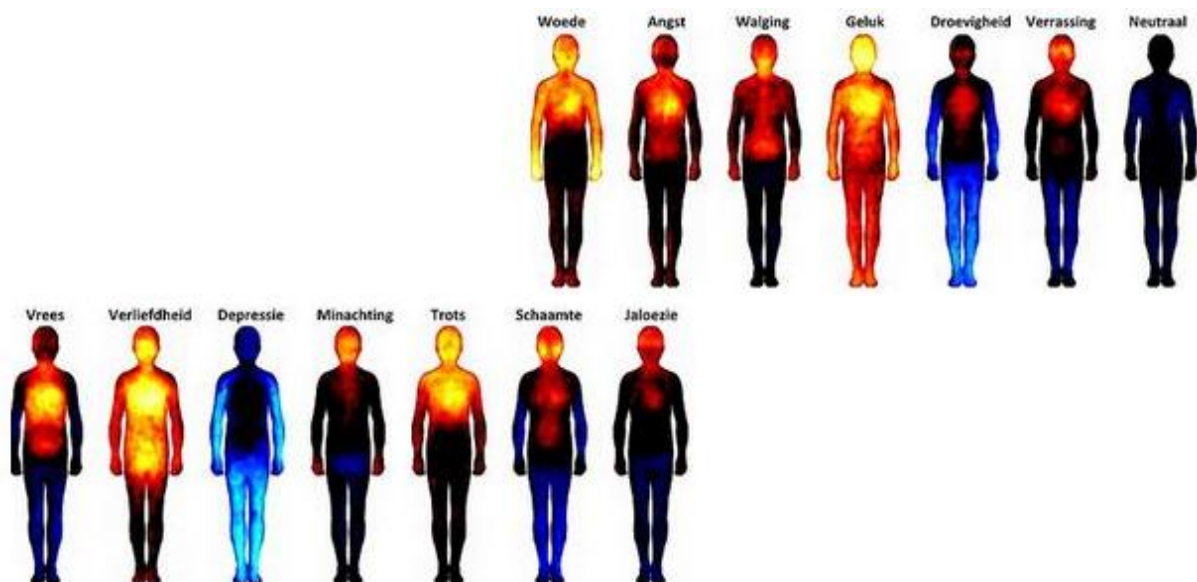


Emoties de BAAZ!

Actie-onderzoek naar werkzame elementen van muziektherapie gericht op de emotieregulatie van jongeren



Naam	Dieuwke van der Heide & Lisanne Strating
Studentnr.	1610871 & 1613222
Datum	09-06-2015
Plaats	Amersfoort
School	Hogeschool Utrecht
Consulent	Han Kurstjens
1 ^e beoordelaar	Neel de Haan
2 ^e beoordelaar	Diane Kelderman
Studie	Creatieve Therapie Muziek

Samenvatting/Summary

Dit onderzoek staat in het teken van het in kaart brengen van werkzame elementen in muziektherapie gericht op emotieregulatie. Dit actie-onderzoek is uitgevoerd in samenwerking met 4 jongeren die in behandeling zijn bij Intermetzo Almere. De doelgroep van dit onderzoek zijn jongeren met emotieregulatie-problematiek, vaak in combinatie met een hechtingsstoornis. Door middel van interviews met muziektherapeuten, literatuurstudie en de ervaringen en observaties in de praktijk bij Intermetzo, is BAAZ! ontstaan. De module BAAZ! is een muziektherapeutische observatiemodule gericht op emotieregulatie bij jongeren. Het doel van de module is het in kaart brengen van waar de jongere zich bevindt ten opzichte van emotieregulatie om vanuit daar een passende behandeling te kunnen samenstellen. De belangrijkste resultaten die uit dit onderzoek naar voren kwamen zijn:

- Observatie door de therapeut is cruciaal, omdat zowel verbale en non-verbale communicatie heel veel informatie verschaft over de emotieregulatie van de jongere.
- Het is belangrijk om aan te sluiten bij de muzikale belevingswereld van de jongere. Uit dit onderzoek blijkt dat de jongeren hierdoor beter te motiveren en te activeren zijn om deel te nemen.
- De supportieve werkwijze sluit aan bij het werken met jongeren. Actieve muziektherapie blijkt voor veel jongeren spannend te zijn, door deze werkwijze verlaag je de drempel om actief muziek te maken.
- De belangrijkste onderdelen van emotieregulatie zijn: het (her)kennen van de vier basisemoties (boos, bedroefd, bang & blij), lichamelijke sensaties t.o.v. emoties, actiesystemen onderliggend aan emoties & under- en overdistancing van emoties.

Summary

The intent of this research is to find out which are the working elements in music therapy focused on emotion regulation. This action research was put into practice in cooperation with four teenagers whom receive treatment at Intermetzo Almere. The target group of this research is teenagers with emotion regulation problems, very often in combination with an attachment disorder.

By interviewing music therapists, literature study and the experiences and observation in practice at Intermetzo, the module BAAZ! was founded. BAAZ! is a music therapeutic observation module focused on the emotion regulation of teenagers. The module aims to clarify where the teenagers stand in respect to emotion regulation in order to form a fitting treatment to follow up the observations. The most important results deriving from this research are:

- Observation by the therapist is crucial, because both verbal and non-verbal communication gives a lot of information as to where the teenagers stands in respect to emotion regulation.
- Connecting with the teenager by using the musical interests of the teenager is very important. This research shows that this element motivates and activates the teenager to participate.
- The supportive method fits very well in working with teenagers. Active music therapy turns out to be quite uncomfortable for the teenagers. By working in a supportive method the therapist is able to lower the threshold towards active music therapy.
- The most essential elements of emotion regulation are: recognising the four basic emotions (mad, sad, scared & glad), physical sensations compared to emotions, action systems inherent to emotions & under- and overdistancing of emotions.

Voorwoord

Dit onderzoek is onderdeel van ons afstudeerprogramma voor de studie Muziektherapie aan de Hogeschool Utrecht. We kunnen wel stellen dat dit onderzoek een enerverend proces is geweest van diepte- en hoogtepunten, mooie en moeilijke momenten, van het even niet meer weten waar het heen gaat tot het moment dat alles op zijn plek valt. We kunnen nu met trots terug kijken op ons onderzoeksproces en we zijn blij met het resultaat: de module BAAZ!

Dankwoord

We willen de vier meiden van Intermetzo Almere bedanken voor hun medewerking aan dit onderzoek. Mede dankzij jullie hebben wij een mooie muziektherapeutische observatie module kunnen schrijven.

Harry Kappen bedankt voor de mogelijkheid die je ons gegeven hebt om ons onderzoek uit te voeren binnen Intermetzo Almere in jouw mooie muziekruimte. En bedankt voor je begeleiding en goede feedback.

Channa de Kruijf en Rob van Alphen, bedankt voor jullie tijd, de interessante interviews en jullie feedback op onze module. Daarnaast ook Koert van Essen en Harry Kappen bedankt voor jullie deelname aan onze evaluatiegroep.

We willen Han Kurstjens bedanken voor zijn rol als consulent. Geregeld hebben we met jou om de tafel gezeten om de richting van het onderzoek opnieuw helder te krijgen. Altijd konden we bij je terecht met vragen en onduidelijkheden. Bedankt!

En als laatste onze vrienden en familie voor alle goede zorg en steun tijdens dit onderzoek. We zijn ervan overtuigd dat dit er ook aan heeft bijgedragen dat dit onderzoek afgerond kon worden.

Dieuwke van der Heide 1610871

Lisanne Strating 1613222

Inhoudsopgave

Inleiding	7
Leeswijzer	7
 1. Inhoudelijke oriëntatie	 8
Inleiding	8
1.1 Trauma	8
1.2 Emotieregulatie	9
1.3 Intermetzo Almere	9
1.4 Hechting	10
1.5 Hechtingstheorie	10
1.6 Stabilisatie	11
1.7 Bestaande methodes	11
1.7.1 Zorgen voor getraumatiseerde kinderen: een training voor opvoeders	11
1.872 Vroeger & verder	12
1.7.3 VERS – Vaardigheidstraining Emotie Regulatie Stoornis	
12	
1.7.4 ERT – Emotie Regulatie Training	13
1.7.5 De Emoscoop – Gevoelens in het spel	13
1.7.6 Muziektherapie product Emotieregulatie	13
 2. Probleemstelling	 15
 3. Hoofdvraag, deelvragen & doelstelling	 16
3.1 Hoofdvraag	16
3.2 Deelvragen	16
3.3 Doelstelling	16
 4. Onderzoeksmethode	 17
4.1 Actieonderzoek	17
4.2 Type onderzoek	17
4.3 Onderzoeksdesign	17
4.4 Behoeftte uit de praktijk	17
4.5 Muziektherapeutische module	17
4.6 Literatuur & Interviews	17
4.7 Respondenten	18
4.8 Meetinstrumenten/markers	18
4.9 Dataverzamelingsmethodes	19
4.9.1 Actie-onderzoek	19
4.9.2 Literatuurstudie	19
4.9.3 Open interview	19
4.9.4 Participerende observatie	19

4.9.5 Componentenschema muziek	20
4.9.6 HAT score	20
4.9.7 Qualitative Change Process	20
4.9.8 Triangulatie	20
5. Resultaten	21
Inleiding	21
5.1 Deelvraag 1	21
5.2 Deelvraag 2	22
5.2.1 Herkennen van emoties	22
5.2.2 Lichamelijke sensaties	22
5.2.3 Actiesystemen	23
5.2.4 Emoties uiten	23
5.3 Deelvraag 3	24
5.3.1 Hier en nu	24
5.3.2 Improvisatie	24
5.3.3 Receptieve werkvormen	24
5.3.4 Rust	25
5.3.5 Analogie & observatie met het muzikale componentenschema	25
5.3.6 Mediumdriehoek	25
5.3.7 Therapeutische driehoek	26
5.3.8 Groepstherapie	27
5.4 Deelvraag 4	27
5.4.1 Basishouding	27
5.4.2 Werkwijzen	28
5.4.3 Zelfactualiserend proces	28
5.5 Deelvraag 5	29
5.5.1 De vier basisemoties	29
5.5.2 Lichamelijke sensaties	29
5.5.3 Actiesystemen	30
5.5.4 Uiten van emoties	31
5.5.5 Overspoelende emoties	33
6. Conclusie	34
7. Aanbevelingen	36
7.1 Aanbevelingen voor het uitvoeren van de module BAAZ!	36
7.1.1 Aansluiten bij de muzikale belevingswereld van een jongere	36
7.1.2 Supportieve werkwijze	36
7.1.3 Korte spanningsboog	36
7.1.4 Voorbereiden improvisatie	36
7.2 Aanbevelingen voor de praktijk en vervolgonderzoek	36
7.2.1 Onderzoek naar de interventie beschrijving van de module BAAZ!	36

7.2.2 Grootschaliger onderzoek	37
7.2.3 Vervolg op de observatiemodule BAAZ!	37

Discussie	38
------------------	----

Bronnenlijst	39
---------------------	----

Bijlagen

BIJLAGE 1: De HBO gedragscode
BIJLAGE 2: Interview Channa de Kruijf
BIJLAGE 3: Interview Harry Kappen
BIJLAGE 4: Ingevuld ETS, 1 ^e groepssessie
BIJLAGE 5: Leeg ETS formulier
BIJLAGE 6: Leeg HAT score
BIJLAGE 7: BAAZ! werkblad lichamelijke sensaties (meisje)
BIJLAGE 8: BAAZ! werkblad lichamelijke sensaties (jongen)
BIJLAGE 9: Emotiewaaier

Inleiding

Dit actie-onderzoek is onderdeel van het afstudeerprogramma van de opleiding Creatieve Therapie, muziek aan de Hogeschool Utrecht. Er is onderzocht wat werkzame elementen zijn in het werken aan emotieregulatie van jongeren vaak in combinatie met een hechtingsstoornis. Het begon met de vraag van Harry Kappen aan Lisanne Strating of zij aan de hand van het boek *Slapende honden? Wakker maken!* een module wilde schrijven. Uiteindelijk is besloten om dit samen met Dieuwke van der Heide ook daadwerkelijk te doen. Uit het boek is het thema emotieregulatie gekozen om verder uit te werken tot de module BAAZ! De naam BAAZ! is ontleend aan de beginletters van de voornamen van de vier participerende jongeren. Daarnaast was er een mooie link te leggen naar het de baas zijn over je eigen emoties.

Emotieregulatie problematiek kan zich op veel verschillende manier uiten, zoals het overspoeld raken door emoties, agressie, woede aanvallen of juist het niet kunnen voelen en ervaren van emoties. Uit vooronderzoek is gebleken dat er nog geen muziektherapeutische observatiemodule gericht op emotieregulatie voor jongeren, bestaat. Om een goede behandeling te kunnen bepalen is het belangrijk dat de emotieregulatie van een jongere eerst goed in kaart gebracht wordt. Dit onderzoek is uitgevoerd binnen Intermetzo Almere in samenwerking met vier meiden die daar in de behandeling zijn en onder begeleiding van Harry Kappen, muziektherapeut van Intermetzo Almere.

Leeswijzer

In hoofdstuk 1 *Inhoudelijke oriëntatie*, worden een aantal belangrijke begrippen verhelderd. De huidige situatie wordt beschreven en het bevat een overzicht van bestaande methoden met betrekking tot emotieregulatie. In hoofdstuk 2 vindt u de *Probleemstelling*. Deze is voort gekomen uit het vooronderzoek en is bepalend voor onze hoofdvraag en deelvragen. In hoofdstuk 3 worden de hoofdvraag en deelvragen en de doelstelling van dit onderzoek beschreven. In hoofdstuk 4 *Onderzoeksmethoden*, wordt het type onderzoek uitgelegd en welke dataverzamelingstechnieken gebruikt worden. Hoofdstuk 5 *Resultaten*, schetst een beeld van alle onderzoeksresultaten waarmee de deelvragen worden beantwoord. Hoofdstuk 6 is de conclusie en hierin wordt de hoofdvraag van dit onderzoek beantwoord. In Hoofdstuk 7 *Aanbevelingen*, wordt een overzicht gegeven van alle aanbevelingen naar aanleiding van dit actieonderzoek en de module BAAZ!

In de bijlagen vindt u:

BIJLAGE 1: De HBO gedragscode

BIJLAGE 2: Interview Channa de Kruijf

BIJLAGE 3: Interview Harry Kappen

BIJLAGE 4: Ingevuld ETS, 1^e groepssessie

BIJLAGE 5: Leeg ETS formulier

BIJLAGE 6: Leeg HAT score

BIJLAGE 7: BAAZ! werkblad lichamelijke sensaties (meisje)

BIJLAGE 8: BAAZ! werkblad lichamelijke sensaties (jongen)

BIJLAGE 9: Emotiewaaijer BAAZ!

1. Inhoudelijke oriëntatie

Inleiding

Een aantal begrippen komen naar voren als het gaat over emotieregulatie en muziektherapie. Deze begrippen worden middels de literatuur eerst toegelicht voordat de bestaande methodes en werkwijzen op dit gebied zullen worden geïnventariseerd.

1.1 Trauma

Veel jongeren die in behandeling zijn bij Internetzo, hebben te maken (gehad) met ervaringen binnen en buiten het gezin, die traumatisch van aard zijn. Trauma betekent volgens Van Dale ‘verwonding’ en ‘hevig geestelijke aandoening die een stoornis veroorzaakt’ (Van Dale 2015). Je spreekt van een trauma als er een ervaring is geweest van bijvoorbeeld ondraaglijk gevaar, extreme angst, ernstige verwaarlozing, mishandeling, e.d. In het boek *Ontwikkelingspsychopathologie* worden de volgende 4 hoofdcategorieën van traumatische ervaringen beschreven (Delfos 2009):

1. Bedreiging van het leven of getuige zijn van het toebrengen van letsel.
Denk aan: geweldsdelicten, ernstige verkeersongelukken
2. Verlies van een belangrijk persoon.
Denk aan: verlies van een ouder, broer/zus of een goede vriend/in
3. De zorg om een ander.
Denk aan: als kind moeten zorgen voor je alcoholistische vader
4. Herinneringen aan een eerdere ervaring, waardoor een verergering of opleving van het trauma kan ontstaan.
Denk aan: Nachtmeries over traumatische ervaringen, herbelevingen

Traumatische ervaringen kunnen blijvende gevolgen hebben op de ontwikkeling van kinderen en jongeren. Delfos (2009) beschrijft dat kinderen vaak nieuw verworven vaardigheden na een traumatische ervaring verliezen en terugvallen in eerdere ontwikkelingsfasen. En daarnaast kan het de ontwikkelingstaak waar het kind/jongere zich op dat moment in bevind aantasten. Een aantal kenmerken waar kinderen/jongeren met traumatische ervaringen last van kunnen hebben zijn:

- verstoorde tijdsbeleving;
- een verminderde algemene reactiviteit;
- moeite hebben met emoties uiten/reguleren;
- slaapproblemen;
- concentratieproblemen;
- gedragsproblemen;
- verhoogde prikkelbaarheid.

1.2 Emotieregulatie

Het reguleren van emoties gaat volgens Struik(2013) volgens een patroon:

Aanleiding→lichaamsreactie→basisemotie→gedachten→gedrag

Kader 1.3

De therapeut kijkt naar mij terwijl ik door de microfoon zing (aanleiding). Mijn hart begint sneller te kloppen en ik krijg het warm (lichamelijke sensatie). Ik begin mij boos en bang te voelen (basisemotie). De muziektherapeut vindt dat ik lelijk zing (gedachten). Ik stop met zingen, zet de muziek uit, draai mijn stoel om, sla mijn armen over elkaar en doe mijn haar voor mijn ogen (gedrag).

Struik (2013) benoemt in haar boek twee soorten gevoelens: adaptieve en overspoelende gevoelens. Met *adaptieve gevoelens* worden gevoelens die passend zijn bij een situatie bedoelt. De jongere heeft controle over zijn reacties, kan adequaat reageren op de situatie en de perceptie van de werkelijkheid is vaak juist. *Overspoelende gevoelens* ontstaan vanuit een reflex en de perceptie van de werkelijkheid is vaak onjuist wat zich vaak uit in catastrofale voorspellingen en gedachten. Bovenstaand voorbeeld is zo'n voorbeeld van een verstoorde emotieregulatie. Het meisje dacht dat de muziektherapeut naar haar keek, omdat zij lelijk zong. Dit was niet het geval. De therapeut keek, omdat zij trots was op wat de jongere aan het doen was. Het meisje was niet in staat haar gevoelens en lichamelijke sensaties op een adequate manier te reguleren en had daardoor een vertekend beeld van de werkelijkheid. Bijgevoegd aan de Emoscoop is een emotiewaaier met daarin 20 emoties die elk op een kaart zijn verbeeld. Op elke kaart staat een emotie genoemd met een bijbehorende tekening. Deze emotiewaaier kan een kind helpen om te differentiëren tussen emoties.

1.3 Intermetzo Almere

“Intermetzo helpt kinderen, jongeren en gezinnen met complexe problematiek. We hebben veel kennis en kunde in huis: geestelijke gezondheidszorg (GGZ), zorg voor licht verstandelijk beperkten (LVB) en verstandelijk gehandicapten (VG), jeugdzorg, Jeugdzorg^{plus} en justitiële jeugdzorg (Justitiële Jeugdinrichting, gedrag beïnvloedende maatregelen). Zo bieden we kinderen en jongeren ook variaties en combinaties van verschillende zorg en behandelingen. We doen dat in verschillende settings, van kleinschalige leefomgevingen in het eigen gezin tot en met tijdelijk verblijf, met daarbij onderwijs, arbeidstoeleiding en allerlei diensten op het gebied van welzijn.” (Intermetzo 2015) Kort gezegd komt dat erop neer dat jongeren in huizen op het terrein van Intermetzo of in gezinshuizen in de regio wonen en behandeld worden. Intermetzo Almere is open jeugdzorg. Hier is ook de afdeling muziektherapie ondergebracht. Bij Intermetzo komen de jongeren vrijwillig of doordat ze onder toezicht gesteld zijn door de rechter. Wat de jongeren allemaal overeen hebben is dat de situatie thuis ontspoord en niet meer veilig is. Door een indicatiestelling vanuit Bureau Jeugdzorg komt een jongere dan bij Intermetzo terecht. Wanneer een jongere bij Intermetzo geplaatst wordt, komt hij/zij eerst in een kort traject terecht; dit traject duurt ongeveer 3 maanden. Tijdens die maanden wordt de jongere door verschillende disciplines geobserveerd (o.a. twee keer door de muziektherapeut). Dan wordt er gekeken waar de jongere goed op reageert en wat hij/zij

leuk vindt. Vervolgens wordt de jongere in een huis op het terrein of in een gezinshuis in de regio geplaatst. Daar pakt de jongere zo goed mogelijk het leven weer op. De jongere gaat gewoon naar school en maakt elke week een weekplanning. Op het terrein worden er activiteiten aangeboden, bijvoorbeeld sport, muziek, beeldende activiteiten en soos. Er wordt, indien mogelijk, toegewerkt naar een terugkeer naar huis bij de ouder(s). Wanneer dit niet mogelijk is wordt er gezocht naar een manier om het contact met de ouders in een werkbare vorm te gieten en ervoor te zorgen dat de jongere zo zelfstandig mogelijk wordt zodat hij/zij op zichzelf kan wonen of een andere woonvorm kan vinden. Muziektherapie heeft een belangrijke plaats in de behandeling van de jongeren. In het lokaal zijn veel diverse instrumenten aanwezig waar zowel individueel als in groepsverband op gespeeld kan worden. Ook zijn er een goede muziekinstallatie, een computer met mixprogramma en opnameapparatuur aanwezig. Zo kan binnen het medium gewerkt worden aan de doelen die een jongere heeft gesteld.

1.4 Hechting

Hechting (attachment) is de duurzame affectieve relatie tussen een kind en één of meer opvoeders. Veilig gehechte kinderen zullen in perioden van stress de nabijheid zoeken van personen aan wie zij zijn gehecht. In een onbekende situatie zijn zulke personen de uitvalsbasis waarvandaan zij de omgeving verkennen. Onveilig gehechte kinderen klampen zich vast aan hun verzorger, of ze gedragen zich juist heel onverschillig en zelfstandig, ongeacht of de situatie stressvol is of niet. Alle kinderen hebben een gehechtheidsrelatie met hun opvoeders, maar onveilig gehechte kinderen krijgen veel vaker te kampen met leer- of relatieproblemen, zijn lastig aanspreekbaar, en ontwikkelen een laag gevoel voor eigenwaarde (Thoomes- Vreugdenhil, 2015)

1.5 Hechtingstheorie

John Bowlby formuleerde in de jaren 40-50 van de 20ste eeuw zijn hechtingstheorie op basis van studies naar jeugddelinquenten en zijn werk op een school voor sociaal-emotioneel onaangepaste kinderen. Zijn vooronderstelling is dat kinderen genetisch 'geprogrammeerd' zijn om zorg te verkrijgen in de periode van kinderlijke hulpeloosheid. Dit doen zij door bijvoorbeeld te huilen of nabijheid van vaste verzorgers te zoeken. Hij concludeerde dat een langdurig afwezige band tussen moeder en kind in de eerste drie levensjaren leidt tot een onomkeerbaar negatief effect op de geestelijke gezondheid van het kind.

Een latere bijstelling van de theorie: een kind hoeft niet per se aan de moeder gehecht te raken; ook andere opvoeders kunnen een veilige hechtingsrelatie tot stand brengen.

Mary Ainsworth ontwikkelde de vreemde situatietest om diverse hechtingstypen van kinderen vast te stellen. Er zijn vier soorten gehechtheidsstijlen:

1. Veilig gehecht: een kind heeft zich veilig gehecht aan de ouder(s) en kan daardoor zelf adequaat duurzame relaties aangaan en onderhouden.
2. Afwerend gehecht: een kind is volledig gehecht aan één persoon en richt zich alleen daarop; het kind hecht zich aan niemand anders dan de ene hechtingspersoon.
3. Vermijndend gehecht: een kind weert alle liefde en geborgenheid af en lijkt zich aan niemand gehecht te hebben; het kind houdt zich afzijdig.

4. Gedesorganiseerd gehecht: een kind reageert verschillend op de hechtingspersoon; het kind verwacht tegelijkertijd angst en veiligheid van dezelfde persoon en reageert daardoor steeds verschillend.

Bowlby's hechtingstheorie heeft geleerd dat het verstandig is om huilende baby's niet te laten huilen, maar te troosten. Door te huilen laten ze immers merken dat ze behoefte hebben aan de nabijheid van hun verzorgers. Ook verklaart de theorie dat mishandelde kinderen toch loyaal aan hun ouders blijven. Ze zijn namelijk wel aan hen gehecht, hoewel doorgaans niet veilig gehecht.

1.6 Stabilisatie

Stabilisatie is een toestand waarin een persoon stabiel is. Stabilisatie heeft te maken met in het hier en nu zijn en een voldoende niveau van tolerantie hebben voor het aangaan van traumatherapie. Een persoon die nog niet gestabiliseerd is, die heeft een grillig basisvertrouwen, kan nog geen goede vertrouwensrelatie aangaan met de therapeut en heeft zijn spanningsniveau en emotieregulatie nog niet onder controle. Het zogeheten *window of tolerance* is een belangrijk begrip in de stabilisatie van een persoon. Het *window of tolerance* is de mate van spanning die een persoon aan kan. Voor traumatherapie moet een persoon een minimum aan spanning kunnen hebben, maar zeker ook een maximum; dit moet duidelijk en stabiel zijn. Daarnaast is de stabilisatiefase van een cliënt erg belangrijk om het basisvertrouwen (dat vaak ernstig geschonden is bij getraumatiseerde personen) weer te herstellen.

Ook wordt stabilisatie toegepast om een vertrouwensband op te bouwen met de therapeut.

Op de website van het Sinai Centrum¹ staat het volgende beschreven over het belang van stabilisatie: *“De cliënt moet eerst voldoende stabiel zijn en voldoende greep op zijn leven hebben om de spanning van de exposure te kunnen verdragen.”* (Sinai Centrum 2015) Pas wanneer de cliënt voldoende stabiel is, dan kan begonnen worden met exposure/EMDR-therapie. Een cliënt wordt zogezegd klaar gemaakt om therapie aan te gaan.

1.7 Bestaande methodes

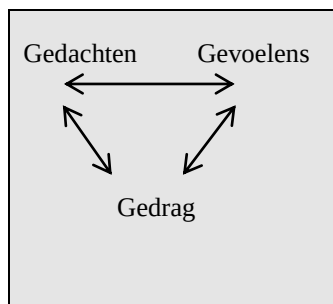
1.7.1 Zorgen voor getraumatiseerde kinderen: een training voor opvoeders

Het National Child Traumatic Stress Network (NCTSN) heeft in samenwerking met Substance Abuse and Mental Health Service Administration; een training ontwikkeld voor opvoeders (pleegouders, voogden) en professionals die werken met getraumatiseerde kinderen en tieners. Het doel van de training is om het vermogen om te communiceren met het getraumatiseerde kind/jongere van de opvoeder/professional te verbeteren en te vergroten. De training geeft handvaten om het gedrag en opvattingen van een kind/jongere te veranderen en hoe je op een adequate manier kunt reageren op het gedrag van het getraumatiseerd kind/jongere. De doelen voor opvoeders en professionals in het boek Zorgen voor getraumatiseerde kinderen: een training voor opvoeder, zijn de volgende:

¹ Het Sinai Centrum is een Joods Psychiatrisch Centrum waar mensen terecht kunnen voor o.a. stabilisatie & EMDR-behandeling.

- “gepast te reageren op de gedragsmatige en emotionele uitdagingen van getraumatiseerde kinderen;
- getraumatiseerde kinderen te helpen bij het ontwikkelen van gezonde verbindingen;
- getraumatiseerde kinderen te helpen hun kracht te herkennen en die te ontwikkelen;
- getraumatiseerde kinderen te helpen om strategieën te ontwikkelen die nodig zijn om op te groeien tot gezonde en goed functionerende volwassenen
- voor zichzelf te zorgen en steun te krijgen en te zoeken van anderen"

De training is in eerste plaatst gericht op volwassenen die op één of andere manier nauw betrokken zijn bij kinderen en jongeren met traumatische ervaringen. Binnen de training is er ook een onderdeel wat gaat over gevoelens en emoties. Er wordt veel gebruik gemaakt van de zo gehete *cognitieve driehoek*. (Zie figuur 1.8.1)



Figuur 1.8.1 De cognitieve driehoek

Gedachten, gevoelens en gedrag zijn nauw verbonden met elkaar. Gevoelens geven bepaalde gedachten wat weer zorgt voor bepaald gedrag. Het boek *Zorgen voor getraumatiseerde kinderen: een training voor opvoeders* beschrijft dat getraumatiseerde kinderen het vaak moeilijk vinden om:

- de verbinding tussen hun gevoel, gedacht een gedrag te zien en te herkennen;
- hun emotionele reacties te begrijpen en uit te drukken;
- emotionele aanwijzingen bij anderen juist in te schatten;
- hun reacties op dreiging of herinneringen aan het trauma onder controle te houden.

Door het kind/jongere te helpen om het verband tussen hun gedachten, gevoelens en gedachten te herkennen, zal het gemakkelijker in staat zijn om emotionele reactie patronen te veranderen.

1.7.2 Vroeger & verder

De stabilisatiemethode *Vroeger & verder* is een methode die speciaal ontwikkeld is voor vrouwen die seksueel misbruikt zijn of ernstig huiselijk geweld hebben meegemaakt en daar PTSS aan over hebben gehouden. De methode is bedoeld voor vrouwen die later in hun leven er tegen aan lopen dat ze het trauma nog niet verwerkt hebben.

De methode werkt vanuit de cognitieve gedragstherapie en probeert daardoor nieuwe gedragspatronen aan te leren. De methode kan buiten klinische setting gebruikt worden, maar de auteurs raden sterk aan dat een gediplomeerd therapeut de methode leidt.

De methode is ontwikkeld om in een groep uitgevoerd te worden. Dat is, volgens de auteurs, juist voor deze doelgroep belangrijk, omdat men veel kan leren van het lotgenotencontact. Zeker met betrekking tot de thema's schaamte, schuld en weinig zelfvertrouwen.

1.7.3 VERS – Vaardigheidstraining Emotie Regulatie Stoornis

VERS is een training die gericht is op de emotieregulatie van een cliënt. De training werkt vanuit de cognitieve gedragstherapie en de psycho-educatie. De training is allereerst opgezet voor mensen met Borderline problematiek, maar de auteurs zeggen dat de training ook gebruikt kan worden voor en door mensen met aanverwante problematiek. De training is bedoeld voor adolescenten.

De methode gaat in op de thema's (basis)vertrouwen, risico's nemen en het hanteren van impulsiviteit, woede en relaties.

Daarnaast is VERS gericht op vaardigheden vergroten die in het dagelijks leven gebruikt kunnen worden.

1.7.4. ERT – Emotie Regulatie Training

ERT staat voor Emotie Regulatie Training. De training wordt veelal in groepsverband uitgevoerd en is bedoeld voor jongeren of jong-adolescenten die hun emoties en gedrag niet goed kunnen reguleren. Het doel van de training is om de jongeren te leren hun emoties en gedrag beter onder controle te krijgen. Er wordt veel gebruik gemaakt van oefeningen zoals aanspannen – ontspannen, emotieregulatie vaardigheden ontwikkelen en uitproberen en afleidingstechnieken uitproberen. De training is sterk inzicht gevend en cognitief gedragstherapeutisch opgesteld. De deelnemer krijgt eerst veel training in het herkennen en begrijpen van de eigen emoties en het eigen gedrag. Daarna wordt de deelnemer getraind in het doorbreken van oude actiepatronen en het adopteren van nieuwe patronen.

1.7.5. De Emoscoop – Gevoelens in het spel

De Emoscoop is een spel voor kinderen van 5 t/m 13 jaar en heeft een aantal doelen die bereikt kunnen worden middels het spel:

- Kinderen een kader aanbieden om gevoelens bij zichzelf en anderen waar te nemen, te herkennen en te benoemen;
- kinderen inzicht laten verwerven in de relatie tussen gevoelens en de omstandigheden waardoor ze bij zichzelf en anderen worden uitgelokt;
- kinderen leren om te gaan met hun gevoelens, ze op adequate wijze tot expressie brengen en daardoor emotioneel gezond te blijven;
- kinderen versterken in hun vermogen om op een meer effectieve manier met anderen om te gaan met als doel, meer harmonie en geluk in relaties;
- kinderen een positief groepsklimaat scheppen door communicatie over gevoelens en relaties te stimuleren.

Het spel is ontworpen om 21 emoties heen. De vier B's (blij, bedroefd, bang & boos) en aanverwante emoties. Het spel is niet speciaal bedoeld als therapiemateriaal, maar kan door elk kind gespeeld worden. De spelleider is een volwassene, maar er worden geen speciale eisen gevraagd aan de volwassene.

1.7.6. Muziektherapie product emotieregulatie

Deze module is door een muziektherapeut ontwikkeld voor volwassen cliënten met een psychiatrische stoornis, waarbij de emotieregulatie verstoord is. De module bestaat uit 18 wekelijkse sessie van anderhalf uur (maximaal 4 cliënten) met bijbehorende thuisopdrachten. D.m.v. luisteren naar muziek leert de cliënt eigen emoties te interpreteren en te onderscheiden. De behandeling bestaat uit drie fases:

Fase 1: Leren stilstaan bij en duiden van emoties

Fase 2: Creëren van inzicht in welke emoties vermeden worden en welke negatieve cognities belemmerend werken.

Fase 3: Leren verdragen van en omgaan met pijnlijke emoties.

Deze methode is ontwikkeld door: Koert van Essen.

2. Probleemstelling

Dit onderzoek wordt uitgevoerd binnen de organisatie Intermetzo Almere; een organisatie waar kinderen en jongeren die uit huis geplaatst zijn worden opgevangen en behandeld.

Het overgrote deel van de kinderen en jongeren is geïndiceerd met hechtingsstoornis. Dit is een stoornis die in de vroegkinderlijke fase ontstaat en die ervoor zorgt dat een kind verstoord gehecht is. Dit zorgt ervoor dat een kind altijd problemen zal hebben met het aangaan en onderhouden van relaties. Een groot deel van de jongeren heeft in het leven traumatische ervaringen meegemaakt en dit resulteert vaak in een trauma. Al deze factoren bij elkaar gezien kan er gesteld worden dat deze jongeren alles behalve stabiel zijn. De jongeren moeten voordat ze aan (EMDR)therapie kunnen beginnen gestabiliseerd worden; dat is het onderzoeksonderwerp van dit PGO.

In het onderzoek zijn er een aantal bestaande emotieregulatie methodes en werkwijzen gevonden. Allereerst *Zorgen voor getraumatiseerde kinderen – een training voor opvoeders*, een methode die gericht is op het verbeteren van de communicatie met getraumatiseerde jongeren. De methode is zowel voor opvoeders als voor professionals.

Een ander methode *Vroeger & verder* is een methode die gericht is op vrouwen die seksueel misbruikt zijn of ernstig huiselijk geweld hebben meegemaakt. Deze training is in groepsverband. *VERS* is een derde methode die bestaat en is gericht op de emotieregulatie van een cliënt; in eerste instantie adolescenten met Borderline problematiek en aanverwante problematiek. Een vierde methode is de *Emotie Regulatie Training*; deze training is gericht op jongeren en het doel is emoties en gedrag beter onder controle leren krijgen. Deze training is ook in groepsverband. Tot slot is er het spel *De Emoscoop – Gevoelens in het spel* wat gericht is op kinderen van 5 t/m 13 jaar. Dit spel is bedoeld voor emotioneel gezonde kinderen om de al bestaande vaardigheden te onderhouden en te vergroten. Het spel is ook in groepsverband.

Het *Muziektherapie product emotieregulatie* van Koert van Essen is een module die ontwikkeld is voor cliënten met een psychiatrische stoornis. Deze methode combineert het werken aan emotieregulatie met muziektherapie.

Er kan geconcludeerd worden dat er wel methodes bestaan die zich richten op emotieregulatie, maar weinig tot geen die de combinatie aangaan met muziektherapie. De methode die deze combinatie wel bevat is gericht op adolescenten en niet op jongeren. Dit resulteert in de volgende hoofdvraag en deelvragen.

3. Hoofd- en deelvragen & doelstelling

3.1 Hoofdvraag

Wat zijn werkzame elementen in muziektherapie met jongeren gericht op emotieregulatie?

3.2 Deelvragen

Deelvraag 1

Wanneer is het werken aan emotieregulatie geïndiceerd?

Deelvraag 2

Welke behandeldoelen kunnen via het werken met een emotie regulatiemodule behaald worden?

Deelvraag 3

Welke muziektherapeutische interventies zijn belangrijk voor het stabiliseren van de emotieregulatie?

Deelvraag 4

Welke therapeutische houding moet een therapeut aannemen in het werken aan emotieregulatie met jongeren?

Deelvraag 5

Welke elementen observeer je wanneer je emotieregulatie in kaart wil brengen?

3.3 Doelstelling

Het bevorderen van de muziektherapeutische observatie van de emotieregulatie van jongeren in de residentiële Jeugdzorg

4. Onderzoeksmethode

4.1 Actieonderzoek

Dit actieonderzoek is gestart om alle beschikbare en impliciete kennis met betrekking tot muziektherapie en emotieregulatie in kaart te brengen en opnieuw te testen in de praktijk.

4.2 Type onderzoek

Ontwikkelingsgericht actieonderzoek. Het onderzoekstype is een combinatie van een ontwikkelingsonderzoek, waarin een product of module wordt ontwikkeld en een actieonderzoek, waarin al werkenderwijs en in nauwe samenwerking met de doelgroep een product of module wordt ontwikkeld. De nadruk in dit onderzoek ligt op de actie, daarom is de focus op de praktijk en het al doende ontwikkelen van een module.

4.3 Onderzoeksdesign

Kwalitatief praktijkgericht onderzoek is de methode waar in dit onderzoek het accent op ligt. In dit onderzoek wordt gebruik gemaakt van de kwalitatieve dataverzamelingstechnieken: observatie, open interview, literatuuronderzoek en inhoudsanalyse. Hier wordt dieper op ingegaan in paragraaf 9.8 *Dataverzamelingsmethodes*.

4.4 Behoefte uit de praktijk

De vraag om een muziektherapeutische stabilisatiemodule met betrekking tot emotieregulatie te ontwikkelen komt allereerst van Harry Kappen² vandaan. Daarnaast zijn verschillende muziektherapeuten benaderd met de vraag hoe zij denken over de eventuele ontwikkeling van een module zoals deze. Koert van Essen, Channa de Kruijf, Rob van Alphen, Laurien Hakvoort & Clare Macfarlane zijn hiervoor benaderd. De kennis die daaruit vergaard is dient tot basis en verantwoording van dit onderzoek.

4.5 Muziektherapeutische module

De literatuurkennis, de informatie uit de interviews en de tests in de muziektherapeutische praktijk zullen leiden tot een module waarmee door andere muziektherapeuten in de toekomst mee gewerkt kan worden.

4.6 Literatuur & Interviews

De beschikbare kennis wordt allereerst geïnventariseerd door middel van literatuuronderzoek en behoefte onderzoek in de vorm van interviews met muziektherapeuten die al veel werken aan emotieregulatie. Door eerst deze kennis te verzamelen kan er later over gegaan worden om deze te testen in de muziektherapeutische praktijk.

² Verbonden als muziektherapeut aan Intermetzo Almere & JJI Lelystad.

4.7 Respondenten

Bij de organisatie Intermetzo Almere zal de kennis in de praktijk worden getoetst. Hiervoor nemen vier meiden deel aan de muziektherapie die gegeven wordt door de twee studenten die dit onderzoek uitvoeren. De vier meiden zullen ook fungeren als respondenten in dit onderzoek, doordat ze steeds ondervraagd worden naar werkzame en niet werkzame elementen in de muziektherapie. De werkwijze wordt zo wekelijks geijkt, beoordeeld en eventueel aangepast. Doordat de meiden deelnemen aan dit proces, staan ze op basis van gelijkheid qua inspraak met de onderzoekers; hun respons wordt serieus verwerkt in het onderzoek.

4.8 Meetinstrumenten/markers

Voor het meten van de voortgang van de jongere en het verloop van de therapie worden er een aantal meetinstrumenten gebruikt.

Allereerst een formulier met vragen om inzicht te krijgen in het gedrag, het karakter en het dagelijks leven van de jongere³; dit formulier wordt gebruikt als nulmeting voorafgaand aan de therapie.

Ten tweede wordt gebruik gemaakt van een HAT score⁴ formulier dat wekelijks na elke therapie samen met de jongere ingevuld wordt. Het formulier is van de Engelse variant vertaald naar het Nederlands om gebruikt te worden door de jongeren.

Het derde meetinstrument is het componentenschema⁵ om in de sessies zelf te gebruiken. Door één van de twee studenten die dit onderzoek uitvoeren, wordt geobserveerd in de therapiesessie. Aan de hand van dit schema wordt gekeken naar het muzikale gedrag van de jongere.

Daarnaast zal als vierde meetinstrument de roos van Leary⁶ gebruikt worden om de relatie tussen de therapeut en de jongere te observeren.

Het formulier dat wordt gebruikt bij de nulmeting zal ook na afloop van de therapie worden ingevuld met elke jongere individueel.

De vier meetinstrumenten dienen tot doel om te reflecteren op het gedrag, het handelen, de communicatie, nieuwe kennis en de observaties. Door verschillende methodes te gebruiken ontstaat er een zo compleet mogelijk beeld.

³ Voor het maken van de vragenlijst is gebruik gemaakt van een ASEBA-lijst. ASEBA staat voor Achenbach System of Empirically Based Assessment en wordt gebruikt om emotionele en/of gedragsproblemen vast te stellen bij kinderen en jongeren t/m 18 jaar. Tom Achenbach is de oorspronkelijke samensteller van deze observatiemethode.

⁴ HAT score staat voor Helpful Aspects of Therapy en is bedoeld om na een therapiesessie de werkzame en niet werkzame aspecten van de therapie te evalueren. Dit formulier is oorspronkelijk door Susan Llewellyn ontwikkeld.

⁵ Het componentenschema kan gebruikt worden om het muzikale gedrag van de jongere in kaart te brengen. Het componentenschema is ontwikkeld door Han Kurstjens.

⁶ De roos van Leary is ontwikkeld door Timothy Leary om gedrag tussen twee of meer mensen te analyseren.

4.9 Dataverzamelmethode

4.9.1 Actieonderzoek

Het accent in dit onderzoek ligt op de actie. Daarom is dit onderzoek een ontwikkelingsgericht onderzoek geworden. De actie wordt uitgevoerd bij Intermetzo Almere in samenwerking met vier meiden van 15 t/m 19 jaar en de muziektherapeut Harry Kappen. Het gaat om een cyclus van twee groeps sessies (de 1e & 6e sessie) en daartussen vier individuele sessies. De participerende meiden hebben invloed op hoe de module zich ontwikkelt. Ze kunnen wekelijks aangeven hoe de therapeut functioneert, wat werkzame elementen zijn, wat niet werkzame elementen zijn en welke werkvormen wel of niet aanspreken. Zo wordt in samenwerking de module gerealiseerd.

In groeps sessie 1 wordt een introductie gegeven op de module en de thema's en wordt gelijk gewerkt aan het eerste doel: 'dezelfde situatie kan verschillende emoties oproepen bij verschillende personen.'

In sessie 2 wordt ingegaan op de vier basisemoties: bang, bedroefd, boos & blij. Het doel hierbij is: 'het herkennen van de vier basisemoties en die op zichzelf toepassen.'

In sessie 3 wordt gewerkt aan het doel: 'lichamelijke sensaties die voorafgaan aan emoties en de emotionele reactiepatronen.'

In sessie 4 wordt er dieper ingegaan op één emotie van de jongeren. Het proces van een bepaalde emotie wordt door deze jongeren getekend in een grafiek. Deze grafiek dient vervolgens als 'grafische notatie' zodat deze uitgespeeld kan worden in de muziek.

In sessie 5 wordt de spanning opgezocht, met als doel: 'dat de jongere inzicht krijgt hoe en wanneer zijn/haar spanning oploopt en wat het kan doen omgrenzen aan te geven en de spanning af te laten nemen.' Tot slot wordt in sessie 6 weer in de groep gewerkt en wordt er teruggeblikt op de ervaringen en gebeurtenissen in de afgelopen sessies en de module in zijn geheel. Afsluitend wordt de hele module en het proces geëvalueerd met Harry Kappen en voorgelegd aan een evaluatiegroep om zo tot een conclusie te komen.

4.9.2 Literatuurstudie

Literatuurstudie is gebruikt ter oriëntatie van het onderwerp van dit onderzoek en om een beeld te krijgen van het huidige aanbod in Nederland.

4.9.3 Open interview

Deze methode is gebruikt door verschillende muziektherapeuten te interviewen over het werken aan emotieregulatie. In de interviews is de vraagstelling open geweest en kon de geïnterviewde het verhaal in eigen woorden vertellen.

4.9.4 Participerende observatie

De twee studenten die het onderzoek uitvoeren zullen eerst kennismaken met de aan het onderzoek deelnemende jongeren in de woonomgeving van Intermetzo Almere. Vervolgens zijn zowel de uitvoerende als de observerende therapeut i.o. aanwezig bij de therapie. En tot slot participeren de twee therapeuten i.o. ook in de groeps sessies als deelnemer. Zodoende kan er gesproken worden van participerende observatie.

4.9.5 Componentenschema muziek

Voor het observeren van het gedrag van de jongeren in het medium wordt gebruik gemaakt van het door Han Kurstjens ontwikkelde componentenschema muziek. In dit schema kan in kaart gebracht worden hoe de jongere zich muzikaal gedraagt en uit. Van dit observatie-instrument wordt het meest recente schema gebruikt dat laatst nog is aangepast door de auteur.

4.9.6 HAT score

In het onderzoek wordt gebruik gemaakt van de zogeheten HAT interviews. Deze door Susan Llewellyn ontwikkelde methode is een manier om van de doelgroep te horen hoe zij de therapie en het onderzoek ervaren. Wat zijn de werkzame elementen in de werkwijze en welke elementen zijn niet behulpzaam. Voor dit onderzoek is een nieuw formulier ontwikkeld dat gebaseerd is op de theorie achter de HAT score interviews; dit formulier is speciaal aangepast aan de doelgroep: jongeren.

4.9.7 Qualitative Change Process

De onderzoekers hebben een vragenlijst gemaakt voor de jongeren waarmee in kaart gebracht kan worden hoe de jongere zichzelf scoort voorafgaand aan de therapie. Deze lijst is gefundeerd op de door Tom Achenbach ontwikkelde ASEBA-lijst. De lijst wordt door de jongeren voorafgaand, halverwege en aansluitend aan de therapie afgenomen. Hierdoor kan verandering bij de jongere gesignaleerd worden.

4.9.8 Triangulatie

Deze dataverzamelingstechniek wordt gebruikt in dit onderzoek door allereerst verschillende databronnen te gebruiken, ten tweede door te observeren en te interviewen en ten derde door gebruik te maken van twee onderzoekers/observatoren. De informatie die uit al deze bronnen voort komt wordt met elkaar vergeleken om overeenkomsten en verschillen te ontdekken die relevant zijn voor de resultaten en de conclusie. Hierin is het onbelangrijk wat de soort bron is. Het kan dus zijn dat een interview, een observatie en een boek met elkaar vergeleken worden. Hierdoor ontstaat een totaalbeeld vanuit verschillende bronnen.

5. Resultaten

Inleiding

In dit hoofdstuk worden de deelvragen beantwoord aan de hand van de verzamelde data, bestaand uit interviews met muziektherapeuten, literatuur en ervaring en observaties uit de praktijk tijdens het ontwikkelen van de module BAAZ! De resultaten van de deelvragen zullen uiteindelijk leiden naar het beantwoorden van de hoofdvraag: *Wat zijn werkbare elementen in muziektherapie met jongeren gericht op emotieregulatie?*

5.1 Deelvraag 1: Wanneer is het werken aan emotieregulatie geïndiceerd?

Het werken aan emotieregulatie is aan de orde wanneer uit psychologisch onderzoek blijkt dat een jongere hier tegenaan loopt⁷. Arianne Struik (2013) vertelt dat wanneer een jongere bij zichzelf emoties niet voelt aankomen in het lichaam, emoties niet herkent, emoties niet kan onderscheiden en/of overspoeld wordt door emoties, er sprake is van een verstoorde emotieregulatie en het nodig is om hieraan te werken (2013, pag. 188-203). In de hiervoor beschreven gevallen wordt een jongere in het dagelijks leven belemmerd door de verstoorde emotieregulatie en kan de jongere niet in contact blijven met de omgeving (Struik 2013, pag. 181). Uit onderzoek is gebleken dat meisjes in de puberteit vaker emotionele labiliteit vertonen dan dat dit bij jongens voorkomt⁸. Rita Kohnstamm zegt dat *"sommige symptomen/stoornissen onder jongeren niet vanzelfsprekend bij deze leeftijdsfase horen, niet van zelf weer overgaan en hun oorzaak vinden in factoren die buiten de adolescentie liggen. Er wordt vanuit de normale ontregeling van de adolescentie een grens overschreden naar pathologie, vanwaar de jongere niet zonder hulp kan terugkeren."* (2009, pag. 175). Wanneer dit laatste het geval is, het overschrijden van de grens naar pathologie, dan is werken aan emotieregulatie geïndiceerd. Rob van Alphen vertelt in een interview hoe hij in Doggershoek⁹ werkte met jongeren met zware hechtingsproblematiek en beginnende psychiatrische problematiek. Deze jongeren lieten in hun gedrag vaak agressie zien, waren verward in contact en ontregeld qua emoties. Dan werd zelfs voorafgaand aan diagnose al muziek ingezet om te kijken of dit de jongere hielp om te kalmeren of emoties te kanaliseren. Uit de praktijkervaring van Rob van Alphen is gebleken dat muziektherapie werkzaam is voor deze jongeren. Hij merkte dat de jongeren konden oefenen met boosheid door middel van 'spitten' in rap, ook ging de energie uit de emoties waardoor de jongeren meer ontspannen werden en uiteindelijk ook rustiger. Mede door deze practice based effecten van muziek op emotieregulatie geeft Van Alphen vaak een aanbeveling, indicatie muziektherapie aan behandelaren als blijkt dat een cliënt problemen ervaart in de emotieregulatie. Ook Channa de

⁷ Bij Intermetzo Almere wordt een jongere bij binnenkomst geobserveerd door verschillende disciplines. Uit deze observaties en gesprekken kan blijken dat een jongere problemen ervaart in de emotieregulatie.

⁸ In *Kleine ontwikkelingspsychologie 3 - De puberjaren* van Rita Kohnstamm wordt door de onderzoekers verteld over de emotionele instabiliteit die jongeren ervaren tijdens de puberteit. Er wordt verteld dat meisjes innerlijk die instabiliteit ervaren, maar dat de buitenwereld dit vaak niet door heeft, omdat meisjes dit niet als zodanig uiten.

⁹ Rob van Alphen is zes jaar werkzaam geweest als muziektherapeut in de Justitiële Jeugdinrichting Doggershoek.

Kruijf¹⁰ vertelt in een interview dat zij in de praktijk heeft gemerkt dat muziektherapie vaak heel veel kan betekenen voor de verbetering en ontwikkeling van emotieregulatie van jongeren. Ze vertelt dat jongeren zelf aangeven dat muziek hen rustig maakt, op de been houdt en ontspanning geeft. Naar aanleiding van die ervaringen wordt de indicatiestelling daar ook op aangepast en wordt er muziektherapie ingezet op het onderdeel, emotieregulatie. Muziek wordt bij jongeren vaak geïndiceerd vanwege de mogelijkheden die het biedt om tot expressie en communicatie te komen, zegt Smeijsters (2006). Ook zegt hij dat kinderen zich bij voorkeur op een andere manier uit dan alleen door taal en “bij pubers is het feit dat muziek aansluit bij de hedendaagse jongerencultuur een van de redenen om muziek therapie te indiceren (2006, pag. 279)

5.2 Deelvraag 2: Welke behandeldoelen kunnen via het werken met een emotieregulatie module behaald worden?

Er lijkt een chronologische volgorde te zijn wanneer het gaat om behandeldoelen voor emotieregulatie. Om een antwoord te geven op deze deelvraag zullen de behandeldoelen in chronologische volgorde beschreven, uitgelegd en onderbouwd worden.

5.2.1 Herkennen van emoties

Onder andere Struik (2013) en de Emotie Regulatie Training (ERT) beginnen met het leren herkennen van (de vier basis)emoties. In therapie wordt er veel gebruik gemaakt van de vier basisemoties; bang, boos, blij en bedroefd. Vrijwel alle emoties kunnen terug gebracht worden naar één van deze basisemoties en daarom is het belangrijk dat een jongere de vier basisemoties kent, deze kan onderscheiden en bij zichzelf kan herkennen, voor dat je kunt kijken naar ingewikkeldere gevoelens en emoties en om te kunnen focussen op verdere behandeldoelen.

Dialectische Gedragstherapie (DGT) is een soort therapie die gericht is op impulscontrole en emotieregulatie. Rob van Alphen werkt bij Inforsa¹¹ veel met deze methode. Ook deze methode begint met doelen als aandachtsvaardigheden en omgaan met emoties. Wat zijn emoties, waarom hebben we emoties en wat is het nut van emoties, waarom zijn we boos, e.d.

5.2.2 Lichamelijke sensaties

Bewustwording van het eigen lichaam is een essentieel onderdeel in behandeling van emotieregulatie, omdat dit namelijk alles te maken heeft met emoties. Godschalk (2012) schrijft in haar scriptie dat lichaamsbewustwording zorgt voor contact tussen aandacht en het lichaam en een opstap is naar interne zelfregulatie. Ze schrijft: “*Lichaamsbewustwording is in feite alles wat het lichaam vertelt over hoe je, je voelt en hoe het met je is.*” (2012 pag.7) Je lichaam geeft veel informatie over hoe je, je voelt, over hoe het met je gaat en wat je lichaam nodig heeft. Je lichaam geeft aan wanneer het honger heeft of rust nodig heeft. Het zorgt er voor dat je gevoelens zoals angst, boosheid, verdriet, verliefdheid e.d. kunt voelen en herkennen. Jongeren met emotieregulatie problematiek hebben vaak een verstoord contact met hun eigen lichaam. Dit betekent dat een jongere zijn/haar lichamelijke sensaties niet of

¹⁰ Channa de Kruijf is werkzaam in de kinder- en jeugdpsychiatrische kliniek van het Erasmus Medisch Centrum in Rotterdam.

¹¹ Inforsa biedt intensieve behandel- en reclasseringsprogramma's voor volwassenen met complexe meervoudige problemen.

nauwelijks herkent en kan plaatsen of zelfs helemaal niet opmerkt. Een jongere voelt bijvoorbeeld niet wanneer hij/zij eten of slaap nodig heeft. Dit kan zorgen voor verstoorde eetgewoonten en/of dag en nachtritme, wat weer kan leiden tot andere fysieke en psychische problemen. Naast het niet ervaren van fysieke behoeften, zorgt een verstoord contact met het eigen lichaam er ook voor dat emoties niet herkend of verkeerd geïnterpreteerd kunnen worden¹².

5.2.3 Actie systemen

Struik (2010) heeft het in haar boek over emotionele reactiepatronen, ook wel actiesystemen genoemd. Zo'n emotioneel reactiepatroon verloopt via vaste onderdelen.¹³

Aanleiding→lichaamsreactie→basisemotie→gedachten→gedrag

Kader 5.2.3

Belangrijk is om inzicht te krijgen in het proces tussen gevoel, gedachten en gedrag. Problemen in de emotieregulatie vinden meestal plaats in de wisselwerking tussen deze 'drie G's'. Situaties kunnen verkeerd geïnterpreteerd worden, omdat een jongere bepaalde gevoelens en gedachten koppelt aan lichamelijke sensaties die niet passend zijn bij een situatie. Vaak zijn dit de zo geheten overspoelende emoties. *"Overspoelende gevoelens ontstaan als een reflex. Zij gaan vaak gepaard met een verkeerde perceptie van de werkelijkheid en een catastrofale voorspelling van de toekomst. De jongere kan niet reflecteren op deze gevoelens en er niet over praten. Deze gevoelens zijn geen gidsen voor de jongere, maar maken de situatie alleen maar erger."* (Struik 2013, pag. 183)

Sue Jennings¹⁴ schrijft dat er bij verstoorde emotieregulatie sprake is van overdistancing en/of underdistancing. Overdistancing is hetzelfde als overspoeld worden door emoties. Iemand kan niet voldoende afstand nemen van zijn/haar emoties en wordt constant overvallen door de heftigheid van de emoties. Underdistancing is hetzelfde als afgestompte emoties. Iemand staat te ver af van zijn/haar eigen innerlijke belevingswereld en voelt lichamelijke sensaties en emoties niet goed aan in het lichaam. Deze twee begrippen, over- en underdistancing, kunnen ook besproken worden in therapie.

5.2.4 Emoties uiten

Emoties kunnen uiten en kunnen laten stromen zoals Struik (2013) het noemt in haar boek horen bij het laatste stadium van behandeldoelen. Emoties leren uit is ten eerste belangrijk voor een persoon zelf en ten tweede voor het contact met anderen in zijn/haar omgeving. Dit zijn ook doelen waar de DGT zich op richt. Rob van Alphen noemt als derde en vierde doel het aanleren van crisisvaardigheden en omgaan met relaties. Crisisvaardigheden richt zich op

¹² Struik (2010)

¹³ Struik (2010)

¹⁴ Sue Jennings is een Britse drama- en speltherapeute en heeft meerdere boeken geschreven over vaktherapie. Eén van de onderwerpen die daarbij vaak aan bod komen zijn onder andere emoties.

wat je moet doen als je heel gespannen bent en jezelf eigenlijk wilt snijden of van een brug afspringen; wat kun je dan doen zodat je jezelf en anderen niet beschadigt. Hoe kun je dat verdragen, welke vaardigheden kun je daarin leren. Omgang met anderen richt zich op hoe je op een adequate manier je emoties en gevoelens kunt delen kunt communiceren naar anderen. Channa de Kruijf licht toe hoe belangrijk groepstherapie kan zijn in het werken aan doelen als omgaan met anderen, het ontwikkelen en onderhouden van relaties en het uiten van emoties. Hierin kan ontzettend veel van elkaar geleerd worden.

5.3 Deelvraag 3: Welke muziektherapeutische interventies zijn belangrijk voor het stabiliseren van de emotieregulatie?

Voor deze deelvraag is gekeken naar welke interventies door de therapeut ingezet kunnen worden om de cliënt verder te helpen in het stabiliseren van de emotieregulatie.

5.3.1 Hier en nu

In muziek wordt in het moment iets gecreëerd of geluisterd wat weer wegeeft. Muziek brengt altijd iets teweeg bij mensen of mensen kunnen juist iets teweeg brengen in de muziek. Han Kurstjens verwoordde het in een college als volgt: *“Muziek als beschermde omgeving waarbinnen dingen gezegd kunnen worden die in het echte leven niet zo gezegd kunnen worden.”* Dat is dus toch een manier van uiten die misschien niet verbaal wordt uitgesproken, maar toch een plek heeft gekregen in de muziek.

5.3.2 Improvisatie

Improvisatie kan een mooie interventie zijn om in te zetten wanneer gemerkt wordt dat een jongere vast zit in de vorm. Wigram zegt het volgende hierover: *“Some clients need to develop abilities to cope with an unpredictable world, and this can begin in developing adaptability to unpredictable musical experiences.”* (2004, pag. 216). Channa de Kruijf vertelt ook dat zij improvisatie inzet om aan te sluiten bij de jongeren. Hierover vertelt ze dat het helpt om de jongere te laten nadenken over wat hij/zij wel en niet fijn vindt en waarom. Door het improvisatieproces kan een jongere nadenken over hoe hij/zij zich voelt bij het maken van muziek en wat dat oproept. Dan kan vervolgens weer de vertaalslag gemaakt worden naar hoe je die kennis zou kunnen integreren in het dagelijks leven. Die vertaalslag is belangrijk, omdat je niet op elk moment kan terugvallen op het medium muziek. Wanneer je, je de in muziek geleerde vaardigheden eigen maakt, dan kun je ook in het dagelijks leven jezelf reguleren. Smeijsters (2009) bevestigt dit. Hij zegt dat de analogie tussen gebeurtenissen in een muzikale improvisatie en gebeurtenissen in het dagelijkse leven van een jongere, mogelijkheden biedt voor verandering (2009, pag.297).

5.3.3 Receptieve werkvormen

Receptieve werkvormen worden vaak ingezet bij het begin van een therapieproces en wanneer actief muziek maken nog te spannend is voor een cliënt. Smeijsters legt uit dat bij associatief luisteren (onderdeel van receptieve muziektherapie) er een emotionele of subjectieve reactie veroorzaakt wordt bij de luisteraar. De luisteraar verbindt aan dat wat hij/zij hoort een persoonlijke associatie/gevoel (2009, pag. 118). Daarnaast zegt Smeijsters ook dat luisteren

naar muziek ook aansluit bij de belevingswereld van de jongere en verlaagt het de drempel naar het actief muziek maken (2009, pag. 131). In het actieonderzoek, waaruit de module BAAZ! is voortgekomen, is dit ook gebleken, de participerende jongeren gaven aan welke persoonlijke verbinding zij hadden met de muziek die ze lieten horen. De muziek kon af en toe beter verwoorden wat zij voelden of dachten.

5.3.4 Rust

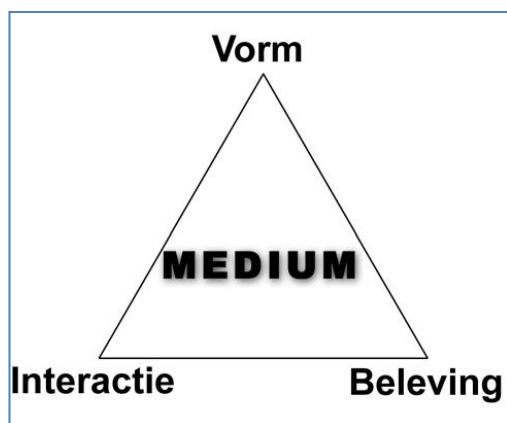
Muziek helpt bij het reguleren van spanning, zeggen Channa de Kruijf, Harry Kappen en Rob van Alphen. Jongeren in therapie geven vaak aan dat ze rustig worden van muziek en dat muziek vaak beter kan verwoorden wat zij voelen dan zichzelf. De Kruijf vertelt dat ze die kennis bewust inzet en daardoor receptieve werkvormen gebruikt of playlists maakt die jongeren in het dagelijks leven kan gebruiken. Denise Grocke en Tony Wigram schetsen ook dat muziek kan leiden tot een diepe innerlijke rust: *“The following relaxation induction, adapted from Crook (1988), is a particularly effective induction in that it leads to a deeply relaxed place in which Crook focuses on the person feeling good about him or herself. In a deeply relaxed state it affirms a deeper sense of oneself, and this is important for older adolescents from about the age of 15.”* (2007, pag. 85).

5.3.5 Analogie & observatie met het muzikale componentenschema

Smeijsters legt in zijn theorie van het analoge procesmodel uit dat wat een cliënt laat zien in de muziek analoog is aan hoe de cliënt zich in het dagelijks leven verhoudt (2006, pag. 104-105). Daarom is het belangrijk dat een muziektherapeut het muzikale proces en de vormgeving observeert en analyseert m.b.v. het componentenschema. Die analyse levert nieuwe gespreksstof en punten op om mee aan de slag te gaan in de therapie. Ook Wigram sluit hierbij aan: *“Musically structured or free improvisation provides a complex source of data for analysis and the applied use of the improvisation assessment profiles is effective in identifying music events that relate to therapeutic issues, as well as analyzing creativity and musical interaction.”* (2004, pag. 32).

5.3.6 Mediumdriehoek

De mediumdriehoek is een veel gebruikte en belangrijk creatief therapeutisch observatie-instrument. De mediumdriehoek bestaat uit de componenten, vorm, interactie en beleving (figuur 5.3.6)



Figuur 5.3.6 Mediumdriehoek

In creatieve therapie zijn deze componenten van belang en zijn altijd tegelijkertijd aanwezig. De therapeut kijkt naar de samenhang van deze componenten, omdat dit het persoonlijk functioneren van de cliënt weerspiegelt. Afhankelijk van doelen en werkwijze worden keuzes voor interventies gemaakt (Smeijsters 2009, pag. 146-148).

Als bijvoorbeeld blijkt dat een cliënt erg in de vorm zit, kan de therapeut interventies doen om de cliënt meer in beleving te krijgen. Als de therapeut merkt dat de cliënt vooral op zichzelf en het instrument gericht, kan het interventies doen om de muzikale interactie tussen de cliënt en de therapeut en/of groepsleden te stimuleren. Tijdens het ontwikkelen van de module BAAZ! is er ook veel gebruik gemaakt van de mediumdriehoek en zijn er interventies gedaan om aan te sluiten bij de medium- en emotionele behoefte van een jongere, of om juist een jongere in een andere componenten van de mediumdriehoek te krijgen.

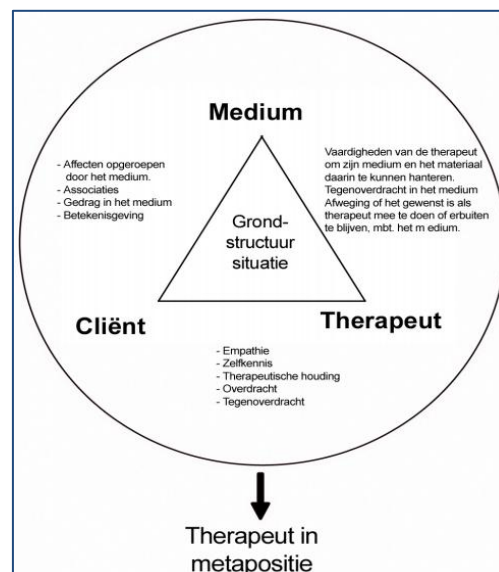
Jongere V en de therapeut speelden een improvisatie beiden op een eigen piano. Tijdens de improvisatie bleef V erg in de vorm zitten. Ze bleef een vaste melodie van een bestaand liedje spelen. De therapeut deed zowel een muzikale als een verbale interventie, waardoor V in staat was om even de vorm los te laten en meer het experiment op te zoeken.

Tijdens de groepsessie waar het lied We Found Love werd uitgevoerd, raakte A steeds haar tempo op het keyboard kwijt. De therapeut ging naast A zitten en speelde duidelijk de bastonen naast A op het keyboard. Hierdoor was A in staat om het tempo vast te houden en de juiste akkoorden reeks te spelen.

Kader 5.3.6

5.3.7 Therapeutische driehoek

De therapeutische driehoek (zie figuur 5.3.7) kan gebruikt worden voor het bepalen van een interventie. Channa de Kruijf beschrijft dat jongeren in het beginstadium van therapie vaak nog aan het zoeken zijn in het medium om dit te leren kennen. Het contact met het medium is dan zeer intensief. Pas in een wat later stadium komt de therapeut meer in beeld, op het moment dat de cliënt zich vertrouwdert met het medium. Dan kan de therapeut meer op de voorgrond treden en de cliënt meenemen a.d.h.v. muzikale interventies.



Figuur 5.3.2 Therapeutische driehoek

5.3.8 Groepstherapie

Wanneer een jongere verder in het therapieproces is, wat emotieregulatie betreft, dan kan er een start gemaakt worden met groepstherapie. Verder in het therapieproces zijn houdt in dat een jongere weet wat de vier basisemoties zijn, vertrouwd is met het medium muziek, kennis heeft over actiesystemen onderliggend aan emoties en weet en voelt hoe lichamelijke sensaties verbonden zijn met emoties. Dat is een hele waslijst, maar wanneer een jongere nog niet in dat stadium is, dan is groepstherapie eerder een stressfactor i.p.v. dat het een hulpfactor kan zijn. In groepstherapie kan een jongere zijn/haar vaardigheden laten zien, uitproberen en reageren op de andere groepsleden. Er kan in het lotgenotencontact veel van elkaar geleerd worden (De Haas 2014). De Kruijf zegt dat groepstherapie ook goed aansluit bij de leeftijdsfase van de jongeren waarin peergroups heel belangrijk zijn. Zo is dat ook terug te vinden in het boek van Kohnstamm, jongeren trekken naar elkaar toe; groepsvorming in de adolescentie is een normaal en belangrijk verschijnsel (2009, pag. 193). Daarnaast wordt dit belang ook genoemd door Smeijsters: *“Muziektherapie hanteert de muzikale interactie als betekenisvolle afspiegeling van de non-verbale communicatie.”* (2009, pag. 279). In het actieonderzoek met de vier jongeren kwam tijdens de groepssessies het behandeldoel heel duidelijk naar voren door de groepsdynamiek en het nagesprek. Het doel was ‘in dezelfde situatie kunnen mensen verschillende emoties ervaren’. Tijdens de tekenopdracht op muziek was in de eindproducten duidelijk verschil te zien in ieders perceptie van de muziek.

5.4 Deelvraag 4: Welke therapeutische houding moet een therapeut aannemen in het werken aan emotieregulatie met jongeren?

“Succesvolle therapeuten onderscheiden zich door hun oprechtheid in de relatie, empathie en onvoorwaardelijke positieve belangstelling, waarmee ze een context weten te creëren in de therapie waarin cliënt zich veilig en volledig geaccepteerd voelt.” (Mw. Drs M.C.L. Baljon 2009)

5.4.1 Basishouding

De jongeren die hebben geparticipeerd in het actieonderzoeken waren bijna allemaal gediagnosticeerd met een hechtingsstoornis. Bij een hechtingsstoornis is er sprake van een chronisch gebrek aan basis vertrouwen¹⁵. Daarom is het belangrijk om bij deze jongeren te investeren in de therapeutische relatie. Dit houdt in dat de therapeut een validerende, steunende en transparante houding aanneemt om de veiligheid en therapeutische relatie te bevorderen en te waarborgen. De therapeutische relatie de belangrijkste voorwaarden voor het slagen van een therapie. Clarkson (1997, pag. 4) zegt hierover: *“More and more research studies demonstrate that it is the relationship between the cliënt and (psycho)therapist, more than any other factor, wich determines the effectiveness of therapy.”*

Daarnaast is uit het actieonderzoek gebleken dat het belangrijk is om een geïnteresseerde houding te hebben en open te staan voor muzikale voorkeuren van de jongeren, los van de muzikale voorkeur van de therapeut. Duidelijk werd dat de jongeren (muzikaal) meer van

¹⁵ Dit basisvertrouwen ontwikkelt zich bij een gezond kind in samenwerking met een gezonde leefomgeving; bij hechtingsgestoorde kinderen is een gezonde leefomgeving afwezig en kan een kind het basis vertrouwen niet ontwikkelen.

zichzelf lieten zien wanneer er ruimte was voor hun eigen muzikale voorkeur en wanneer de therapeut daar interesse in toonde. Als laatste is empathie een belangrijke basishouding. Empathie wil zeggen dat de therapeut zich concreet inleef in de beleavingswereld van de cliënt¹⁶.

5.4.2 Werkwijze

Tijdens het ontwikkelen van de module BAAZ! is gebleken dat twee creatief therapeutische werkwijzen¹⁷ en de daarbij behorende therapeutische attitude, aansluiten bij het werken aan emotieregulatie, namelijk de *ortho(ped)agogische werkwijzen* en de *supportieve werkwijze* waarbij de supportieve werkwijze op de voorgrond ligt.

De supportieve werkwijze richt zich op het leren omgaan met problemen. De werkwijze is niet gericht op het doorwerken van de problematiek, maar op hoe een cliënt met zijn symptomen om kan gaan¹⁸. Deze werkwijze is ondersteunend, stabiliserend, actualiserend en ontwikkelingsgericht. Doelstellingen zijn o.a. een emotioneel evenwicht bereiken, verstervingen van de afweer en exploreren van gedachten en gevoelens. Deze werkwijze is zeer geschikt in het werken aan emotieregulatie. Therapeutische houdingsaspecten die horen bij deze werkwijze zijn ondersteunen, helpen, begeleiden, structureren en valideren. Rob van Alphen benadrukt het belang van validerend werken en het meegeven van succeservaringen aan jongeren. Ook Rogers beschreef al het belang van validerend werken: *“Aanvaarding van de cliënt reikt verder dan empathie, zeker bij de cliëntgroep waar dit artikel op doelt. De cliënten kenmerken zich door een niet-aanvaardende, veroordelende en invaliderende houding tegenover zichzelf. Van de therapeut wordt dan een instelling vereist die verder gaat dan door de meeste behandelaars onderschreven wordt: hij of zij moet basaal affiniteit hebben met deze kwetsbare, lijdende en falende mens, en moet in het negatieve het positieve kunnen zien: wat de patiënt laat zien heeft een betekenis en heeft hem of haar doen overleven.”* (Van den Bosch 2007, pag. 42) De ortho(ped)agogische werkwijze richt zich op het ondersteunen van ontwikkeling. Doelen kunnen gericht zijn op de cognitieve-, sociale-, emotionele-, en/of psychomotorische ontwikkeling. De therapie richt zich op het aanleren van vaardigheden, zoals aandacht vasthouden, concentratieboog vergroten, vergroten van gerichtheid op de ander, verbeteren van sociale vaardigheden en het leren uiten van emoties. De therapie is voornamelijk doelgericht (het aanleren van vaardigheden), de houding van de therapeut is sturend en directief.

5.4.3 Zelfactualiserend proces

Smeijsters (2006) heeft het over het zelfactualiserend proces waarbij de nadruk wordt gelegd op het authentieke Zelf van de cliënt. Er wordt uitgegaan van een principe uit de humanistische psychologie, namelijk: *“Zij benadrukken ieder op een eigen manier dat ziekte ontstaat omdat de mens dingen denkt, voelt en doet die oneigenlijk zijn aan wat hij in de kern is. Doordat een schijnzelf ontstaat, verliest hij het contact met zichzelf en wordt hij psychisch ziek.”* In het zelfactualiserend proces richt de therapie zich op het onderzoeken wat een cliënt

¹⁶ Weerman A.(2013) *Zes psychologische stromingen en één cliënt*

¹⁷ Deze werkwijzen beschrijft Henk Smeijsters (2006) in zijn boek *Handboek Creatieve Therapie*

¹⁸ Visscher e.d (2015) *Beeldende therapie bij seksuele traumatische ervaringen*

eigenlijk denkt en voelt en hoe hij eigenlijk wil handelen. Hierbij zijn een empathische houding en onvoorwaardelijke steun van de therapeut belangrijk. Dit laatste sluit aan bij de cliënt-centered benadering van Rogers¹⁹.

5.5 Deelvraag 5: Welke elementen observeer je wanneer je emotieregulatie in kaart wil brengen?

Om goed te kunnen kijken naar wat er in therapiesessies gebeurt, zijn er een aantal elementen die als leidraad dienen om de emotieregulatie bij jongeren te observeren. De vijf elementen komen overeen met de behandeldoelen die ook in paragraaf 5.2 worden besproken.

5.5.1 De vier basisemoties

De vier basisemoties bang, boos, blij en bedroefd zijn het beginpunt van het werken aan emotieregulatie. Zoals al eerder gezegd, moet een jongere eerst deze vier emoties (her)kennen voordat verder gewerkt kan worden aan verdieping van emotieregulatie (Struik 2013, pag. 191). Het observeren van de basisemoties kan gedaan worden middels werkvormen die de jongeren vragen een emotie muzikaal of beeldend vorm te geven. Tijdens het actieonderzoek is een receptieve/actieve muzikale werkvorm gebruikt, waarbij de jongere aan de hand van vier foto's die elk een basisemotie voorstelde; een voor haar passend stuk muziek liet horen of speelde op een instrument.

5.5.2 Lichamelijke sensaties

Na de psycho-educatie over lichamelijke sensaties is het belangrijk dat een jongere in contact komt met zijn/haar eigen lichaam. Pas wanneer iemand zich bewust is van het eigen lichaam, dan pas kan iemand weten wat hij/zij voelt en op welke plek in het lichaam (Godschalk 2012). Met een bodyscan²⁰ kan de jongere geholpen worden om zich bewust te worden van zijn/haar eigen lichaam. Vervolgens kan de therapeut met een formulier zoals het formulier *Lichamelijke sensaties* van BAAZ! (zie bijlage) gebruiken om inzicht te krijgen waar een jongere lichamelijke sensaties ervaart in het lichaam aansluitend bij bepaalde emoties. In figuur 5.5.2 is een voorbeeld te zien van zo'n ingevuld formulier wat door de jongeren is gebruikt in de testfase van BAAZ!

¹⁹ Rogers is een humanistische psycholoog en grondlegger van de client-centered therapie (Van der Molen 2007, pag. 261-262).

²⁰ De bodyscan is een lichaamsgerichte interventie die de therapeut kan uitvoeren met een cliënt, met als doel om in contact te komen met het eigen lichaam. Het is een oefening in aandacht en bewustwording.

5.5.4 Uiten van emoties

Hoe een jongere zijn/haar emoties uit is terug te zien in de muzikale en beeldende vormgeving, de verbale en non-verbale communicatie en de onderlinge interactie. Om deze processen te kunnen observeren kunnen verschillende hulpmiddelen gebruikt worden.

Muzikale vormgeving

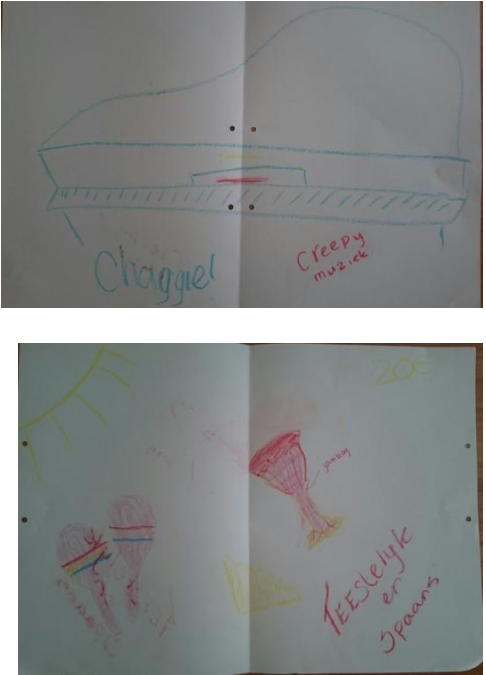
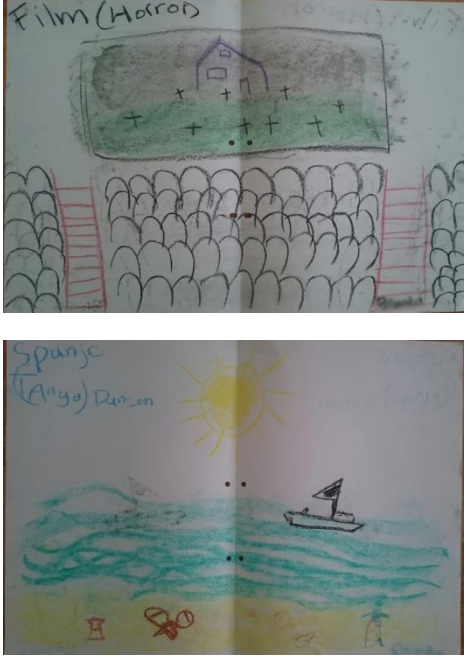
Dit kan geobserveerd worden middels het muzikale componentenschema van Han Kurstjens. Met dit schema kan gekeken worden naar elk component afzonderlijk om zo met al deze informatie te komen tot een beeld over hoe iemand zich uit in de muziek. Dat geeft informatie om over in gesprek te gaan. Channa de Kruijf geeft ook aan dat ze de informatie uit het muzikale proces bespreekt met de jongere: *“Ik zeg altijd tegen de jongere dat ik niet precies kan horen wat er met jou aan de hand is. Dus ik geef het terug aan de jongere.”*

Beeldende vormgeving

Binnen muziektherapie kan er ook gebruik gemaakt worden van beeldende werkvormen. De muziektherapeut kan a.d.h.v. het beeldende componentenschema²¹ o.a. observeren hoe een jongere omgaat met het (teken)materiaal en vorm geeft aan een opdracht. Dit kan vervolgens verbaal besproken worden met de jongeren. Tijdens het ontwikkelen van BAAZ! is er een werkvorm uitgevoerd waarbij de jongeren gingen tekenen op muziek. De onderzoekers hebben vier muziekfragmenten laten horen die elk gelinkt waren aan een basisemotie. Tijdens elk muziekfragment kregen de jongeren een groot vel wit papier waarop zij hun gevoel, gedachten en/of associaties die ze bij het fragment kregen, mochten tekenen. Er werd getekend met pastelkrijt en al gauw werd duidelijk dat de jongeren het krijt verschillend benaderden. V begon met het krijt te experimenteren en het uit te smeren op de tafel, terwijl Z vooral bezig was met dat haar handen vies werden. Teken op muziek is een behulpzame werkvorm gebleken om in kaart te brengen hoe een jongere de muziek (op dat moment) beleeft. In het *figuur 5.5.4(Werkvormen tekenen op muziek)* zijn vier tekeningen afgebeeld, getekend door twee jongeren. De bovenste twee tekeningen horen bij de emotie ‘bang’ en de onderste twee bij de emotie ‘blij’. Je ziet een duidelijk verschil tussen de beleving en vormgeving van de jongeren. Z tekent voornamelijk uit de vorm. Ze heeft instrumenten die ze hoorde getekend. B tekent voornamelijk vanuit beleving. De beleving die ze ervoer tijdens de muziekfragmenten heeft ze weten om te zetten in beeld. Dit verschil zou al iets kunnen vertellen over dat B wellicht een stap verder is in het focussen op de eigen belevingswereld, dan Z.

Wanneer de therapeut merkt dat een jongere niet verder komt in het kunnen benoemen van emoties, dan kan de emotiewaaier ingezet worden. Middels de emotiewaaier krijgt de jongere een voorzetje over het scala van emoties dat er is. Deze emotiewaaier is gebaseerd op de versie uit de Emoscoop (Laevers 2012). Voor BAAZ! is door Kyra de Rooij (student Docent beeldende vorming) een emotiewaaier ontworpen. De emotiewaaier is toegevoegd als bijlage aan dit verslag.

²¹ Het beeldende componentenschema is terug te vinden in de *Praktische kaders voor het methodisch werken van de CTer*.

Jongere Z	Jongere B
	

Figuur 5.5.4 Werkvorm tekenen op muziek

Verbale communicatie

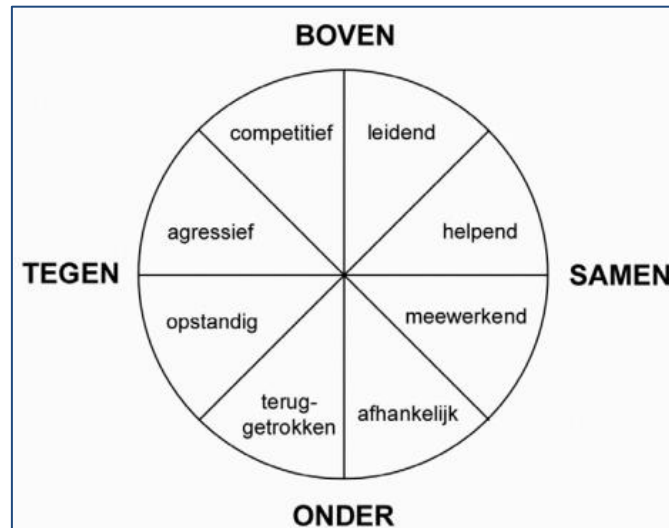
In hoeverre is een jongere in staat om te verwoorden wat hij/zij voelt en ervaart? Pas wanneer een jongere de punten 5.5.1, 5.5.2, 5.5.3 en 5.5.4 begrijpt, dan kan de stap gemaakt worden naar het daarover leren praten. Dit gaat vaak niet vanzelf (Struik 2013).

Non-verbale communicatie

Dit aspect is net zo belangrijk om te observeren als verbale communicatie. Harry Kappen zegt: “Jongeren ‘zeggen’ ook veel door hun lichaamstaal en non-verbale communicatie. Probeer niet alleen te kijken naar het (probleem)gedrag, maar probeer te zien wat de jongere daar mee probeert te communiceren.” Een therapeut kan een spiegelende houding aannemen om de jongere erop attent te maken wat hij/zij ziet (Wigram 2004). Wigram zegt over non-verbaal spiegelen: “*Mirroring: Doing exactly what a client is doing musically, expressively and through body language at the same time as the client is doing it. The client will then see his or her own behaviour in the therapist’s own behaviour.*” (Wigram 2004, pag. 82). Vervolgens is het belangrijk dat de therapeut teruggeeft aan de jongere wat hij/zij denkt te zien. Dit zegt Channa de Kruijf ook: “Jongeren willen graag weten wat ik denk, het is eng wanneer ik dit niet doe, want dan zou ik er allerlei gedachten over kunnen hebben. Daarnaast kan het ook heel goed zijn dat ik iets niet goed gezien heb.”

Onderlinge interactie

Om de communicatie en interactie tussen de jongere en de therapeut en tussen de jongeren onderling te observeren is de Roos van Leary ideaal (zie *figuur 5.5.4 Roos van Leary*). Hierbij kan gekeken worden naar welke rol iemand aanneemt, of dit verandert, hoe dit verandert en hoe men op elkaar reageert.



Figuur 5.5.4 Roos van Leary

Karin Schumacher heeft een theorie ontworpen waarmee het niveau en de kwaliteit van contact geobserveerd en beoordeeld kan worden: *“In het boek van Karin Schumacher worden de zeven contact-modi beschreven. Deze modi houden in dat er verschillende niveaus zijn waarop iemand contact kan maken. Niveau 0 is de modus waarin iemand geen contact heeft met zijn/haar omgeving en zich alleen van zichzelf bewust is. Niveau 6 is de modus waarin iemand contact heeft met zijn/haar omgeving; dit is de beste modus waarin samenspel en wisselwerking in contact tot stand kan komen. Het laatste niveau is het meest optimale. De niveaus tussen 0 en 6 bouwen op tot de optimale modus, nummer 6.”* (Schumacher, pag. 246-251)

5.5.5 Overspoelende emoties

Om dit element te kunnen observeren moet weer gedacht worden aan de twee begrippen overdistancing en underdistancing van Sue Jennings. Staat een jongere te dicht bij zijn/haar emoties, waardoor hij/zij steeds overspoeld wordt of staat een jongere te ver af van zijn/haar emoties, waardoor hij/zij ze niet aanvoelt. Dit is te observeren vanuit de mediumdriehoek; wanneer een jongere teveel in de beleving zit en hierdoor belemmert wordt, of juist vast zit aan de vorm, dan is de kans groot dat er sprake is van overspoeling of afstomping van emoties.

6. Conclusie

In dit onderdeel wordt eerst de probleemstelling kort uiteengezet, vervolgens wordt de hoofdvraag beantwoord door middel van alle gegevens en resultaten uit dit onderzoek.

Dit onderzoek is gestart vanuit de probleemstelling dat er na de inhoudelijke oriëntatie bleek dat er voor jongeren nog geen bestaande muziektherapeutische module gericht op emotieregulatie was. Vanuit die kennis is er een actieonderzoek gestart met de doelstelling om zo'n module te ontwikkelen. De hoofdvraag die hierbij gesteld werd is: wat zijn de werkzame elementen van muziektherapie voor jongeren gericht op emotieregulatie?

Aan de hand van literatuurstudie, open interviews met muziektherapeuten en participerende observaties in de praktijk is er getracht een antwoord te geven op de deelvragen en zo ook de hoofdvraag. Het onderzoek is uitgevoerd met vier jongeren die in behandeling zijn bij Intermetzo Almere.

Vanuit het *Handboek voor muziektherapie* wisten de uitvoerende studenten dat muziektherapie aansluit bij de behoefte van kinderen en jongeren: *“Kinderen drukken zich bij voorkeur op een andere manier uit dan alleen door taal. Een ervaringsgerichte therapievorm sluit aan bij kinderen die meer gericht zijn op het doen in het hier en nu. Bij pubers is het feit dat muziek aansluit bij de hedendaagse jongerencultuur één van de redenen om muziektherapie te indiceren.”* (Smeijsters 2009, pag. 279). De logica om een verbinding te maken tussen muziektherapie en het werken aan emotieregulatie is hiermee snel gemaakt.

De eerste ontdekking n.a.v. dit onderzoek is dat er een duidelijke hiërarchie te ontdekken is in het werken aan emotieregulatie. Vanuit de ERT, DGT en de stabilisatiemethode van Arianne Struik wordt met deze hiërarchie gewerkt.

Ten tweede is er een ontdekking gedaan m.b.t. improvisatie. Improvisatie an sich kan een cliënt helpen om los te komen van de vorm, zegt Wigram. Hij legt dit verder uit door te vertellen dat de kracht van geïmproviseerde muziek ligt in het feit dat de cliënt niet vast zit in een kader, maar alleen vanuit zichzelf als referentiekader de muziek maakt. Dit zorgt ervoor dat er in deze geïmproviseerde muziek altijd een weerspiegeling is van de stemming, emoties en het gedrag van de cliënt (2004, pag. 35). Smeijsters benoemt dit ook: *“Tenslotte is er de analogie tussen de gebeurtenissen binnen een muzikale improvisatie en gebeurtenissen in het dagelijkse leven van de cliënt die mogelijkheden tot veranderingen biedt.”* (Smeijsters 2009, pag. 279). Uit het actieonderzoek is gebleken dat de werkzaamheid van improvisatie verloren gaat wanneer de jongere te angstig is om te improviseren. Dit sluit aan bij wat Wigram improvisatieangst noemt (2004 pag. 183).

Het derde aspect dat naar voren kwam uit dit onderzoek heeft betrekking op de supportieve werkwijze. Uit het onderzoek is gebleken dat deze werkwijze goed aansluit bij de doelgroep jongeren. Rob van Alphen beschrijft dat valideren, onderdeel van de supportieve werkwijze, erg belangrijk is om daarmee een jongere succeservaringen mee te geven. Verder vertelt Van Alphen dat de muziek fungeert als vorm voor de jongere om de (ontregelde) emoties een plek te kunnen geven; doordat deze plek gecreëerd wordt, krijgt de jongere een succeservaring mee. Deze validerende houding is ook in het onderzoek aangenomen door de therapeut en

daardoor bleek de jongere in staat te zijn om de werkvorm goed uit te voeren en hierdoor een succeservaring op te doen.

Ten vierde resulteerde uit dit onderzoek dat het visualiseren van de belevingswereld d.m.v. beeldende werkvormen werd bewerkstelligd. De keuze voor de beeldende werkvormen is in eerste instantie gedaan vanuit de intuïtie van de uitvoerende studenten. De beeldende werkvormen werden ingezet, omdat deze (voor de meeste jongeren) laagdrempelig waren en een completer beeld gaven van de interpretatie, beleving en vormgeving van de jongere. Uit de praktijk van BAAZ! werd duidelijk dat het tastbare beeld, n.a.v. de vormgeving, zorgde voor een kader van waaruit geëvalueerd en gereflecteerd kon worden.

Uit het onderzoek kan ook geconcludeerd worden dat groepstherapie een werkzaam element is. Groepsvorming is volgens Kohnstamm een natuurlijk verschijnsel, aangezien een peergroup voor jongeren een belangrijke plek inneemt. Hier werd op aangesloten in het actie-onderzoek door in de module twee groepsessies aan te bieden. Wanneer een jongere in een groep fungeert kan hij/zij veel hebben aan het lotgenotencontact. Er is sprake van herkenning bij elkaar en de jongeren kunnen elkaar confronteren (De Haas 2014). Dit kwam ook naar voren in het actie-onderzoek, de jongeren kregen juist in de groepscontext inzicht over ‘in dezelfde situatie kunnen mensen verschillende emoties ervaren.’

De emotiewaaier van BAAZ! is een handig hulpmiddel voor de therapeut om in te zetten wanneer een jongere vastloopt in het benoemen van emoties. De emotiewaaier kan de jongere een voorzetje geven door hem/haar een aantal emoties aan te reiken d.m.v. de emotiewaaier.

Tot slot zijn er drie observatie-instrumenten, namelijk de mediumdriehoek, de therapeutische driehoek en het muzikale componentenschema, die onder werkzame elementen geschaard kunnen worden (Smeijsters 2009, pag. 146-148). De werkzaamheid in deze elementen ligt hem in het feit dat ze de therapeut helpen bij het observeren van de emotieregulatie bij de jongeren. N.a.v. deze observaties kunnen door de therapeut interventies gedaan worden die jongere sturen in het therapieproces.

Al de bevindingen uit het onderzoek en de uiteindelijke conclusie zijn pas bruikbaar voor het werkveld wanneer er aan een aantal randvoorwaarden wordt voldaan. Daarnaast is er sprake van een aantal tekortkomingen in dit onderzoek. Deze randvoorwaarden en tekortkomingen worden in *Discussie en Aanbevelingen* besproken.

7. Aanbevelingen

Inleiding

In dit onderdeel vind u een aantal aanbevelingen die betrekking hebben op het uitvoeren van de module BAAZ! en vervolgonderzoek. De aanbevelingen komen voort uit de resultaten van dit onderzoek.

7.1 Aanbevelingen voor het uitvoeren van de module BAAZ!

7.1.1 Aansluiten

Het is belangrijk om aan te sluiten bij de muzikale belevingswereld van een jongere. Uit dit onderzoek is gebleken dat zij hierdoor beter te motiveren zijn tot deelname en geeft het de jongere de ruimte om zich te uiten door muziek die bij hem/haar past.

7.1.2 Supportieve werkwijze

De supportieve werkwijze is uiterst effectief gebleken in dit onderzoek. Daarom is het ten eerste aan te raden om deze werkwijze te hanteren bij het werken met BAAZ!

7.1.3 Korte spanningsboog

Tijdens dit actie-onderzoek is ontdekt dat de spanningsboog van de jongeren vaak niet langer is dan 30 minuten. Houdt hierbij rekening bij de duur van de activiteiten en los zo nodig een korte pauze in.

7.1.4 Voorbereiding improvisatie

Naar aanleiding van dit onderzoek is het aan te bevelen om vooraf aan de module twee sessies te wijden aan improvisatie. Dit om de stap naar improvisatie tijdens BAAZ! voor de jongeren makkelijker te maken.

7.1.5 Communicatie

In het geval van residentieel verblijf van jongeren is er altijd een tussenschakel, namelijk de groepsleiding. De weerbarstigheid van de praktijk toonde aan dat de groepsleiding vaak niet goed communiceerde naar de jongeren en de therapeut toe. Zorg er voor dat therapietijden en afspraken goed gecommuniceerd, bevestigd en nageleefd worden door de groepsleiding.

7.2 Aanbevelingen voor de praktijk en vervolgonderzoek

7.2.1 Onderzoek naar de interventie beschrijving van de module BAAZ!

De evaluatiegroep die gekeken heeft naar de module BAAZ!, laat verschillende meningen horen over de vorm van de interventiebeschrijving. Sommige van hen vinden het een duidelijk format, terwijl anderen het advies geven om de interventies en werkvormen uitvoeriger te beschrijven. Aan te bevelen is om deze module aan meerdere muziektherapeuten voor te leggen. Dit om te onderzoeken of de interventiebeschrijving in de

module helder genoeg is of dat er gekeken moet worden naar een duidelijker format waarin de inhoud van de sessies beschreven kunnen worden.

7.2.2 Grootschaliger onderzoek

Dit actie-onderzoek is uitgevoerd onder vier jongeren van Intermetzo Almere. Om van een practice based/evidence based module te kunnen spreken is het noodzakelijk om deze module met meer jongeren en door meer muziektherapeuten uit te laten voeren.

7.2.3 Vervolgmodule op BAAZ!

De eerste intentie van dit onderzoek was om een stabilisatiemodule gericht op emotieregulatie te ontwikkelen. Er is uiteindelijk voor gekozen om hier van af te stappen en een observatiemodule te schrijven. Toch zou het mooi zijn als die stabilisatiemodule nog ontwikkeld zou worden, omdat uit het behoefte-onderzoek is gebleken dat hier vraag naar is vanuit het werkveld.

Discussie

Tijdens dit actie-onderzoek zijn er een aantal elementen te noemen om dit onderzoek te kunnen valideren.

Ten eerste hebben de onderzoekers door verschillende redenen niet alle sessies zoals beschreven in de module BAAZ! kunnen uitvoeren met alle vier de jongeren. Vaak was er hier sprake van overmacht en leeftijdsgerelateerde problematiek. Hierdoor zijn sommige sessies breder getest en geëvalueerd dan anderen.

Ten tweede is het muziek- en beeldmateriaal naar eigen inzicht gekozen en nog niet voorgelegd aan een evaluatiegroep om tot consensus te komen over de bruikbaarheid van dit materiaal. Het gaat hier om foto's en muziekfragmenten die door de onderzoekers intuïtief gelinkt zijn aan de vier basisemoties.

Tot slot is er nog op te merken dat in het gehele onderzoek alleen georiënteerd is op bestaande Nederlandse werkwijzen m.b.t. emotieregulatie. Er is wel gekeken naar en onderbouwd met buitenlandse literatuur, maar om een compleet beeld te krijgen van bestaande (muziek)therapeutische methodes gericht op emotieregulatie, moet er verder gekeken worden dan Nederland.

Bronnenlijst

Alphen, R., verbonden als muziektherapeut aan Inforsa - Intensieve en forensische psychiatrie. Interview gehouden op 13-03-2015 te Amsterdam.

Ahmas (2009). *Ahmas - Therapeutische relatie*. Gevonden op: <http://www.psychologie.ahmas.nl/modules/pagesahmas/php/view.php?id=19478&rev=-1>. Geraadpleegd op 7 juni 2015

Bosch, van den, L.M.C., (2007). *Valideren, een vak apart*. Tijdschrift Cliëntgerichte Psychotherapie, 45 (4), 39-50.

Clarkson, P. (1997). *The therapeutic relationship* (1^e ed). Londen, Engeland: Whurr Publishers.

De Hoofdlijn (2015). *De Hoofdlijn - Praktijk voor psychotherapie en psychiatrie*. Gevonden op: <http://www.dehoofdlijn.nl/behandelaanbod/Emotie%20Regulatie%20Training%20%28ERT%29.html>. Geraadpleegd op 5 april 2015.

Delfos, M.F. (2009). *Ontwikkelingspsychopathologie: stoornissen en belemmeringen* (7e ed). Amsterdam: Pearson.

Dorrepaal, E, Thomaes, K & Draijer, N. (2009). *Vroeger en verder - Een stabilisatiecursus na misbruik of mishandeling* (2e ed). Amsterdam: Pearson Assessment and Information.

Elliot, R. (2003). *Experiential Therapy Session*. Gevonden op: http://www.experientialresearchers.org/instruments/elliott/tes_form.html (Geraadpleegd op 14 april 2015).

Elliot, R. (2001). *Helpful Aspect of therapy Form*. Gevonden op: <http://www.experientialresearchers.org/instruments/elliott/hat.html> (Geraadpleegd op 2 april 2015).

Essen, van, K. (2015). *Van Essen - Praktijk voor muziektherapie*. Gevonden op: http://www.vanessenmuziektherapie.nl/de_therapist.html. Geraadpleegd op 5 april 2015.

Godschalk, M. (2012). *Neem het zoals het is - Wat is het effect van de bodyscan op de lichaamsbewustwording bij mensen met een persoonlijkheidsstoornis?* (1e ed.). Zwolle: Hogeschool Windesheim.

Grocke, D. & Wigram, T. (2007). *Receptive Methods in Music Therapy - Techniques and Clinical Applications for Music Therapy Clinicians, Educators and Students* (1e ed). Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.

Haas, de, W., (2014). *Groepsbegeleiding en groepsbehandeling in gezondheidszorg* (1e ed). Amsterdam: Boom Nelissen.

HU/FMR, Instituut voor Social Work, *Creatieve therapie Praktische kaders voor het methodisch werken van de CT'er*, studiejaar 2014 – 2015.

Inforsa (2015). *Inforsa*. Gevonden op: <http://www.inforsa.nl>. Geraadpleegd op 13 maart 2015.

Intermetzo Almere (2015). *Intermetzo - Kinderen & Jongeren*. Gevonden op: <http://www.intermetzo.nl/kinderenjongeren>. Geraadpleegd op 29 maart 2015.

Jennings, S. (1995). *Dramatherapy with Children and Adolescents* (1e ed). New York: Routledge.

Kappen, H., verbonden als muziektherapeut aan Intermetzo Almere. Interview gehouden op 29-03-2015.

Kohnstamm, R. (2009). *Kleine Ontwikkelingspsychologie 3 - De puberjaren* (3e ed). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Koppens, L. & Kregten, van, C. (2012). *Zorgen voor getraumatiseerde kinderen: een training voor opvoeders* (1e ed). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Kruijf, de, C., verbonden als muziektherapeute aan Erasmus Medisch Centrum. Interview gehouden op 16-04-2015.

Kurstjens, H., verbonden als docent muziektherapie aan de Hogeschool Utrecht te Amersfoort. Werkcollege in het kader van het afstudeerprogramma.

Laevers, F, Moons, J & Mans, J. (2012). *De Emoscoop - Gevoelens in het spel* (1e ed). Averbode: Cegeo Publishers NV.

Molen, H.T, Perreijn, S & Hout, van den, M.A. (2007). *Klinische psychologie - Theorieën en psychopathologie* (2e ed.). Groningen/Houten: Wolters-Noordhoff bv.

Schumacher, K., (2004). *Musiktherapie und Säuglingsforschung: Zusammenspiel* (1e ed.). Frankfurt: Peter Lang.

Sinai centrum (2015). *Sinai Centrum Psychotrauma*. Gevonden op: http://www.sinai.nl/home/wat_is_psychotrauma_ptss. Geraadpleegd op 2 april 2015.

Smeijsters, H.T. (2009). *Handboek muziektherapie - Evidence based practice voor de behandeling van psychische stoornissen, problemen en beperkingen* (2e ed.). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Struik, A., (2013). *Slapende honden? Wakker maken! - Een stabilisatiemethode voor chronisch getraumatiseerde kinderen* (5e ed). Amsterdam: Pearson Assessment and Information B.V.

Thoomes- Vreugdenhil, A. (2015). *Basistherapie*. Gevonden op: <http://www.hechtingsproblemen.nl/nl/behandelvormen/basistherapie>(Geraadpleegd op 24 mei 2015).

Van Dale (2015). *Van Dale Online Woordenboek*. Gevonden op: <http://www.vandale.nl/opzoeken?pattern=trauma&lang=nn#.VXWrKjZU7TY>. Geraadpleegd op 2 april 2015.

VERS (2015). *VERS-training - Vaardigheidstraining Emotie Regulatie Stoornis*. Gevonden op: <http://www.verstraining.nl/vers-trainingen/vers-i-training-basistraining/>. Geraadpleegd op 5 april 2015.

Visscher, N., Seuren, M., Maat, M. ter, & Overmaat, D. (2015). *Beeldende therapie bij seksuele traumatische ervaringen*. Gevonden op: <http://www.alumnicto.nl/attachments/article/401/Essay%20.pdf>. Geraadpleegd op 8 mei 2015

Weerman, A. (2013). *Zes psychologische stromingen en één cliënt* (5e ed.). Amsterdam, Nederland: Boom/Nelissen.

Wigram, T. (2004). *Improvisation - Methods and Techniques for Music Therapy Clinicians, Educators and Students* (1st ed.). London: Jessica Kingsley Publishers.

Bijlagen

Bijlage 1: HBO gedragscode (Migchelbrink, 2013):

1. Onderzoekers aan het HBO onderwijs dienen het professionele en maatschappelijke belang. Zij richten zich op relevante thema's en problemen uit de beroepspraktijk en op creatieve, innovatieve en toepasbare oplossingen voor de praktijk. Ze leveren een bijdrage aan kennis- en theorieontwikkeling, stimuleren kenniscirculatie naar de praktijk en onderwijs en streven ernaar resultaten toegankelijk te maken.

De uitvoerende studenten van dit onderzoek hebben dit aspect in acht genomen door eerst gedegen behoefte onderzoek in de praktijk uit te voeren. Door middel van literatuuronderzoek en open interviews is gepeild wat de behoefte in het werkveld is. Doordat de onderzoeksvraag vanuit het werkveld (Harry Kappen) kwam, wisten wij al heel expliciet dat er behoefte was aan dit onderzoek. Door ons product uiteindelijk weer voor te leggen aan de evaluatiegroep controleerden wij nogmaals of het product & onderzoek een bijdrage was voor het werkveld. Het onderzoek is geschreven met de intentie om het op HBO Kennisbank te plaatsten zodat het voor iedereen dit het wil lezen en gebruiken toegankelijk is.

2. Onderzoekers aan het HBO onderwijs zijn respectvol. Zij houden rekening met rechten, belangen, privacy, zienswijzen, opvattingen, theorieën en methoden van betrokkenen en collega-onderzoekers. Zij leven de regelgeving en protocollen na die in het vakgebied gelden voor het doen van onderzoek.

De uitvoerende studenten van dit onderzoek hebben zich gehouden aan dit aspect door de privacy van de respondenten serieus te nemen. Dit is gedaan door de namen van de vier participerende jongeren niet te noemen in het verslag en door de overige respondenten toestemming te vragen om ze met naam en toenaam te noemen in het onderzoek & product. De verschillende zienswijzen en opvattingen hebben we integer verwerkt door deze juist te citeren; de respondenten hebben we de mogelijkheid gegeven om te reageren op het interview. De regelgeving en protocollen voor onderzoek in het vakgebied zijn nageleefd door de FVB-richtlijnen voor een module nauwkeurig te volgen.

3. Onderzoekers aan het HBO onderwijs zijn zorgvuldig. Zij nemen meerdere wetenschapsopvattingen in overweging, de beschikbare onderzoeksmethoden en de methodologische regels die daarbij horen, alsook de onderzoeks- en beroepsethiek en de waarden die binnen het vakgebied gelden. Zij maken gebruik van reeds beschikbare kennis uit de praktijk en wetenschap. Zij rapporteren juist, compleet, nauwkeurig en navolgbaar. Zij nemen in overweging de wenselijkheid de data zorgvuldig te bewaren.

De uitvoerende studenten van dit onderzoek hebben dit aspect nagevolgd door zoveel mogelijk de beschikbare kennis in het werkveld te inventariseren en te beschrijven. Er is gekeken naar de huidige kennis over het onderwerp emotieregulatie; deze kennis is door de studenten ook weer geïntegreerd in het eigen onderzoek waarbij citatie en vermelding volgens de APA-normen grondig werd uitgevoerd. Elke bron is probleemloos terug te vinden d.m.v. voetnoten & de eindbronnenlijst.

4. Onderzoekers aan het HBO onderwijs zijn integer. Zij zijn kritisch ten aanzien van in de praktijk gehanteerde opvattingen en probleemdefinities, onafhankelijk in hun methodische keuzes en eerlijk over de bronnen die ze gebruiken. Ze zijn aanspreekbaar op hun gedrag tijdens het uitvoeren van onderzoek, autonoom in hun analyses en onpartijdig in hun rapportages.

De uitvoerende studenten van dit onderzoek hebben zich gehouden aan dit aspect door constant met elkaar te overleggen of de uitvoering van het onderzoek integer en eerlijk verliep. Daarnaast stelden wij ons geregeld kritische vragen over ons onderzoek en stonden wij open voor kritiek en feedback van de consulent, respondenten en docenten. Waar nodig werd de richting/uitvoering van het onderzoek bijgesteld n.a.v. de feedback. Elke gebruikte bron werd met elkaar vergeleken en zorgvuldig geciteerd in het onderzoeksverslag & product.

5. Onderzoekers aan het HBO onderwijs verantwoorden hun keuzes en gedrag. Zij verantwoorden zich over de relevantie van het gekozen onderwerp en gehanteerde methoden en beperkingen ervan, de zorgvuldigheid van de uitvoering, de onderbouwing van de conclusies, de gehanteerde bronnen, de implementatie in de praktijk als mede de doorwerking in het onderwijs.

De uitvoerende studenten van dit onderzoek hebben dit aspect betracht door elk onderdeel van het onderzoeksverslag & product te onderbouwen met bestaande bronnen over het onderwerp emotieregulatie. De eigen observaties vanuit de praktijk (in het kader van actieonderzoek) zijn secuur geëvalueerd en overlegd met de respondenten, de consulent en de begeleider. Hierdoor kwamen ook eventuele beperkingen naar voren; met die nieuwe kennis is de manier van observatie bijgesteld en opnieuw getoetst. Door aan het onderzoeksverslag een hoofdstuk 'Discussie' toe te voegen is nogmaals benadrukt wat de tekortkomingen van het onderzoek zijn en wat er nog moet gebeuren voordat de module daadwerkelijk geïmplementeerd kan worden in de praktijk. Daarnaast hebben wij allebei een individueel procesverslag geschreven waarin keuzes en gedrag zijn toegelicht en verantwoord.

Bijlage 2: Interview Channa de Kruijf

Interview Channa de Kruijf

C: Van oudsher waren hier wel meer kinderen met hechtingsproblematiek en dergelijke en nu is er een vrij grote groep autismespectrum stoornis, de ADHD en de angststoornissen en de eetstoornissen en eigenlijk vooral de eetstoornissen en combinatie psychiatrische problematiek in combinatie met lichamelijke problematiek is de doelgroep waarop ze zich willen gaan richten. Ze willen zich hiermee onderscheiden van andere instellingen

L: Heb je dat al op zo jonge leeftijd, eetstoornissen?

C: Ja. Niet zozeer, nou die zijn er ook wel, de meiden, van ‘ik voel me te dik en daarom wil ik niet eten’, maar vooral slikangst. Bijvoorbeeld een keer ergens in verslikt raken en daarna niet meer willen eten. Dus eigenlijk ook gerelateerd aan trauma, maar dan meer van niets meer naar binnen kunnen krijgen, niet meer door willen slikken. Of bepaalde structuren van eten naar vinden, maar dat zie je meer bij de kinderen die as-problematiek hebben, dus die willen dat gewoon niet. En dat is dan ingewikkeld. Dat beeld zie je al wel en ook al op jonge leeftijd. Soms ook al wel heftig met sondevoeding en dergelijke. Dat zie je hier ook en op de adolescentenkliniek dat mensen om die reden zijn opgenomen. Daar is zowel een open als gesloten groep en veel SOM-problematiek, dus lichamelijke klachten die niet verklaarbaar zijn zie je daar ook veel. Zoals het uitvallen van benen en dat is allemaal gerelateerd aan die combinatie van dat lichamelijke en het psychische. De richting waar we naar toe moeten gaan als onze expertise.

L: Het is inderdaad goed om ergens expertise in te hebben om je te kunnen onderscheiden

C: Klopt en vroeger was hier veel meer langdurige zorg en kinderen waar dat hechtingsstuk veel meer speelde. Tegenwoordig is dat eigenlijk niet meer zo relevant.

D: Is dat dan nu meer dagbehandeling geworden?

C: Dat is inderdaad meer dagbehandeling geworden, die twee klinische groepen en één dagklinische groep, de drie klinische groepen. Dus dat is iets wat meer van deze tijd is, dus liever geen opname, maar dagbehandeling. Dat kun je je wel voorstellen. En ja, de behandelduur is gewoon korter, want met een jaar houdt het gewoon op, waar dat voorheen nog wel eens twee jaar kon worden ofzo. En dat is ook echt de tijd van veel meer aandacht hebben voor als een kind in zijn eigen omgeving opgroeit, dat is beter dan in zo’n kliniek.

L: En hiervoor heb je ook een hele tijd bij Yini, iets met een Y, Yulius gewerkt.

C: Ja, eigenlijk die 7 uur die ik in de adolescentenkliniek werk, dat was voorheen bij Yulius. Toen werkte ik daar gedetacheerd en dat is met alle bezuinigingen daar weer terug gegeven aan het Erasmus. Vandaar dat ik nu sinds januari vorig jaar weer in de volwassenenkliniek werk. En dat voelt nu na een jaar dat ik denk, “ok, ik zit er in”. En bij die 7 uur, ja dat gaat gewoon langzaam. En bij Yulius had ik eigenlijk wat soortgelijke kinderen, dat was wel een dagbehandeling, maar eigenlijk ook jonge kinderen en pubers, waar ook dit soort diagnoses een rol speelden.

L: En je hebt nog een eigen praktijk, toch?

C: Ja, die is aan het opstarten, dus daar heb ik nog niet zo heel veel cliënten.

L: Ja, want daar zeg je ook heel duidelijk dat je je richt op emotieregulatie. En die emotieregulatie dat vonden wij natuurlijk heel erg interessant.

C: Ja, dat is toch op zich een ding waarvan je denk “dat is toch de kracht van ons vak”. Dat je bezig bent en er gebeurt wat, wat gebeurt er en hoe. Hoe bouwen dingen zich op en hoe kun je er weer voor zorgen dat dit afneemt. In plaats van dat je er alleen maar over hoeft te praten, waardoor je het vaak al doende ervaart. Dat er meer spanning of ontspanning komt.

D: In de database van de NVvMT sta je ook echt als een muziektherapeut die werkt met jongeren, kinderen en onder andere met emotieregulatie. En we dachten “die moeten we hebben!”.

C: Dat klopt ja.

L: Nou, de eerste vraag is eigenlijk al beantwoord. Werk je ook aan stabilisatie? En zo ja, op welke manier?

C: Ja, nou ik denk dat je bij de adolescentenkliniek daar wat meer mee bezig bent, omdat daar bijvoorbeeld soms ook de EMDR ook al in de behandeling wordt gegeven. Je bent daar meer bewust mee bezig van eerst moet die rust er zijn en dat is vaak ook wel het doel van de opname, dat er even regelmaat en rust komt. En daar zijn de opnames nog veel korter, vaak een maand of 3, dus dan is het veel meer zo iemand even op de rit krijgen, dan het hele pakket van het doorwerken van alles, want dat komt later pas. Dus eigenlijk ben je daar ook veel meer bezig met het verkennen van “hoe werkt het nou bij jou?” en zeker ook in het vaktherapie-stuk, dit is ook een plek waar je ook meer de rust in kan pakken. En hier zie ik voornamelijk kinderen individueel en dat stabilisatiestuk is natuurlijk wel het eerste deel van je therapieproces, maar ik merk dat ik het niet vaak zo noem hier.

L: Ja, dat horen we meer van vaktherapeuten

C: Ja, klopt. Ik noem het bijvoorbeeld wel weer vaak zo van dat ik veiligheid aan het creëren ben, wat daar natuurlijk wel weer mee samen hangt. Van er moet eerst iets zijn van een werkrelatie zijn, een soort van gewenning van dit kan ik hier allemaal doen. Dus dat zijn allemaal dingen die hier bij passen. Maar ik noem het niet vaak zo van ik ben hier aan het stabiliseren.

L: Ok, ja, want onze onderzoeksvraag komt eigenlijk van Harry Kappen ook die muziektherapeut is bij Internetzo Almere, want die zei van, “we hebben heel veel jongeren die dus traumabehandeling krijgen, maar die stap daarvoor die is er vaak niet.”. Dus inderdaad het stabiel krijgen van het gevoel van veiligheid, emotie, dat soort dingen. Daarover is een boek geschreven *Slapende honden? Wakker maken!* door Ariane Struik.

C: Ah, die ken ik. Ik weet dat die bij de adolescentenkliniek op het bureau ligt. Dat wil ik graag nog lezen.

L: Er zijn dus ook echt 6 punten die zij aanhaalt waarop iemand echt gestabiliseerd moet zijn voordat iemand aan traumabehandeling kan beginnen. En bij die adolescenten-groep, waar richt je je dan op in jouw vorm van therapie?

C: En bedoel je dat met betrekking tot stabilisatie?

L: Ja, nou, misschien heb je wel een heel ander doel met je therapie wat een soort van voorbereiding is voor de behandeling. Begrijp je?

C: Ja, het is inderdaad een stuk verkennen van hoe speelt het bij jou, hoe werkt het, waarom loop je vast? Dus dan doe je meer werkvormen die daar bij passen. Zo van, ga eens spelen en dat ik dan met je mee speel, speel eens terwijl ik recht tegenover je zit, ga eens spelen terwijl ik in een hoekje zit, dat soort dingen om een beetje te gaan voelen van “wat is dat?”.

D: Werken met ruimtegebruik?

C: Bijvoorbeeld, maar voornamelijk het experimenteren met “wat is nou voor mij prettig?”. Laatst ook een meisje die dan van “hoe kom je eigenlijk tot rust?”. Ze had een beetje hoofdpijn, moet je dan juist afleiding gaan zoeken, of zorg je ervoor dat we onszelf oppeppen of ga je echt de rust nemen van zitten of liggen, of zeg je ik ga lekker muziek luisteren. Meer zo van, laten we het gewoon eens gaan proberen, dus dat soort opdrachten waarin je opties naast elkaar zet, want vaak zitten ze heel vaak op een spoor van “dit doen we en dat werkt niet”, maar dat er ook andere opties zijn. Dus laten zien dat er ook meer opties zijn en ga maar eens ervaren en voelen, dat is een belangrijk ding, in de eerste fase zeker. Ja en qua stabiliseren denk ik het aandacht hebben voor wat er is dat, dat wel een hele belangrijke eerste fase is. Gewoon, wat is er nu? Zonder nog dat daar allerlei dingen mee moeten, maar vooral de aandacht trekken naar het hier en nu. Want de kinderen zitten heel veel in andere dingen, sporen, gedachten.

D: Mag ik eens vragen wat je bedoelt met aandacht hebben voor wat er is. Bedoel je hoe iemand is, hoe iemand zich gedraagt?

C: Ja, hoe voel jij je op dit moment? Maar dat mag ook concreter, ik doe vaak warming-ups waarin we lijfelijk aan het klappen en stampen zijn. Ook tegen elkaar klappen, etc. Zodat je ook even cognitief je aandacht erbij moet houden. We doen bijvoorbeeld een spelletje 'ik ga op reis en neem mee' De ene verzint dat en dan komt er iets nieuws achter aan. Dus dan luister je en dan moet je ook nog weer wat verzinnen. Dus een soort oefeningen om echt de aandacht erbij te krijgen. Dan hoeft er verder nog niet gelijk allerlei ingewikkeldheden te gebeuren, interactie of heel erg gaan zitten op inzicht in hun problemen ofzo.

L: En werk je voornamelijk in groepen of individueel? Of beiden?

C: Bij de adolescentenkliniek heb ik een groep van ongeveer zes en ik zie daar ook wel jongeren individueel. En hier is voornamelijk individueel en wel nog een paar groepjes maar die zijn vooral op spelontwikkeling en samenwerking gericht, dus wat minder met dit onderwerp.

D: En is dat dan met doelen als samenwerking of contact maken?

C: Dat is dan wanneer je merkt dat het mooi is dat je een jaar verder bent, het varieert namelijk en hangt heel erg af van de groep waar je mee werkt. Ik heb een periode heel erg over alle rollen in een groep gewerkt. De roos van Leary die je dan kunt gebruiken. En dan hoor je dat ze zeggen "Goh dan ga ik dat een keer gebruiken" en "dat is best wel leuk om een keer te proberen". Nou en dat gaat dan echt zoals je geleerd hebt hoe het is om therapie te geven. Nu heb ik een groep waarbij dat stukje aandacht al helemaal niet aanwezig is, dus dat je, je dan echt kunt afvragen "kunnen we dit als groep wel aan?" Dan zitten sommige mensen echt op hun eigen eilandje. Bij geluiden maken vinden sommigen dat heel spannend, terwijl anderen het heel saai vinden en denken "dat is echt saai", die dwarrelen daarom weg, omdat ze niet genoeg uitgedaagd worden. Dan heb je weer een aantal die lichamelijk klachten hebben door de conversieproblematiek, dus die vallen ook weer af, waardoor ik heel erg aan het zoeken ben. En zo zijn de doelen toch ook wel weer heel wisselend en merk ik dat ik mij moet aanpassen op wat er leeft in een groep. En ik denk wel dat wanneer je kijkt "wat doet muziek nou in de hele behandeling?", dan gaat het wel heel erg over ik en de ander. En soms is dat puur het bewust worden van ik ben er, ik doe wat en de ander ook. En soms kun je wat stappen verder nemen en aan de slag gaan met groepsrollen enzo. Je kunt niet om elkaar heen en dat maakt het zo lastig, want je kunt bij Beeldend nog terugtrekken in je eigen ding en de ander ook, maar ja, bij muziek ben je gelijk hoorbaar en in tweetallen moet je iets met elkaar.

L: Ja, dit is echt een samen-medium en dat is wel een uitdaging denk ik. Interessant wel.

C: Ja, je merkt wel, dat hoor ik dan terug van de open groep, die kunnen veel meer aan elkaar teruggeven. Zo van "jij doet toch dat en dat en nu zeg je wat anders" en daardoor zitten die veel meer met elkaar in zo'n groepsproces dan de besloten groep eigenlijk. Die hebben dat niet echt en die zijn veel meer op zichzelf.

D: Maar, dit is misschien een beetje een gekke gedachte, zitten ze dan samen in een groep, omdat ze Autisme hebben, hebben ze overeenkomende problemen die ze tegenkomen in het dagelijks leven?

C: Nou eigenlijk is het daar zo georganiseerd, je hebt de gesloten afdeling die bestaat uit zes delen. Je hebt een aantal groepstherapieën, waaronder muziektherapie, ze hebben Beeldend in de groep, psychomotorische therapie in de groep, psychotherapie in de groep en dat is gewoon onderdeel van het programma.

L: Dus iedereen moet daar heen?

C: Ja, soms kunnen ze het niet doordat de spanning te hoog is, maar het is wel zo dat je dingen terug geeft aan elkaar en dat vind ik ook passend bij de leeftijdsgroep. Zo'n peergroup is dan belangrijker dan bij kinderen, maar tot nu toe was er ook veel groepsbehandeling. Je merkt ook wel dat de problematiek zwaarder wordt waardoor dat wel eens terzijner tijd bekeken moet worden, van moeten we dit zo verder willen? Nou en daarnaast hebben ze ook allemaal nog individueel vaktherapie vaak en dan merk je wel dat zo'n stuk emotieregulatie vaak terug komt bij muziek. En dan geven ze vaak ook wel aan dat muziek dat heel erg voor hun doet. Dus als ik muziek luister, dan word ik rustig, ik

voel me ontspannen of het houdt me op de been. Dus dan ben ik soms als je muziektherapie koppelt aan emotieregulatie bezig met playlists. En sommigen weten dan wel precies zo van, op deze momenten luister ik deze muziek, terwijl anderen weer eerst moeten weten van "hoe voel ik me dan?". De spanning loopt op en muziek kan helpen ontspannen en is heel fijn, maar moet soms ook uit. Je kunt niet altijd dat dopje in je oren stoppen. Dus wat kun je op zo'n moment wel doen om rustig te worden?

L: Hoe werk jij die behandeldoelen uit in je therapie? Hoe werk je daar aan?

C: Bij de jongeren merk ik wel dat ik op dat moment de jongeren volg en kijk naar wat er is op dat moment. Wat wel lastig is, zeker als je het grote doel, emotieregulatie in het oog hebt. De jongeren hebben een behoorlijk intensief programma, dus dan komen ze en dan denk je van "Ja, we kunnen wel één of andere werkvorm gaan doen om jouw spanning wat te kunnen ophogen en afbouwen, maar dat is dan helemaal niet aan de orde." Maar dat zijn bijvoorbeeld wel dingen die je doet om te kijken van hoe kun je de spanning wat opvoeren en hoe krijg je hem weer naar beneden. Soms ben je heel erg bezig met hem naar beneden krijgen.

L: Zo van, dan is de spanning al heel hoog als ze binnen komen?

C: Ja, precies, dan vliegt het er steeds uit. Terwijl anderen weer net doen alsof het allemaal prima gaat en zeggen "Ik moet hier alleen leren eten." Dus in dat geval ben je veel meer aan het onderzoeken van, die emoties die zitten er wel en hoe is dat dan precies. Soms gewoon door ze te laten spelen, dat is vaak al een hele opgave. Zo van, nou kies maar een instrument en ga maar spelen. Dan gebeurt er vaak al heel veel en kun je heel veel terug horen in hoe vlak dat is. En er gebeurt natuurlijk vaak iets met de jongeren waardoor ze denken "Dit is best spannend, dit spelen." en dan sluiten sommigen zich in één keer helemaal af. Dan kijken ze me aan en zeggen "Is het dan nu zo goed?" Dat zijn ze al die tijd heel gericht voor mij aan het spelen, dus dat is dan wel een mooie werkvorm die veel vertelt.

D: Wanneer zo'n jongere dan voor je speelt, geef je dan na het spelen terug "Dit en dat heb ik gezien, wat vind je ervan, ben je het ermee eens?"

C: Ja soms, dat wisselt heel erg per situatie. Soms speel ik ook wat terug. Bijvoorbeeld wanneer iemand steeds een patroontje speelt of dat je denkt, dit is echt heel kenmerkend, dat ik dat dan teruggeef. Dan kunnen we daarna weer in gesprek gaan. Ze willen vaak ook wel weten wat ik ervan vond, dus helemaal er niks over zeggen is ook een beetje eng voor de jongeren, want dan kan ik er vanalles over denken.

L: Oh ja, dus dan willen ze liever gelijk van jou horen wat je ervan vindt?

C: Ja, inderdaad. Zeker wanneer ze het idee hebben van, ik zit dit hier voor jou te spelen. Ik zeg wel vaak "Ik hoor niet precies wat er allemaal met jou aan de hand is", dus ik vind het ook goed om hierover te communiceren. Zeker om te kijken of het klopt met wat de jongere ervaart. Het kan namelijk heel goed dat ik er naast zit.

D: Willen de jongeren dat je er een waardeoordeel aan geeft? Zo van, het was mooi of het was niet mooi.

C: Nou ja, vaak zijn ze zelf de grootste kritikaster van zichzelf, dus daar hoeft ik niet zo heel veel mee. Dus dat vragen ze eigenlijk nooit zo direct aan mij. Het gebeurt wel vaker wanneer ze muziek laten horen. Dan vraag ik de jongere om zich voor te stellen met een nummer, dat is voor sommigen ook wel heel spannend.

D: Dat is wel echt een leuke werkvorm!

C: Jazeker, het zegt zeker wat over een jongere. Maar ook daar is het wel weer belangrijk, in het kader van dat stukje emotieregulatie, om te zeggen van "Nou je kiest nu wel een nummer wat nu voor jou belangrijk is of wat iets voor je betekent, omdat het je rust geeft, maar je bent meer dan dat ene nummer." En vaak zeggen jongeren dat ook, zo van, ik luister zo ontzettend veel. Dus dan bevestig ik dat ook, zo van, ja dat klopt ook, je bent ook al die dingen. Muziek kan verschillende functies voor jou hebben. Dus daar zit ook verschil in.

L: Bereid jij ook echt de bijeenkomsten voor of sluit je meer aan bij wat de jongere op dat moment vraagt aan jou? Bijvoorbeeld open opdrachten of meer in de improvisatie, of meer de gestructureerde werkvormen?

C: Bij de jongeren probeer ik zeker heel erg aan te sluiten bij wat er op het moment gebeurt. Ik heb vaak wel wat werkvormen in mijn hoofd zitten, naar aanleiding van de vorige keer, waarbij veel inderdaad wel improviseren is. En ook wel veel in het uitproberen van dingen, zoals, als je nu dit doet, hoe is dat dan voor jou? Dus weer opnieuw dat scala laten zien van wat er allemaal mogelijk is, dat er niet maar één mogelijkheid is. Bij de kinderen ben ik vaak meer gestructureerd, van we gaan nu dit doen. Dan heb ik ook veel kaartjes op het bord hangen van 'beginliedje', dan drie activiteiten en daarna het 'eindliedje'.

D: Werk je ook met pictogrammen?

C: Nou ja, in die zin dat het plaatje van het instrument vaak op de kaartjes staat. Daaraan kunnen ze zien wat de volgorde is. Dat doe ik ook om het veilig en vertrouwd te maken, in het kader van stabiliseren. En als het daar gaat om emotieregulatie, dan ben ik veel vaker bezig met dynamiek met kinderen. Van zacht naar hard, dus dat ze dan niet helemaal ontremmen, maar ook weer terug kunnen. Met kinderen doe ik dat heel vaak in liedjes. Bijvoorbeeld, het liedje 'Zo gaat de molen', dan heb je eerst dat rustige stuk, dan gaat hij sneller en dan wordt het weer rustig. Zo zijn er dan een aantal van die liedjes die je kunt gebruiken. Ook die van de slak en het haasje. Dus echt die overgangen daarin oefenen en laten ervaren. Zo van, je hebt snel en rustig en dat bouwt op en af.

L: Echt leuk om dit zo te horen. Ben je bekend met muziektherapeutische stabilisatiemethodes?

C: Nee, ik dacht even van "Oh ik moet meer voorwerk doen.", maar nee, nog niet. Het is altijd wel lastig, denk ik, met het vastleggen van een werkwijze in een module.

L: Ja, daar heb je gelijk in. Wij hebben bijvoorbeeld nu net één groepstherapie gehad met de vier meiden en daarna komen er nog vier individuele bijeenkomsten voor elk van de meiden. En tot slot de afsluitende, zesde groepsbijeenkomst. En dan is het lastig, want de ene wil wel op een trommel slaan en de andere niet. Dan zit je daar met je module, vandaag gaan we met de trommel bezig. Dus dan gaat het veel meer om de doelen waar je mee bezig kan gaan en of dat nou met piano, zingen of wat dan ook is, daar moeten we sowieso wel meer heen.

C: Ik denk wel dat het goed is wanneer er meer over geschreven wordt en meer in onderzocht wordt over wat doen we nou precies met elkaar. Want dan klopt het wel weer met het kijken naar een soort van consensus. Zit iedereen het wiel in zijn eentje uit te vinden?

D: Ja precies! Want er zijn heel veel therapeuten die we hebben gesproken die werken al wel intuïtief daarmee en ze zeggen ook dat het heel logisch is om op een bepaalde manier te werken, maar het is nog nooit opgeschreven. Dat is een groot woord, maar het is niet op één plek te vinden of bij elkaar gebracht en dat is wel heel interessant. Er zijn namelijk echt veel therapeuten die leuke werkvormen weten, daar zijn dan weer veel overeenkomsten tussen en dat is mooi als dat wordt beschreven, denk ik. Dus daar hopen we op!

L: Zou zo'n emotieregulatiemodule, zou daar behoefte aan zijn in het werkveld? Of is het lastig om iets in een module vast te leggen?

C: Ja, dat denk ik wel, maar soms maakt het niet eens zo zeer uit dat je de module precies uitvoert, maar is vooral zo'n lijn belangrijk die er dan in zit. Zo van, aan deze en deze doelen kan er met deze module gewerkt worden. Deze werkvormen zijn in het begin belangrijk en daar kun je zus en zo aan werken en het proces daarin is het belangrijkste. En natuurlijk dat daar dan een consensus over is. Dat ik weet dat wanneer ik iets met emotieregulatie doe, dat ik dan weet dat anderen dat ook zo ongeveer doen. En dat is dan voor het beroep ook heel belangrijk. En zo kun je ook heel erg houvast bieden doordat je kunt zeggen, zo kun je werken aan emotieregulatie. Dat kan ook weer handig zijn voor stagiaires die dan net beginnen, zo van, dit zijn we hier aan het doen. En ja, dat is heel vaak impliciet aanwezig.

D: Dat heb ik inderdaad vaak gehad, dat ik dan aan het werk was bij stage en een artikel las en dacht "Oh ja, dit verklaart weer hoe ik aan de slag ben hier." En zo valt alles weer even op zijn plek en dat is op zich wel fijn.

C: Dat is inderdaad ook zo met die klapwerkvormen, dan zie je de jongeren echt kijken van "Wat is dit voor kinderachtigs en doms?" Klappen met een therapeut! Toen we vorige week de studiedag hadden van de Nederlandse Vereniging van Muziektherapie, toen ging het er ook heel erg over zo van, wat gebeurt er allemaal in je hersenen wanneer je beweegt en muziek maakt. En dan denk ik "Zie je wel, got you! We gaan hier toch weer mee aan de slag!" Dit gaan we nog meer doen, omdat ik weet dat het werkt.

D: Ik heb nog even gekeken of ik je zag rondlopen op de studiedag, ik wilde even hallo zeggen.

C: Nou ik stond niet op de lijst, dus het zou kunnen dat het daaraan lag. Op de één of andere manier was ik eraf gevallen.

L: Het was bij ons op school, in Amersfoort.

C: Ja klopt, het was echt een drukke dag. Ik dacht "Oh leuk, even netwerken met iedereen." en toch aan het eind van de dag bleek ik lang niet iedereen gesproken te hebben.

L: Wat zijn belangrijke doelen waaraan je werkt m.b.t. emotieregulatie?

C: Nou dat begint, denk ik, met dat stukje aandacht voor het hier en nu, daarnaast ook het ervaren van wat is prettig en wat is onprettig? En hier gebruik ik ook vaak het model van de effect regulerende vaktherapie, daar zijn ook een aantal therapeuten mee bezig. We zijn echt een model, vanuit de MBKT, aan het ontwikkelen. Dat is dan voor kinderen, maar MBT is Mentaliseren Bevorderende Therapie. Dat heet dan effect regulatie, maar dat gaat ook wel een beetje over emoties. Wat uit je zichtbaar en wat wordt er van binnen meer gevoeld? Dat vinden jullie misschien ook interessant om te hebben. Maar dat komt op hetzelfde neer, een kind ontwikkelt zich eerst ook met dat lichamelijke gevoel van hier ben ik. En dan komt dat onderscheid van dit is wel fijn, dit is niet fijn. Dus bijvoorbeeld, als ik heel hard moet huilen, dan wordt daar goed op gereageerd en wanneer dat niet zo is, dan moet je denken aan kinderen met hechtingsstoornis, dan gaat dat mis en dan ga je ander gedrag vertonen.

D: Heeft dat dan te maken met dat je niet goed weet wat je eigen 'zelf' precies is en dat je dat niet zo goed kunt aangeven? Je laat dan ander gedrag zien of zoiets?

C: Ja, dan denk je veel teveel vanuit een soort symbiose van wat de ander voelt, dat is ook mijn gevoel. Dus dan kun je er ook weer vanuit gaan dat iedereen dat voelt of alles heel letterlijk opnemen. De ander speelt op mijn instrument en dan in één keer ben ik alles weer kwijt. Dus dan gaan we aan de slag met aandacht voor het hier en nu, wat vind jij wel fijn en wat niet, wat betekent dat dan precies, dat niet fijne? Is dat dan omdat je er geïrriteerd van raakt of dat je er heel boos van wordt? En eigenlijk op die manier echt met de emoties aan de slag gaan, zodat het steeds helderder wordt. En dat je als therapeut daar een steunende rol in hebt. Als je dat dan doortrekt, dan zou je kunnen zeggen dat je een soort pseudo-ouder bent of verzorger of ego-steun, zoals ze dat ook wel noemen. Met kinderen merk ik dat wel heel vaak, dat ik die rol heb. Dus het kind ontremd, en jij bent dan degene die de rust terug kan brengen, dus door allerlei structuur aan te brengen. En dat kan natuurlijk ook in de muziek, dus dat ik dan de basis leg voor het kind of zorg dat er niet teveel prikkels zijn. Een keyboard roept bijvoorbeeld al veel meer prikkels op dan wanneer je twee klankstaven gebruikt.

L: Dus je zegt eigenlijk, veiligheid en rust en ruimte is daarin heel belangrijk? Dat is echt wel een ding dat je moet integreren als je daaraan wilt werken? En dat kan natuurlijk voor ieder kind of jongere iets anders zijn?

C: Ja, op zich wel. Weten waar je aan toe bent is voor heel veel toch wel belangrijk. Structuur dus. Bij de jongeren kan ik me nog wel eens vergissen wanneer ik wil aansluiten bij wat er is, terwijl ik dan eigenlijk veel meer een soort vast ritueel moet hebben. Elke jongere heeft weer echt een eigen voorkeur in de muziek. De ene houdt bijvoorbeeld van lekker zacht spelen en rustig, terwijl de andere

graag groots en druk begint met spelen. En dan vind ik het wel jammer dat ik daar niet zo'n mooie ruimte heb als hier. Dan denk ik "Kom even hier, want hier heb ik wel een drumstel/piano i.p.v. zo'n klein keyboardje." Want is echt wel wat je te bieden hebt met je vak, dat hele mooie scala van al die verschillende instrumenten, klanken, hoe voelt het, etc. Het is heel anders wanneer je achter een groot instrument staat als wanneer je een klein instrument in de hand hebt.

D: Ik kan me ook voorstellen dat het heel erg verschilt per kind hoe de één zich voelt achter een drumstel t.o.v. het andere kind. De ene vindt het echt fijn, terwijl de ander denkt van "Ik wil weg hier!"

C: Ja dat klopt. Het is ook niet voor niks dat ik het drumstel uit het zicht heb staan, zo van, dan zijn die prikkels er niet constant.

L: Welke therapeutische houding is belangrijk?

C: Nou ja dat verschilt nogal. De ene keer werk je heel structurerend, de andere keer meer volgend, dan weer leidend. Maar ja het hangt dus erg samen met wie de therapeut is, wat die qua capaciteiten heeft en dat in weet te zetten. Maar toch, als je denkt aan deze doelgroep, dan is in het begin, denk ik, dat structurerende wel heel belangrijk. Dit om de veiligheid te kunnen geven, dat je ook uitstraalt dat je in controle bent. Zonder dat je dat nou heel strak aanhoudt constant. Het is ook goed als je regulerend bent, dat heet dan 'containment' met een mooi woord. Dat betekent dat je het op kunt vangen.

L: Een soort vangnet zijn. Je ziet en voelt aan wat er gebeurt en kan daar op reageren.

C: Dus daar zit een heel stuk acceptatie in natuurlijk. En wanneer je meer richting die stabilisatie gaat, dan wil je weer juist meer prikkelen, dus meer als hulp-ego zijnde een stapje achteruit doen.

D: Dus in het begin ben je nabij, om vervolgens weer langzaam terug te trekken. Maar dan heb ik nog wel een vraag, hoe krijg je een kind nou zo ver dat het ook gaat vertellen over wat fijn is, wat niet fijn is en hoe het werkt bij hem of haar?

C: Soms vertelt het kind uit zichzelf, maar het is ook wel heel erg het benoemen van wat je ziet gebeuren. Dat kan heel simpel zijn van "Ik zie je zo lachen, betekent dat, dat je vrolijk bent?" Of ik betrek het meer op mezelf, zo van, "Goh ik krijg echt een droge mond hiervan, dat we dit moeten doen." En soms maak ik het dan groter en dan zet ik het extra aan, zo van, dit kan er zijn op zo'n moment. Dat houd ik ook wel bij voor sommige kinderen, zo van dit was echt leuk en dit niet. Dan maken we daar grafiekjes van om overzicht te krijgen. Maar voornamelijk het observeren en het daarin dingen benoemen voor het kind, dat is echt belangrijk. Het kind neem ik dan ook echt mee en we breiden steeds uit, zodat het kind steeds meer keuze heeft. Eerst kiezen tussen twee instrumenten en dan later, wanneer het goed ging, dan kiezen we uit zes instrumenten. Zo kun je dat dan uitbouwen tot het moment dat je zegt "Kies maar een instrument." Als je dat in het begin doet, dan zie je soms paniek, terwijl nu weet ik dat een kind eraan toe is.

L: En hoe meet je de vooruitgang van een kind?

C: Nou ik gebruik dat model wel veel, van MBKT. Maar eigenlijk ook wel die driehoek, van therapeut, medium & cliënt. Dan zie je dat er eerst tussen de cliënt en de muziek, het medium iets moet zijn, een beetje grip op zijn. En dan kom je eigenlijk als therapeut pas in beeld en dat kun je denk ik pas ook meer inzoomen op de emoties, wat er gevoeld en gezegd wordt. Ik merk wel dat ik in de afgelopen jaren ben afgestapt van het 'boos spelen' of 'we gaan nu met verdriet werken'. Dit terwijl het toch wel het meest voor de hand liggende lijkt ofzo. Dat is wat je in de opleiding, volgens mij, ook wel veel mee krijgt en wat ik ook wel aan stagiaires merk. En dat ik daar meer van afstap nu is dat ik denk "Ja, maar je voelt het nu nog niet echt." Dus in die zin is het meer trainingsgericht, maar ik vraag me dan af 'kom je dan ook echt bij die boosheid?' Dat vind ik dan wel lastig. Ik heb het nog wel vaak in mijn observatie zitten, dan vraag ik 'speel eens boos' of 'kies eens instrumenten uit bij blij'. Maar ja, dan merk je bijvoorbeeld bij veel kinderen dat ze altijd de trommel kiezen bij boos.

L: Maar hoe pak je dat dan aan? Haak je dan vooral aan bij wat je ziet wanneer het kind binnen komt?

C: Ja, dat kan wel. Maar muzikaal gezien kun je ook al veel doen, dan speel ik voor het kind wat ik denk dat aansluit. En dan vraag ik terug hoe het in het hoofd voelt en dan kunnen we daar vervolgens weer over in gesprek. Of we beginnen gewoon met iets creëren om in de verstillings te komen, op die manier een sfeer creëert. Dat levert ook weer gespreksstof op. En soms hoeft ook dat nog niet eens echt benoemd te worden, maar kun je het alleen laten ervaren.

L: Wij hadden ook bij de eerste bijeenkomst fragmenten gekozen die bij emoties pasten en hier gingen de jongeren dan op tekenen. Maar wij hadden wel ongeveer een idee van welk fragment bij welke emotie hoorde en toch zagen we dat de jongeren ook iets anders konden ervaren en tekenen. Dus dat was mooi toen we het daar over hadden, mensen kunnen bij dezelfde gebeurtenis iets anders ervaren.

C: Mooi, dan sluit je aan bij wat er leeft bij de jongere! Dat heb ik ook wel gezien bij een puberjongen die ik vroeg om iets te laten zien wat bij boosheid hoorde en toen liet hij mij iets van Vivaldi horen wat bij de vier seizoenen hoorde. De violen waren heel hoog bij dat stuk en heel veel mensen vinden dat helemaal niet boos, maar hij had juist wel dat gevoel van 'dit is mijn ingehouden woede'. En toen dacht ik in één keer van 'dit is eigenlijk ontzettend mooi!', want hij liet nooit iets zien qua boosheid en op deze manier kon hij er wel iets over vertellen. Soms denk je zelf te veel over hoe het zou moeten. En doordat je als therapeut ruimte geeft voor die andere gevoelens en gedachten, dat maakt dat zij ook weten dat er in die zin plek is voor hen om te zijn wie ze zijn. Dus, het is ok wat er is.

D: Dat kan dus in een groep ook best wel mooie observaties opleveren, toch? Zo van dat je dat weer terug geeft aan de groep en vraagt wat zij ervan vinden?

L: Laatste vraag, heb je nog tips of zaken waar we op moeten letten? Of, dit moet je echt in de module stoppen!

C: Nou, ik zal dat schema even voor jullie pakken. En verder denk ik wel dat jullie goed op weg zijn.

Bijlage 3: Interview Rob van Alphen

Interview met Rob van Alphen

DGT is een therapie die heel gericht is op impuls controle en emotie regulatie. De therapie is opgebouwd uit individueel/gesprek met een therapeut, vaardigheidstraining en wat we hier gedaan hebben is dat vaktherapie oefende met de vaardigheden die in de vaardigheidstraining geleerd zijn. De vaardigheidstraining heeft vier modules. De 1^e is aandachtsvaardigheden, gaat heel erg over mindfulness achtige technieken. Omgaan met emoties. Wat zijn emoties, waar hebben we emoties en wat is het nut van emoties, waarom zijn we boos, waarom hebben we dat eigenlijk. Crisis vaardigheden, dus wat doe je als je heel gespannen bent en je wil eigenlijk snijden of van een brug afspringen, wat kan je nog meer doen. Hoe kun je dat verdragen, welke vaardigheden kun je daarin leren. En omgang met relaties, omgaan met anderen, daar zit vaak veel frustratie in en verwachtingen. Dus daar richt DGT zich heel erg op. We hebben hier gekozen om de poort van DGT iets groter te maken dan alleen borderline, om meer te kijken naar wie heeft er nog meer problemen met emotie-regulatie om die ook op te nemen in het programma.

Werken jullie binnen deze instelling aan stabilisatie of heb je dat hiervoor gedaan op andere werkplekken?

Ik denk dat het een vrij belangrijke fase is voor de behandeling hier. Stabilisatie wordt hier op de FBK meer gezien als een soort steun- en structuurgroepen, maar je laagdrempelig in het medium bezig bent op een steunende manier, dus het draait niet zo zeer om inzichtgevende therapie, bijvoorbeeld hoe om te gaan met een psychose, maar meer om hoe kun je een soort rust vinden. Hoe kun je zijn, hoe kun je succeservaringen opdoen. Dus heel laagdrempelig en toegankelijke doelen, wat voor de meeste patiënten al heel ingewikkeld is. Dus steun en structuur is een ander woord voor stabilisatie denk ik. Structurerend werken, steunend werken. Met stabiliseren ben je misschien meer bezig om die heftigheid eruit aan het krijgen. Dus daar zit wel veel werk in. We doen wel veel met stabilisatie voornamelijk ook, omdat onze cliënten niet, maar een deel van de cliënten zijn instaat om wat meer afstand te nemen van hun stoornis en daar dus over kunnen praten. Er zijn er maar een paar die echt beseffen dat ze psychiatrisch ziek zijn. Zeker als je wanen hebt, is het heel moeilijk te toetsen van wat is waar en niet waar. Dus als erg argwanend bent in; ja ze hebben me opgepakt en ik zit hier tegen mijn zin in, er is niets met mij aan de hand, dan is het heel lastig om daar behandeling voor te vinden.

Speelt muziektherapie ook een rol in die stabilisatiefase?

Ik baseer bij werk heel erg op onderzoeker uit Noorwegen die samen met een aantal andere mensen gekeken heeft naar wat is het effect van muziektherapie op psychische stoornissen in gesloten setting en ook bij schizofrenie. Zijn meetonderzoek laat zien dat na een X aantal muziektherapie sessies, de negatieve symptomen van schizofrenie afnemen. Positieve symptomen zijn dus dat je hallucineert, wanen krijgt. Dus wat komt er bij, dat is positief. Negatief symptomen zijn dingen die eraf gaan, dus vervlakking van emoties, geen interactie ondernemen, niet in contact zijn. Dus mensen die naar muziektherapie komen die groeien op

dat gebied. Dat gedeelte in de frontale kwab wordt gestimuleerd als je muziek aan het maken bent. Dus mijn steun- en structuurgroepen die heel laagdrempelig zijn is gericht op hoe kan ik deze groep samen tot muziek maken krijgen en dat is stabiliserend, maar daardoor komen ze wel veel meer in contact met hun gevoel, emotie en interactie. Dus je ziet wel dat cliënten na een X aantal sessie meer in contact komen. Waarschijnlijk ook wel in samenwerking met afstellen op medicatie, maar je ziet wel dat na 9/10 sessies, meer contact is, dat ze wel open zijn en meer initiatief nemen dat dus, dus ja, als ik het zou meten zou het misschien wel significant zijn? Ik durf het niet zo te stellen maar ik weet wel of ik zie wel dat er in gedrag dingen veranderen. Dat is dan door het muzikaal bezig zijn en nog niet eens dat ik daar betekenis aan geef.

Op je andere werkplekken, werkte je daar ook met stabilisatie?

In de Doggershoek hadden 14 groepen waarvan 5 behandel groepen en daar zaten jongeren met zware hechting problematiek, maar ook beginnende psychiatrische problematiek, maar dan nog allemaal niet gediagnosticeerd. Verward in contact, heel erg agressief. En daarbij werd muziek vaak ingezet om inderdaad kalmer te maken. Dus niet dat het woord stabilisatie gebruikt wordt maar het lijkt er wel erg op. Vaak was de emotie heel erg ontregeld en dan werd muziek ingezet om te kijken of het die dingen die frustreerden kon kanaliseren ofzo. Heel veel jongeren hielden van rappen en dan konden ze al die boosheid in woorden omzetten. Dan kregen ze een creatief proces. Dus dat ze dan in plaats van agressief, dat ze dat in ieder geval in taal gingen omzetten dat ze het in een beat gingen doen, dat daar interactie ontstond tussen mij en de jongere. Dat we gingen kijken of konden jammen,. Gingen we kijken of we live beats konden maken, of dat ik ook de piano een soort groove kon spelen waar op ze konden rappen. Dat ze daardoor meer in contact kwamen. Dat zorgde er wel voor dat de emotie er meer uit ging en dat het wat meer redelijker werd. Zij waren zelf vrij om te kiezen waar ze over wilde rappen en ik zorgde dat er een soort van muzikale aankleding was. Ik was eigenlijk helemaal niet bezig met wat ze zeiden, dus hoe hard of hoe grof of hoe 'bitcherig' de teksten waren, dat maakte me allemaal niet zoveel uit. Daar ging ik niet over oordelen, maar ik was meer bezig met kan dat een vorm krijgen. Dus kan die energie eruit, maar dat het wel constructief wordt. Er zijn van die onderzoeken dat als je boos bent en je gaat op een boksbal slaan, dat die energie wel naar beneden gaat, maar dat die arousal van boosheid blijft. Dus als je daar heel veel mee oefent, dan oefen je eigenlijk met boos zijn. Dus wat wij probeerden die dat wel je energie eruit ging, maar dat het niet projectie werd van de boosheid die er zat, dus dat het daarmee wel ontspannender werd. Dat werkte best wel goed. En wat daar gebeurde is dat veel jongeren waren redelijk oke met hun emoties, en de gene die het meest heftig waren gingen naar muziektherapie, omdat zij dan die succeservaringen konden opdoen, doordat ze met muziek bezig waren. Rap werkte heel sterk en dat ze een plek hadden om hun 'shit' te spitten.

Die jongeren had ik altijd 1 op 1. En als het een groep was waren het er twee of drie. Dat kwam ook omdat de impulscontrole vaardigheden van de jongeren zo beperkt waren dat als je er twee of drie had... Als je 1 op 1 werkt heb je controle over de prikkels die er zijn. Maar als je met twee bent, zit er één achter het drumstel en de ander achter de piano. En ze kunnen zichzelf niet goed remmen dus dan krijg je heel veel lawaai terwijl de ander nog daar mee bezig is, dus daar kreeg je heel veel wrijving in. Daarom was het lastig om jongeren in een

groepje te krijgen. Soms lukte dat wel eens, bijvoorbeeld samen met een drama docent om voorstellingen te maken, dan lukte het wel om samen muziek te maken, maar dan hadden de jongeren het zelfde doel voor ogen. Maar gewoon zelf als groep, dat was wel vrij moeizaam. Bijna alles was 1 op 1 daar en dat werkte best wel sterk, omdat je heel erg kon spoelen met het muzikale effect van muziek. Het jammen, ontspannen, in een 'flow' komen dat werkte heel sterk daar, zeker voor stabilisatie. Voor emotie regulatie werkte het heel goed. Ik heb daar in de 6 jaar dat ik daar werkte nog nooit alarm gedrukt. Ja een keer per ongeluk met mijn basgitaar. We zijn hier heel erg met leefbaarheid bezig, dus de cliënt meer als mens zien er naast staan. En niet als patiënt zien als product van zijn psychose die behandeld moet worden. Door ernaast te staan krijg je ook ander contact met cliënten.

Wordt hier en/of op je andere werkplekken gewerkt met EMDR?

Ja, het is een therapie die de laatste tijd in opkomst is. Laatste 5 jaar is het wel "trending". Is traumabehandeling en gaat over dingen die gebeurd zijn in het verleden, waarbij het stabiliseren heel erg op het hier en nu gericht zijn. Er wordt steeds meer gesproken over dat trauma's oorzaken zijn van veel emotie(regulatie)problemen. We weten bij veel psychiatrische problemen dat als je voor je tiende levensjaar traumatische gebeurtenissen hebt meegemaakt, dat de kans op een psychische problematiek veel groter is. Bij borderline cliënten bijvoorbeeld als ze mishandeld of misbruikt zijn, dat daar ook aannames zijn dat een trigger kan zijn om zo'n stoornis te ontwikkelen. Samen met vaak al beperkte emotie regulatie vaardigheden. Dus trauma's is wel een thema. Bijna alle cliënten hebben trauma's. Bijna alle borderline dames hebben te maken met trauma. EMDR is nu wel een veel voorkomende behandeling en volgens mij ook één van de effectiefste behandelingen.

Hier is ook een EMDR therapeut en het werkt natuurlijk goed bij enkelvoudige trauma's, maar bij de complexe traumatisering is het wat lastiger. En er is ook een traumabehandeling wat meer een soort van vaardigheidstraining, hoe kun je met opkomende spanning omgaan. Als je paniek krijgt gelinkt aan je trauma, hoe kun je dat verdragen.

Claire MC farelaine, muziektherapeut in Vught. Zij is aan het promoveren op traumabehandeling en muziektherapie, gebaseerd op neurologische muziektherapie.

Ben je bekend met bestaande stabilisatie methodes, zo ja welke?

Ik merk dat ik het woord stabilisatie niet zo veel gebruik. Daar is nu ook wat opspraak over hé? De discussie over moet je nou wel of niet eerst stabiliseren voordat je het trauma gaat behandelen. Henk Smeijsters heeft onderzoek gedaan naar Muziektherapie in gesloten setting. 4 thema, cognitie, zelfbeeld, interactie en emotie. Dit zijn ook thema's voor behandeling, stabilisatie. Daar is ook wel veel voor te zeggen, als je een sterker zelfbeeld heb, heb je ook meer "power" om problemen aan te pakken. Verder weet ik niet echt modules, e.d. En als ze er wel zijn dan gaat het meer over wat muziek voor effect heeft voor het brein.

Heb je wel dat je intuïtief al zo werkt?

Ja ik denk dat validatie werkt, dus als iemand binnen komt en heel ontregeld is qua emotie, dan wil je dat ze iets gaan doen waarbij ze een succes ervaring hebben, dus als iets goed gaan. En dingen gaan goed als je hoort, oh dat gaat goed en dat je ook zelf denkt dat gaat goed. Dus je moet een soort werkvorm vinden binnen je medium waarbij als de cl 'dit' niveau aan kan

dat wat je aan kan dat wat je aanbiedt daar ook bij past. Dus je begint er iets onder, bijvoorbeeld, je kunt een drumstokje vasthouden en je kunt er ook nog wel met een herhalend tempo op dat ding slaan. Dat lukt wel, oke.. kun je er misschien ook de base bij doen, kijken of dat lukt. Lukt dat al, dus daarbij leg je de focus op een vaardigheid, wat kan iemand. Eerst daar op focussen voordat je je verder gaat. Bijvoorbeeld kan iemand wel z'n kamer opruimen, voordat je zegt van hey je mag al je kleding op je kamer hebben. Dus dat is wel een balans, en dat gebruik ik ook veel in de muziektherapie. Kun je achter de piano zitten, kun je de toetsen indrukken. Dan zet ik wel eens met een whiteboard marker, want dat kun je zo weer van de piano afhalen, stipjes op de toetsen van, druk deze toetsen maar eens in. Speel ik een akkoorden schema in C en dan drukt zij willekeurig die toetsen in. Nouja dat klinkt dan al samen en dat klinkt en voelt goed. Dus dan heb je al heel laagdrempelig een succes ervaring gecreëerd waarbij vaardigheden en taken op elkaar afgesteld zijn. En daarna ga je wel kijken of je die taken groter kunt maken. Kun je stukje spelen, kun je meerdere dingen spelen, in een andere toonsoorten. Er is een jongen die basgitaar wil spelen, gaan we telkens kijken naar wat is moeilijk nu. Zegt hij eerst dat kan ik allemaal niet, lukt toch allemaal niet. Dan zeg ik ah kom op, we gaan nu zitten en oefenen. Bij hem kun je heel directief zijn dat werkt heel goed en dat merkt hij aan het eind, oké blijkbaar kan ik het wel. Blijkbaar kan ik wel met twee vingers op de basgitaar spelen en kan ik wel het ritme herhalen.

En ga je er dan zelf bij mee spelen, zodat het goed klinkt?

Ja bij deze jongen kan ik zelfs een Youtube filmpje aanzetten. En dat hij dan mee speelt. Hij wil bijv een lied van phill Collins, oke dan gaan we kijken of we een youtube filmpje kunnen vinden, zoeken we noten uit, passen we dat bij. Bij hem lijkt het heel erg op basgitaar les, maar ondertussen is hij heel erg bezig met zijn zelfbeeld, zelfverzekerd zijn, trots op zichzelf.

Benoem je dat ook of is dat gewoon waar je aan werkt met hem onderliggend?

Ik probeer het zo transparant mogelijk te houden. Maar het is wel meer onderliggend. Hij komt meer omdat hij graag basgitaar wil leren spelen en het onderdeel van zijn identiteit aan het worden is. En dan ben je wel weer tegelijkertijd met zelfbeeldthema's bezig. Dus soms is daar ruimte voor om dat te benoemen en dan is het inderdaad meer in het medium, in het medium vindt die verandering plaats. Maar ik heb ook cliënten die komen binnen en die zeggen dan ja ik kan toch helemaal niks en gedachten, en dan is het meer van nou wat zijn die gedachten, kunnen we die gedachten uitdagen en dan gaan we werkvormen vinden een soort gedragsexperiment wat meer uit de CGT komt. Dan ga je kijken van, je hebt blijkbaar een opvatting, laten we kijken of een een situatie kunnen creëren waar die opvatting gebeurd en dan gaan we kijken of we er gedachten tegenover kunnen zetten en kijken hoe sterk wegen die gedachtes dan. Een soort van voor en na dus een soort van experimentje. Jij denkt dat je niks kan? Nou ga maar achter de drum zitten. En kon je inderdaad niks, klopt dat? Nee nee, blijkbaar kon ik het wel. Blijkbaar klopt de opvatting: Ik kan niks niet, dus dat gaan we nuanceren, dus dan ben je meer met het medium bezig. Dus het hangt er een beetje van af. Ik zei net ook de meeste cliënten zitten zo in hun psychiatrische stoornis, dat ze niet echt kunnen beseffen dat ze heel ziek zijn, dus dan probeer je meer met het medium aan succes ervaring, zelfbeeld, je emotieregulatie te werken. Sommige cliënten zijn veel sterker en dan kun je meer naar dat meet niveau toe gaan. Inderdaad dat meer inzicht, inzichtgevend

werken, thema's bespreken om die te veranderen wat dan vooral gestoeld is op de CGT principes, meer dan psycho analyse.

Bijlage 4: Ingevuld ETS formulier 1^e groepssessie

ETS sessie 1

Beschrijving van de sessie

Inleiding

Alle vier de meiden aanwezig, net als de therapeuten. We zijn begonnen met een korte kennismaking en uitgelegd waarom we bij Intermetzo zijn + waarom ze meedoen aan het onderzoek. De meiden kregen ruimte voor het stellen van vragen die wij hebben beantwoord. We hebben de module & de werkwijze uitgelegd, voornamelijk benadrukt hoe belangrijk hun input is.

Midden

Vervolgens hebben we opdracht 1 uitgelegd, tekenen op muziek. De meiden hebben op vier verschillende fragmenten getekend. Voor elk fragment stond ongeveer 3 a 4 minuten en elk fragment was gekoppeld aan één van de vier basisemoties. We hebben de meiden zo veel uit elkaar gezet zodat ze niet werden beïnvloed werden door elkaar en hun eigen proces doormaakten. Na de vier fragmenten hebben we de tekeningen naast elkaar gelegd en zijn er in een cirkel om heen gaan zitten. Vervolgens hebben we de tekeningen bekeken, met elkaar vergeleken en besproken. Als therapeut hebben we de nadruk gelegd op de tekeningen te linken aan emoties en zo het volgende doel uitgelegd: verschillende personen kunnen bij dezelfde situatie verschillende emoties ervaren. Dit werd in de opdracht duidelijk bij de emotie *verdrietig*, omdat er veel verschil zat tussen de beleving en vormgeving van de tekeningen van de meiden.

Afsluiting

De afsluiting verliep rommelig, de spanningsboog was ver op. We hebben afspraken gemaakt over de therapietijden van de meiden individueel. We hebben nog een lied gezongen & gespeeld met z'n allen. De meiden hebben een HAT-score formulier ingevuld. Daarna hebben we het nulmeting-formulier kort uitgelegd en meegegeven voor de volgende keer.

Ongewone gebeurtenissen in de therapie (te laat binnenkomen, onderbrekingen)

Eén van de meiden hield zich erg afzijdig van de sessie. Dit deed ze door niet deel te nemen aan het gesprek en de werkvorm. Ze was door beide therapeuten moeilijk tot niet te motiveren. Bij het nabespreken van de tekeningen vertelde af en toe kort wat, maar niet uit zichzelf. Daarnaast leek ze de groep te irriteren, maar we weten niet goed of ze dit met opzet of onbewust doet.

Extra ongewone gebeurtenissen (verandering medicijnen, gebeurtenissen voorafgaand aan therapie)

Eén van de meiden gaf kort na binnenkomst aan dat ze ADHD & trekken van Borderline heeft en hierop binnenkort getest wordt. Daarna kwam er een heel verhaal uit over hoeveel moeite ze had met emoties. Ze ging van de hak op de tak, van het ene verhaal naar het andere.

Ideeën volgende sessie

-

Schat hoe behulpzaam deze sessie was voor de cliënt

De meiden hebben kennis gemaakt met ons & met het begin van de module. Voornamelijk de 4 B's, die herkende één van de vier meiden en die noemde ze op. De meiden hebben een redelijk goed beeld gekregen van wat de bijeenkomsten grofweg gaan inhouden en wat er van hen verwacht wordt.

Geef een score aan de afgelopen sessie

Heel erg slecht	Een beetje slecht	Oké	Een beetje goed	Erg goed	Geweldig	Perfect
			X	X		
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----→

D: De meiden werkten heel taakgericht aan hun tekeningen, namen de opdracht serieus & bespraken de tekeningen ook goed na. Wij als therapeut waren directief, af en toe meegaand en validerend. We sprongen snel en adequaat in op situaties die ontstonden. Wat ik jammer vond is dat A. zich zo afzijdig hield en dat we haar niet konden motiveren.

L: Het begin van de sessie was even aftasten, maar ik vond het leuk om te merken dat de meiden nieuwsgierig waren naar wie wij zijn en wat we komen doen. We hebben de module kort kunnen uitleggen en tijdens de muzikale werkvorm waren de meiden (op één na) serieus en actief met de opdracht bezig. Ik vond het mooi om de verschillen in vormgeving en beleving te zien en we hebben hier ook echt met de meiden over na kunnen praten. Ik vind het jammer dat wij beiden niet instaat zijn geweest om A. te motiveren tot deelname en de afronding van de sessie verliep nogal rommelig, ik had niet het gevoel dat ik toen nog in de hand had.

Schat hoeveel vooruitgang de cliënt geboekt heeft

Dat kunnen we nog niet zeggen.

Geef een score aan wat er veranderde voor de cliënt in deze sessie

nvt

Geef een score aan alle elementen van deelname die de cliënt liet zien in de sessie: externaliserend, linguïstisch, somatisch, afstand-nabijheid, experimenteren, expressie, contact, zelfreflectie & actie.

V.

Onderdeel	Score 1. Afwezig 2. Af en toe 3. Gemiddeld 4. Vaak 5. Veel	Observatie
Externaliserend	5	Reageert snel en veel op haar omgeving en veranderingen.
Linguïstisch	4	Kan goed verwoorden wat ze wil zeggen, maar is af en toe ongenueanceerd in haar woorden.
Somatisch	1	Niets gemerkt en V. heeft er niets over gezegd.
Afstand-nabijheid	3/4	Met vriendinnen knuffelt ze veel, maar met de therapeuten was er een gepaste vorm van a&n.
Experimenteren	4/5	Ze probeert dingen uit ook al is ze er niet vertrouwd mee. Was tactiel bezig met de texturen van het tekenmateriaal.
Expressie	5	Ze kan zich op verschillende manieren uiten en heeft de muziek op verschillende manieren vertaald naar beeld.
Contact	5	Er is wederkerigheid en initiatief in het contact.

		Soms iets te veel, maar niet opdringerig.
Zelf-reflectie	3/4	Het lijkt erop dat ze dit goed kan, maar we hebben er onze vraagtekens bij.
Actie	5	Ze doet actief & positief mee aan de sessie.

A.

Onderdeel	Score 1. Afwezig 2. Af en toe 3. Gemiddeld 4. Vaak 5. Veel	Observatie
Externaliserend	2	Het lijkt erop dat A. meer internaliserend bezig is. Er is weinig reactie.
Linguïstisch	2	Ze komt nu weinig spraakzaam tot weinig verbaal sterk over.
Somatisch	1	Hier heeft ze niets over gezegd & wij hebben niks waargenomen.
Afstand-nabijheid	5	A. houdt veel afstand en zoekt geen toenadering. Zowel verbaal als fysiek.
Experimenteren	2	Af en toe op de piano, met tekenen, rondkijken, praten, maar steeds op de verkeerde momenten. Wanneer er niets van haar gevraagd wordt.
Expressie	1/2	Ze leek vlak, afwezig en dromerig. Als ze al een poging deed, dan brak ze die al snel af of werd die afgekapt door de groep.
Contact	2	Af en toe zegt of doet ze iets, maar het lijkt op zonder verwachting van een reactie.
Zelf-reflectie	1	Ze gaat niet de diepte in en wilde geen antwoord geven op verdiepende vragen.
Actie	?	Lastig te zeggen, omdat we de motivatie achter haar gedrag niet kunnen peilen en ze laat er niks over los. Deed niet mee op de momenten dat dit van haar gevraagd werd, maar wel op de momenten dat ze met rust gelaten werd.

Z.

Onderdeel	Score 1. Afwezig 2. Af en toe 3. Gemiddeld 4. Vaak 5. Veel	Observatie
Externaliserend	3	Soms kon ze in één keer heel fel reageren op iets dat werd gezegd of gedaan. Dreigde een keer om weg te lopen, maar is wel blijven zitten.
Linguïstisch	3	Ze kan dingen verwoorden als haar iets gevraagd

		wordt, maar neemt hierin geen initiatief.
Somatisch	4/5	Z. heeft regelmatig aangegeven dat ze last heeft van hoofd- & buikpijn.
Afstand-nabijheid	3/4	Ze kan soms opeens aangeven dat ze nabijheid wil, maar lijkt iets vaker afstand te houden.
Experimenteren	2	Komt moeilijk op gang, maar na tips & aanmoediging van de therapeut ging ze aan de slag en ontwikkelde haar tekeningen van heel letterlijk wat ze hoorde naar meer uit haar eigen beleving.
Expressie	3	Expressie komt voornamelijk door actie-reactie en lijkt nog wat oppervlakkig.
Contact	3	Hield zich af en toe afzijdig, maar zocht op andere momenten wel het contact weer op. Naar de therapeuten nog wat wantrouwig & afwachtend.
Zelf-reflectie	2	Z. zegt weinig tot niks hierover en gaat niet de diepte in. Wel meer dan A.
Actie	2/3	Heeft veel motivatie nodig, naar vriendinnen toe laat ze meer actie zien. Zowel verbaal als fysiek.

B.

Onderdeel	Score 1. Afwezig 2. Af en toe 3. Gemiddeld 4. Vaak 5. Veel	Observatie
Externaliserend	4	Ze is aanwezig en laat haar mening horen over wat er gebeurt om haar heen.
Linguïstisch	3/4	Verbaal sterk, ze kan zichzelf goed verwoorden, maar mag nog iets meer de diepte in.
Somatisch	1	Niet waargenomen & niet aangegeven door B.
Afstand-nabijheid	4	Naar vriendinnen toe meer nabijheid dan naar therapeuten. Maar wel een gezonde vorm van a&n.
Experimenteren	5	Ze is creatief en denkt out of the box. Ze is expressief met het materiaal, haar tekeningen & de piano.
Expressie	3/4	In haar vormgeving expressiever dan verbaal.
Contact	4	Is goed aanwezig, stelt vragen en geeft antwoorden op de vragen. Maar heeft veel onderonsjes met V. & en af en toe met Z.

Zelf-reflectie	2/3	Over haar tekeningen kan ze goed vertellen, maar ook hierin blijft ze nog wat oppervlakkig.
Actie	4/5	Deed goed & actief mee. Was heel af en toe negatief aanwezig, maar overwegend positief. B. was de eerste die A. aansprak op haar gedrag en afzijdigheid van de therapie. Leek bijna af te haken bij de tekenopdracht toen ze zag dat A. niet tekende, maar is na aansporing van de therapeut toch weer aan de slag gegaan met de opdracht.

Geef een score aan hoe behulpzaam jij je als therapeut voelde

Heel erg slecht	Een beetje slecht	Oké	Een beetje goed	Erg goed	Geweldig	Perfect
			X (L)	X (D)		
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----→

Was je empathisch? Ja.

Was je authentiek? Ja, maar nog niet helemaal op mijn gemak.

Werkte je samen? Ja.

Gaf je ruimte & kansen aan cliënten om zich te ontwikkelen? Ja.

Was je supportief? Ja en af en toe in combinatie met directief.

Alles bij elkaar, werkte je therapeutisch verantwoord?

We zijn empathisch geweest, zijn er open in gestapt. We hadden contact met de meiden. We hadden grip op de situatie m.u.v. de afsluiting van de sessie. We hebben kunnen aansluiten en sturen.

Daarnaast hebben we ook aan het therapiedoel kunnen werken door een koppeling te maken van de opdracht naar de doelen.

Hoe taakgericht werkte jij met de cliënt?

Heel taakgericht, zeker bij de tekenopdracht. Maar dit was ook nodig tijdens deze sessie, omdat het de eerste sessie was. Toch hebben we ook ruimte geboden voor input van de meiden.

Hoe aanwezig/geconcentreerd was de cliënt? Moest je een interventie toepassen?

Ze waren allemaal aanwezig, vier van de drie meiden waren geconcentreerd en actief aan de opdracht bezig en namen deel aan het groepsproces. We hebben een interventie toegepast bij A. om haar meer te motiveren, dit is niet gelukt. We hebben ook een interventie toegepast bij V. en dit verliep goed.

Hoeveel liet de cliënt van zichzelf zien? (kwetsbaar opstellen)

Alle vier lieten ze zich zien, maar nog niet heel erg kwetsbaar. Dat moet nog komen.

Hoe is de werkrelatie met de cliënt? Voelt de cliënt zich veilig?

Is lastig in te schatten. Het lijkt wel zo te zijn bij 3 van de 4, maar dit moet nog verder blijken.

Hoe gemotiveerd is de cliënt om te werken?

Drie van de vier waren wel gemotiveerd, de één heeft iets meer aansporing nodig dan de andere. A. was niet te motiveren, maar ze bleef wel de hele sessie in de ruimte.

Probeert de cliënt een situatie van verschillende kanten te bekijken en kan hij/zij zich aanpassen?

Het therapiedoel: 'elk verschillend persoon kan verschillende emoties ervaren tijdens dezelfde situatie' is even aan de orde geweest en de meiden leken het te begrijpen aan de hand van de opdracht.

B. voegde zich toch weer naar de opdracht, terwijl het er even op leek dat ze zou afhaken nadat ze opmerkte dat A. niet mee deed. Ze paste zich goed aan.

Kan de cliënt afstand nemen van de problemen en deelnemen aan de therapie?

Ja & nee. Z. was ziek en noemde dit vaak, maar deed toch mee aan de opdracht. A. lijkt erop dat ze geen afstand kan nemen van wat er ook aan de hand was. V. noemde ook kort wat problemen op, maar ging zonder moeite verder met de opdracht.

Is de cliënt in staat problemen in & buiten de therapie te verwoorden?

Ntv.

Is de cliënt in staat de emoties te verwoorden en te bespreken met jou?

Ja, maar erg oppervlakkig nog. Hier kan nog meer diepgang in komen. Hier hopen we ook op.

Aandachtspunten

De spanningsboog is niet veel langer dan een half uur. Daar moeten we op letten bij de opdrachten.

Bijlage 5

Leeg ETS formulier

BAAZ! *ETS voor de therapeut (invullen na elke sessie)*

Beschrijving van de sessie

Inleiding

Midden

Afsluiting

Ongewone gebeurtenissen in de therapie (te laat binnenkomen, onderbrekingen)

Extra ongewone gebeurtenissen (verandering medicijnen, gebeurtenissen voorafgaand aan therapie)

Ideeën volgende sessie

Schat hoe behulpzaam deze sessie was voor de cliënt

Geef een score aan de afgelopen sessie

Heel erg slecht	Een beetje slecht	Oké	Een beetje goed	Erg goed	Geweldig	Perfect
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----→

Schat hoeveel vooruitgang de cliënt geboekt heeft

Geef een score aan wat er veranderde voor de cliënt in deze sessie

1. Niets 2. Een beetje 3. Gemiddeld 4. Redelijk veel 5. Veel

Geef een score aan alle elementen van deelname die de cliënt liet zien in de sessie:

externaliserend, linguïstisch, somatisch, afstand-nabijheid, experimenteren, expressie, contact, zelfreflectie & actie. (vul dit in per cliënt)

Onderdeel	Score 1. Afwezig 2. Af en toe 3. Gemiddeld 4. Vaak 5. Veel	Observatie
Externaliserend		
Linguïstisch		
Somatisch		
Afstand-nabijheid		
Experimenteren		
Expressie		
Contact		
Zelfreflectie		
Actie		

Geef een score aan hoe behulpzaam jij je als therapeut voelde

Heel erg slecht	Een beetje slecht	Oké	Een beetje goed	Erg goed	Geweldig	Perfect
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----→

Was je empathisch?

Was je authentiek?

Werkte je samen?

Gaf je ruimte & kansen aan cliënten om zich te ontwikkelen?

Was je supportief?

Hoe taakgericht werkte jij met de cliënt?

Hoe aanwezig/geconcentreerd was de cliënt?

Hoeveel liet de cliënt van zichzelf zien? (kwetsbaar opstellen)

Hoe is de werkrelatie met de cliënt? Voelt de cliënt zich veilig?

Hoe gemotiveerd is de cliënt om te werken?

Probeert de cliënt een situatie van verschillende kanten te bekijken en kan hij/zij zich aanpassen?

Kan de cliënt afstand nemen van de problemen en deelnemen aan de therapie?

Is de cliënt in staat problemen in & buiten de therapie te verwoorden?

Is de cliënt in staat de emoties te verwoorden en te bespreken met jou?

Aandachtspunten

Bijlage 6

Leeg HAT score formulier

HAT score (*Helpful Aspects of Therapy*)

Laten invullen door de cliënt

Naam:

Datum:

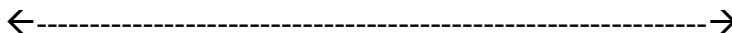
Sessie:

1. Hoe kwam je vandaag binnen? En hoe zit je er nu bij?

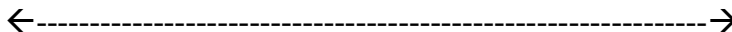
2. Wat vond je goed gaan?

3. Waarom vond je dit goed gaan?

4. Zet een kruisje op de onderstaande schaal over hoe goed je het vond gaan:



5. Wat vond je van de werkvormen die je hebt gedaan?



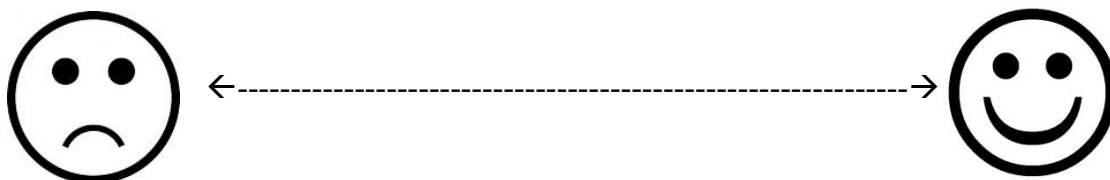
6. Wat vond je niet goed gaan?

7. Waarom vond je dit niet goed gaan?

8. Wat zou de volgende keer anders kunnen?

9. Wat moet de volgende keer echt terug komen?

10. Geef aan op de schaal, hoe heeft de therapeut het vanavond gedaan?



11. Kun je vertellen waarom?

12. Omcirkel het cijfer wat je geeft aan deze sessie:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Bijlage 7

Baaz! Lichamelijke sensaties (meisje)

BAAZ! *Lichamelijke sensaties (meisje)*

Emotie:.....



Emotie:.....



Emotie:.....



Emotie:.....

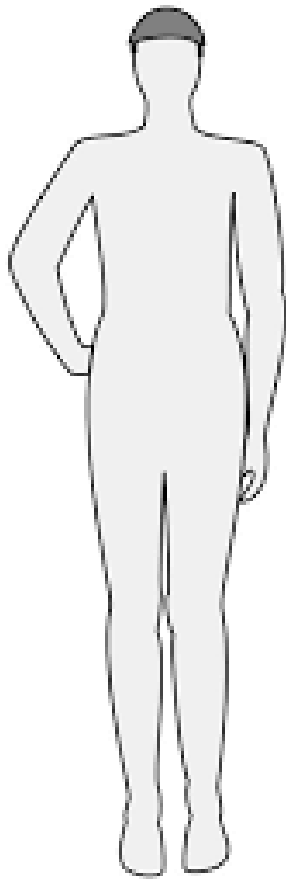


Bijlage 8

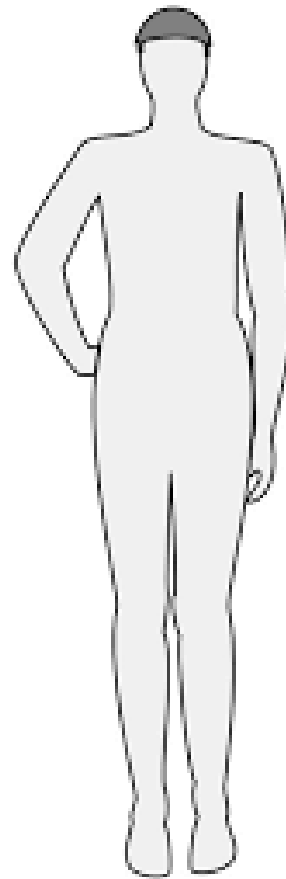
Baaz! Lichamelijke sensaties (jongen)

BAAZ! *Lichamelijke sensaties (jongen)*

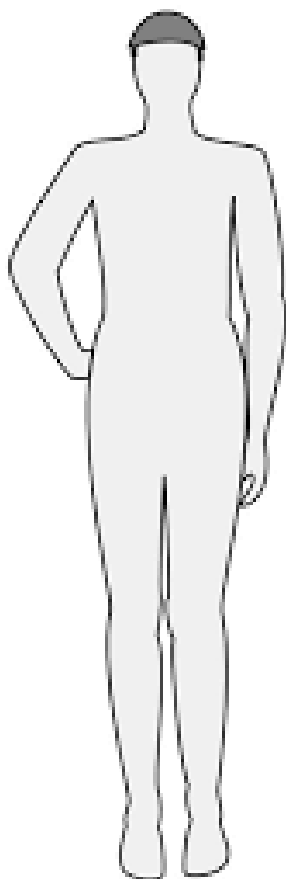
Emotie:.....



Emotie:.....



Emotie:.....



Emotie:.....

