bewegingsanamnese, die ons dit inzicht kunnen verschaffen.

De verkregen gegevens werden vervolgens op een aantal van 300 patiënten toegepast, onderzocht en operabel bevonden.

Nu opende zich het perspectief van een ordening en rubricering

van de verkregen gegevens. Op grond van: het motorisch percentage, het curveverloop, de motorische ontwikkeling en de uitdrukkingsverschijnselen werden de verkregen gegevens gegroepeerd, waaruit een bewegingstypologie voor psychiatrische patiënten ontstond. Gevonden werden vier hoofdgroepen:

- a. de motorische achteruitgang (deterioratie),
- b. de motorische ontwikkelingsstoornis,
- c. de aangepaste handelingsmotoriek met specifieke kenmerken in de uitdrukking,
- d. het volledig aangepaste bewegen.

Het bestaan van deze bewegingstypologie vroeg a.h.w. om een vergelijking met de psychiatrische diagnostiek, hetgeen gebeurde.

Het bewegingsonderzoek is hiermee rond en vraagt nog slechts om verfijning. Vanuit het bewegingsonderzoek vinden we de aanwijzingen voor de indicatiestelling voor bewegingstherapie en de te volgen methodische weg.

- A. De ervaring had ons reeds geleerd, dat er meerdere *benaderingsmodaliteiten* in de bewegingstherapie vereist zijn.
- B. Dezelfde ervaring leerde ons, dat de meeste van de bestaande *bewegingsvormen* aangewend kunnen worden, mits op de juiste wijze aangeboden.

Ad. A. Een overzicht van de verschillende aspecten van de bewegingstherapie zou er als volgt kunnen uitzien:

Bewegingstherapie is te onderscheiden in:

1. algemene bewegingstherapie,
2. specifieke bewegingstherapie.

Deze onderscheiding behoeft commentaar, omdat hierbij op twee gedachten wordt gehinkt. Wat de algemene bewegingstherapie betreft: het is evident dat voor zeer vele van onze patiënten het meedoen aan bewegingsactiviteiten nuttig, gezond en hygiënisch is, al was het slechts om de nadelige invloeden van de hospitalisatie te neutraliseren. We zorgen ook voor een dagvulling, voor niet alleen voldoende maar ook goed en smakelijk voedsel, voor een prettig woonmilieu, voor passende kleding, voor goede slaapgelegenheid, voor voldoende en gevarieerde ontspanning. Voor vele van deze zorgen, die in de sfeer van de (psycho)-hygiëne vallen wordt het woord therapie gebruikt: ontspanningstherapie, arbeidstherapie, creatieve therapie, bewegingstherapie, muziektherapie en sociotherapie, terwijl in feite geen sprake is van een gericht-planmatige behandeling, voerend tot een omschreven doel. Hoe dit ook zij, algemene bewegingstherapie wordt slechts naar analogie van deze vormen therapie genoemd. We maken hierbij gebruik van de algemeen-gunstige werking van beweging en spel op onze patiënten.

Bewegingstherapie in de, in het begin van deze voordracht, omschreven zin van therapie, noemen we dan ter onderscheiding: spe-

cifieke bewegingstherapie. Deze wordt verder onderscheiden in:

- a. eigenlijke bewegingstherapie, waaronder wordt verstaan een bewegingsbehandeling die, rekening houdend met het totaal-behandelingsplan, direct geïndiceerd wordt uit het bewegen van de patiënt, gebaseerd op het bewegingsonderzoek;
- b. afgeleide bewegingstherapie. Hierbij worden bedoelingen, die vanuit andere disciplines gewenst worden in de vorm van bewegingsaanbieding en bewegingsactiviteit van de patiënt nagestreefd. Bij deze beide vormen wordt een bewegingstherapieplan opgesteld waarin voorkomen:

het gevonden bewegingsbeeld, met de daaruit te trekken conclusies; het te bereiken doel;

de bewegingsvormen, die aangereikt zullen worden om dit doel te bereiken;

de wijze van aanbieding, wijze van het geven van de opdrachten (verbaal of meer via het scheppen van een bewegingssituatie), wijze van leiden van het spelen, het al dan niet bespreken van de behandeling met de patiënt, de meer- of minder directieve wijze van aanbieding en van de houding van de therapeut.

Als indicatiestelling voor een *eigenlijke* bewegingstherapie zou ik kunnen noemen:

patiënten met een motorische ontwikkelingsstoornis,

patiënten met een motorische deterioratie,

patiënten met tijd-ruimtelijke stoornissen,

patiënten met contactstoornissen, die duidelijk parallel lopen met bewegingskarakteristieken,

patiënten met stoornissen in de beleving van de eigen lijfelijkheid,

patiënten met lichaamsschema-stoornissen,

patiënten met angst, mits deze angst aan bewegingsvormen gekoppeld is of te koppelen is.

Als indicaties voor een *afgeleide* bewegingstherapie kennen we:

conditionering, als begeleiding van een gedragstherapie bijvoorbeeld, ortho-pedagogische benadering,

reëducatieve benadering,

suggestieve benadering,

activerende benadering,

socialiserende benadering,

begeleiding van andere therapievormen: psychotherapie, farmacotherapie enz.

Wat de toepassing betreft vinden we de individuele behandeling, de behandeling in groepsverband (dit kan zijn behandeling van de groep of wel behandeling in de groep), en een gecombineerde individueel-groeps behandeling.

De behandelingsfrequentie is zo mogelijk dagelijks, soms twee of meermalen daags.

Ad. B. Reeds eerder werd vermeld, dat gebruik gemaakt wordt van vele bestaande bewegingsvormen en spelen, die echter aan ons doel worden aangepast.

Wij onderscheiden: bewegingsopdrachten en spelen.

Onder de bewegingsopdrachten vallen:

gymnastische vormen: lopen, springen, vangen, werpen, klimmen, klauteren, trekken, duwen, tillen, balanceren, zwaaien, rollen enz.;
ritmische vormen: bewegen op basis van het ritme, dans en dans-
verwante vormen;

stijlgebonden vormen: turnen;

bewegingsvormen in het water: zwemmen;

bewustmakende bewegingsvormen (vgl. Mensendieck);

pantomimische vormen (vgl. Laban);

zelfverdedigingsvormen: judo, boksen, worstelen.

De spelen worden onderverdeeld in:

individuele spelvormen;

spelvormen, die individueel spel toestaan, maar tevens mogelijkheid bieden tot samenspelen;

spelvormen, die uitsluitend beoefend kunnen worden door samenspel. Tevens wordt gebruik gemaakt van relaxatie en massage.

Om deze middelen op adequate wijze te kunnen indiceren voor een bepaalde patiënt, dus tot het bereiken van een bepaald doel is het noodzakelijk te weten welke belevingsmodaliteiten door deze vormen worden aangeboden. Het is immers zó, dat het maken van een koprol op een mat een totaal andere belevingswereld aanbiedt dan bijv. een duurloop, dat het slaan van een bal met een knuppel voor de patiënt iets anders zal betekenen dan het klimmen in een touw of over een klimrek.

Bij het aanbieden van een vorm, wordt het inhoudelijke mede aangeboden; in de bewegingstherapie is veelal het inhoudelijke belangrijker dan de vorm. Anders gezegd: de belevingsmodaliteit van het bewegen is meestal belangrijker dan de uiterlijke vormeis. Hier komt nu juist de eigen discipline van de bewegingstherapie aan het licht, waardoor deze zich ook onderscheidt van lichamelijke opvoeding, sport, spel en heilgymnastiek.

Bij de lichamelijke opvoeding gaat het om het effectueren van een normale motorische ontwikkeling, die noodzakelijk is voor een normale totaal-ontwikkeling. Bij de sport en de sportspelen ligt de zin van het bewegen primair in het streven naar een optimale en maximale prestatie waartoe een strenge vormeis gesteld wordt. De activiteit wordt verricht in het kader van de vrijetijdsbesteding en de ontspanning t.o.v. de arbeid.

De heilgymnastiek heeft zich ontwikkeld tot een somatische therapievorm, waarbij het primair gaat om het behandelen van het bewegingsapparaat. Dit constaterende is het begrijpelijk, dat tot nog

toe zo weinig aandacht in deze kringen is besteed aan de belevingsinhoud van de onderscheiden bewegingsvormen.

De bewegingstherapeut voelt behoefte aan wat ik zou willen noemen: een fenomenologie van de bewegingsvormen. Hij moet deze ontwerpen en gebruiken. Het is duidelijk, dat een dergelijke fenomenologie slechts kan ontstaan op basis van de eigen opgedane bewegingservaring met al deze vormen, door introspectie, retrospectie en vergelijking van de gevonden waarden met die van collega's. Het is mede hierom, dat aan een bewegingstherapeut de eis moet worden gesteld van een zo alzijdig mogelijke bewegingservaring en bewegingsscholing. Het bestuderen en opstellen van een fenomenologie van de bewegingsvormen is één van de doelstellingen van de Nederlandse Vereniging voor Bewegingstherapie in de Psychiatrie, die hiermede dan ook ijverig bezig is.

Hoewel systematisering en rubricering van bewegingstherapie-soorten en bewegingsvormen noodzakelijk is als grove richtlijn, zal voor elke patiënt afzonderlijk een eigen therapieplan moeten worden opgesteld en geëffectueerd, op grond van alle gegevens, die ons vanuit de eigen discipline en vanuit de andere disciplines ten dienste staan. Zo zullen bijv. ook de bevindingen van de psychologische discipline, tot nu toe niet genoemd, verwerkt moeten worden. Dit vereist een samenwerking, zonder welke de bewegingstherapie machteloos is en gedoemd zal zijn te blijven steken in wat ik noemde de algemene bewegingstherapie.

Tenslotte past een kritische houding ten aanzien van de bewegingstherapie. Betekent deze behandelwijze inderdaad iets voor onze patiënten en hoe is dit te controleren resp. waar te maken?

We staan hier voor een problematiek die analoog ligt aan die van alle psychiatrische therapievormen. Steeds zal het immers, willen we een beter inzicht in het effect van een behandeling verkrijgen, gaan om de vraag: wat heeft de behandeling uitgewerkt?, teneinde in staat te zijn onze patiënten optimaal te kunnen behandelen.

Een onderzoek, gericht op het beantwoorden van deze vraag stuit op vele moeilijkheden, met name als het gaat om een onderzoek in vitro. Het maken van controlegroepen, de dubbel-blindproef en alle andere bekende methodieken stuiten, m.i. terecht op ethische bezwaren.

Een onderzoek in vivo levert minder of geen ethische bezwaren op, maar wordt bemoeilijkt en bijna onmogelijk door het grote aantal factoren, dat in zo een onderzoek meespeelt en waarvan we de onderlinge samenhang noch het gewicht van de beïnvloeding kennen, zo we er al in mochten slagen alle factoren te onderkennen. Bij een multi-conditionele behandeling wordt deze problematiek dermate ingewikkeld, mede door het verschil in zwaarte voor de patiënt van de onderscheiden behandelaars en behandelingsge-

bieden, benevens de nog zo gebrekkige communicatie tussen de in status zo verschillende disciplines, dat research inderdaad bijna onmogelijk wordt.

We kunnen daarom voorlopig slechts gebruik maken van de voorhanden zijnde gegevens.

Deze zijn:

(1) De ervaring van de bewegingstherapeut. We kunnen mededelen, dat ons telkenmale weer verbaast, het enthousiasme waarmee vele patiënten dagelijks aan de bewegingstherapie deelnemen en hoe zij daar duidelijk zich-zelf ervaren en zelf antwoorden op de situatie. De ontwikkeling van het beter worden is zonder enige twijfel te volgen, evenals het niet verbeteren en het verslechteren. Wij kunnen niet aan de zekerheid ontkomen, dat de bewegingstherapie grote betekenis heeft in het genezingsproces. Wij hebben (helaas weinig) patiënten meegemaakt, die uitsluitend bewegingstherapie deden. De invloed van deze behandeling was onmiskenbaar.

(2) De mededelingen van de patiënten zelf.

Vele patiënten vertellen spontaan, dat de bewegingstherapie tot hun genezing heeft bijgedragen. Sommigen weten vrij nauwkeurig aan te geven hoe zij dit ervaren hebben.

(3) De uitspraak van de psychiater.

Enige malen is op een desbetreffende vraag (in het kader van het bespreken van de wenselijkheid van uitbreiding van de afdeling bewegingstherapie) geantwoord dat de bewegingstherapie een belangrijke aanwinst is in de psychiatrische behandeling. Deze uitspraak werd gedaan op grond van klinische ervaring.

Wij pogen ter verkrijging van een beter inzicht in de uitwerking van de bewegingstherapie de volgende werkwijze te realiseren:

bewegingsonderzoek bij aanmelding;

omschrijving van behandelingsplan voor bewegingstherapie;

beschrijving van elke behandeling, wat is aangeboden, hoe werd dit door de patiënt verwerkt;

bewegingsonderzoek bij het beëindigen van de behandeling;

het trekken van conclusies uit de voorgaande gegevens.

Indien mogelijk wordt de patiënt gevraagd hoe hij de bewegingstherapie heeft ervaren, welke kritiek hij hierop heeft en welke aanmerkingen er zijn op de bewegingstherapeut.

Middels het controle-bewegingsonderzoek kunnen we vrij nauwkeurig en objectief nagaan wat er gedurende zijn verblijf in de inrichting met het bewegen van deze patiënt is gebeurd.

De bewegingstherapeut zal in staat kunnen zijn bij te dragen aan de ontwikkeling en effectuering van de voor elke wetenschap, en dus ook voor de psychiatrie, zo noodzakelijke research.

SUMMARY

This article is an attempt to give an insight in the practical use of movement-therapy concisely.

Movement therapy is a treatment which approaches the psychiatric patient in his being 'man-who-is-moving', is executed by means of movement-patterns offered methodically, on the indication of date obtained from a movement-examination, and is based on a plan of treatment.

There is given a description of the development of the movement-examination after which is given a survey of the indications and the movement-patterns used, and is pointed out the value of that which is experienced while executing these movement-patterns.

Next there is given a reflexion on the evaluation of the results of the treatments. The movement-examination offers great possibilities for clinical research.

RITMETEST ALS UITGANGSPUNT VOOR MUZIEK THERAPEUTISCHE BENADERING

door CLEMENS HOLTHAUS,

muziektherapeut aan de Sinaï-Kliniek te Amersfoort, (geneesheer-directeur Dr. A. Sunier) en het Psychiatrisch Ziekenhuis Stichting Rosenberg, te Loosduinen, (geneesheer-directeur Dr. J. Bijl)

INLEIDING

Muziektherapie is nog een jonge loot aan de stam van de zgn. culturele therapieën. Ofschoon de belangstelling dienaangaande in de laatste jaren sterk is toegenomen, is er, blijkens publikaties¹ en voordrachten², toch nog pas weinig gevonden dat 'houvast' biedt. Er zijn hiervoor een aantal redenen op te sommen, die merkwaardigerwijze eigenlijk alle tot één punt te herleiden zijn, nl. muziek leeft slechts zolang zij klinkt, of met andere woorden: muziek wordt gecomponeerd, gereproduceerd en beluisterd, in de eerste plaats: in de tijd. In alle drie genoemde stadia is zij in-wording en hiermee wordt bij alle betrokkenen een beroep gedaan op zeer bijzondere faculteiten. Natuurlijk is in de muziek niet alleen de tijdsfactor aanwezig, maar noodzakelijkerwijze óók de ruimtefactor.

¹ Zie bijv. a) H. R. Teirich — *Musik in der Medizin*, Stuttgart 1958, waarin 18 bijdragen van verschillende medewerkers; b) Elly Pieroen-Roodvoets — *Muziektherapie*, Streven, A'dam mei 1966, pag. 745; c) Mej. E. Slotemaker de Bruïne — *Muziektherapie in Wenen*, Ministerie van Cultuur enz. juni 1966; d) Nancy van der Elst — *Muziektherapie in Amerika*, Mens en Melodie 1965, nr. 4.

² Op het 3e Internationale Colloquium der SIPE in Freudenstadt 1965 was één voordracht over muziektherapie; in 1966 weliswaar vier, doch zij openden geen bijzondere perspectieven.