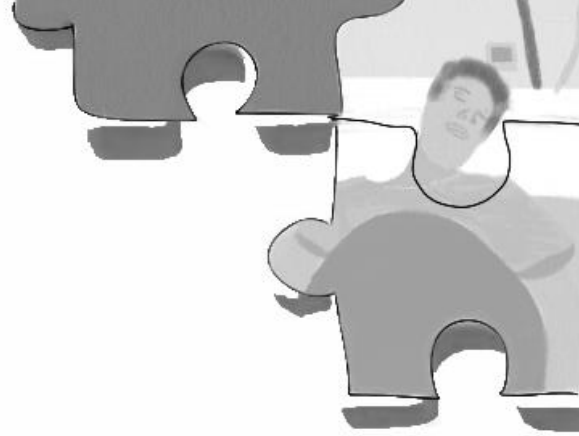
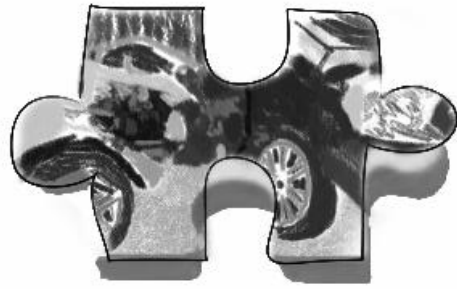
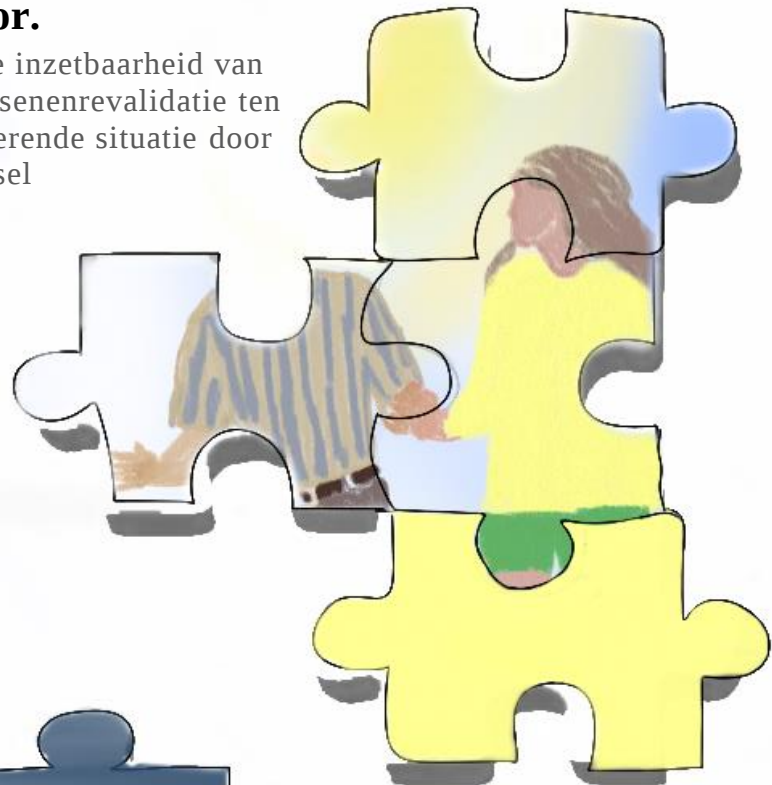




Een inventariserend onderzoek naar de inzetbaarheid van
receptieve muziektherapie in de volwassenenrevalidatie ten
behoeve van coping rondom de veranderende situatie door
het verwerven van letsel



Naam Esmee van der Wardt
School Hogeschool Utrecht
Opleiding Vaktherapie muziek
Cursus Praktijkgericht onderzoek
Instelling De Hoogstraat Revalidatie
Datum 19 augustus 2022

SAMENVATTING/SUMMARY

Door de ontwikkelingen binnen de revalidatiezorg gericht op optimalisatie dient het vakgebied muziektherapie in de revalidatie mee te ontwikkelen. In dit onderzoek wordt gekeken naar hoe optimalisatie toegepast kan worden in een therapievorm die client-centered en te personaliseren is. Er wordt door middel van interviews met muziektherapeuten, enquêtes onder revalidanten en literatuuronderzoek antwoord gegeven op 5 deelvragen en de hoofdvraag: hoe wordt receptieve muziektherapie ingezet in de volwassenenrevalidatie ten behoeve van de coping rondom de veranderende situatie door het verwerven van letsel, en wat zijn de effecten hiervan? De uitkomst duidt dat de inzet zeer persoonsafhankelijk is van de verlangens, behoeftes, (on)mogelijkheden, voorkeuren, doelen en coping van de revalidant. De emoties en ervaringen van de revalidant zijn de behandelfocus en worden op een intuïtieve en gepersonaliseerde wijze behandeld. Tegelijkertijd zijn terugkomende interventies die fungeren als basis van de behandeling. Het effect van receptieve muziektherapie is bovenal terug te zien op emotioneel gebied.

De onderzoeksuitkomsten zijn verwerkt in de vorm van een interventie-overzicht genaamd 'Beslisboom receptieve muziektherapie en coping' (van der Wardt, 2022).

SUMMARY

Because of the developments in rehabilitation focused on optimisation, the discipline music therapy must develop as well. This research is focused on how optimisation can be applied in a therapeutic way that is client-centered and which can be personalized. By the usage of interviews with music therapists, surveys for clients and literature research, the five sub-questions and the main research question will be answered. The main research question is the following: how is receptive music therapy used in adult rehabilitation for coping with the changing situation due to the acquisition of an injury, and what are the effects? The results show that the use of receptive music therapy is very dependent on the wishes, needs, (im)possibilities, preferences, goals and coping of the client. The clients' emotions and experiences are the focus of the treatment and are treated in an intuitive and personalized way. At the same time there are interventions that function as a base of the treatment. The effect of receptive music therapy is mostly noticeable on an emotional level.

The research results have been incorporated into an intervention overview called 'Beslisboom receptieve muziektherapie en coping' (van der Wardt, 2022).

VOORWOORD

“Beperkingen zijn ervaringen. Mensen groeien en leren door ervaringen. Probeer te ontdekken wat deze ervaringen vertellen over jou als persoon en over de menselijke natuur.” (Dwarslaesie Organisatie Nederland, sd)

Al vanaf jongs af aan was ik altijd te vinden onder de mensen. Mijn omgeving was dan ook niet verrast toen ik besloot een carrière na te streven in de hulpverlening. Over de duur van mijn leven hebben zich langzaam maar zeker dromen gevormd rondom mijn toekomstige carrière. Ik begon te dromen over het werken in de medische setting, vooral de revalidatie en het ziekenhuis trokken mij. Het voelt dan ook bijzonder om te kunnen zeggen dat ik mij gedurende mijn studie werkelijk heb kunnen richten op de medische setting. Niet enkel in de vorm van hulpverlening, maar in de vorm van ervaringsgericht werken aan de hand van muziek. Ik heb altijd al geloofd dat muziek verder gaat dan woorden, maar dan dus in woorden omschrijven hoe dat werkt en waar dat aan ligt is een bijzonder lastige kwestie. Dit onderzoek heeft mij een stap dichterbij gebracht, en heeft mij weer in contact gebracht met de magie van muziek.

Bij behoefte aan contact over het onderzoek ben ik bereikbaar op andante.mt@hotmail.com.

INLEIDING

Stel je voor: het is een gewone doordeweekse dag, je geeft je partner een zoen en opent de buitendeur. Je loopt naar buiten door het tuinhek en zwaait je kinderen uit die naar school fietsen. Je stapt in je auto terwijl je de laatste hap van je broodje pindakaas neemt. Je rijdt over de gebruikelijke snelweg naar je werk, luistert naar het radioprogramma dat je elke ochtend hoort en denkt “ik zou dit met mijn ogen dicht kunnen”. En dan ineens komt er een roekeloze bestuurder met hoge snelheid op je afgereden. Je wilt reageren maar de auto links van jou houdt je tegen. Het eerst volgende wat je ziet, is dat je in het ziekenhuis ligt. De dokters vertellen je dat je in een coma gelegen hebt en dat je hersenschade hebt, met als gevolg ook lichamelijke schade. Je wordt doorgestuurd naar een revalidatiecentrum, maar het is maar de vraag welke vooruitgangen je kan boeken.

Situaties zoals deze brengen mensen naar de muziektherapeut van revalidatiecentra. ‘Help, mijn leven staat op zijn kop. Wat nu?!’ is veelal de onderliggende hulpvraag. Maar wat kan je nu betekenen voor iemand wiens leven in een milliseconde rigoureus veranderd is? Deze grote en levensbelangrijke vraag stelde Saskia Hoogendam, muziektherapeut bij de Hoogstraat Revalidatie. In dit verslag ga ik, Esmee van der Wardt, op zoek naar de formulering en beantwoording van de vraag van Saskia Hoogendam. Ik ben een vierdejaars student Vaktherapie aan de Hogeschool Utrecht te Amersfoort en schrijf dit onderzoeksverslag ter afronding van het vak Praktijkgericht onderzoek en tevens deze studie.

De vraag ‘Help, mijn leven staat op zijn kop. Wat nu?!’ is de leidraad geweest voor het formuleren van de hoofdvraag, die als volgt luidt:

Hoe wordt receptieve muziektherapie ingezet in de volwassenenrevalidatie ten behoeve van de coping rondom de veranderende situatie door het verwerven van letsel, en wat zijn de effecten hiervan?

Het formuleren en beantwoorden van deze hoofdvraag is gedaan aan de hand van de richtlijnen uit de Studiehandleiding Praktijkgericht Onderzoek (Coördinatoren Praktijkgericht Onderzoek, sd). Deze richtlijnen omvatten dat het onderzoek bestaat uit de hoofdstukken inhoudelijke oriëntatie, onderzoekskwestie, hoofd- en deelvragen en doelstelling, onderzoeksmethoden, resultaten, conclusie en aanbevelingen. In de inhoudelijke oriëntatie wordt een verkenning van de literatuur en de beroepspraktijk gegeven. In de onderzoekskwestie wordt een probleemstelling geformuleerd, die in het opvolgende hoofdstuk wordt opgedeeld in een hoofdvraag, vijf deelvragen en een doelstelling. Vervolgens wordt in het hoofdstuk onderzoeksmethoden onderbouwt op welke wijze er onderzoek gedaan is. De onderzoeksuitkomsten worden uitgewerkt in het hoofdstuk resultaten, dat opgevolgd wordt door een conclusie met het antwoorden op de hoofd- en deelvragen. Aan het einde worden er aanbevelingen gedaan. In externe bijlages zijn het product (een interventie-overzicht) en het Verslag Verantwoording te vinden.

INHOUDSOPGAVE

1	Inhoudelijke oriëntatie.....	7
1.1	Volwassenen met verworven letsel	7
1.1.1	Relevantie en actualiteit	7
1.1.2	De volwassenenrevalidatie	7
1.1.3	Verworven letsel	7
1.1.4	Veranderende situatie	8
1.2	Coping	8
1.2.1	Proces van coping.....	9
1.2.2	Coping bij verworven letsel	9
1.2.3	Behandelingen gericht op coping.....	9
1.3	Receptieve muziektherapie.....	10
1.3.1	Receptief versus actief	10
1.3.2	Inzet in de revalidatie	10
1.3.3	Onderdelen van receptieve muziektherapie	11
2	Onderzoekskwestie.....	12
3	Hoofdvraag, deelvragen en doelstelling.....	13
3.1	Hoofdvraag	13
3.2	Deelvragen.....	13
3.3	Doelstelling.....	13
4	Onderzoeksmethoden	14
4.1	Onderzoeksbenadering: kwalitatieve benadering.....	14
4.2	Onderzoekstype: inventariserend onderzoek.....	14
4.3	Dataverzamelings technieken	14
4.3.1	Muziektherapeuten: half gestructureerd open interview	14
4.3.2	Revalidanten: Enquête.....	15
4.3.3	Literatuuronderzoek	15
4.4	Data analyse: de thematische analyse.....	15
4.5	Kwaliteitscriteria	16
4.5.1	Onderzoeksopzet	16
4.5.2	Data-onderzoek	16
4.5.3	Verslaglegging	17
4.5.4	Feedback.....	17
4.5.5	Eindproduct	17
5	Resultaten	18
5.1	Deelvraag 1.....	18

5.1.1	Interviews muziektherapeuten.....	18
5.1.2	Enquêtes revalidanten	19
5.1.3	Literatuur	19
5.1.4	Conclusie	20
5.2	Deelvraag 2.....	21
5.2.1	Interviews muziektherapeuten.....	21
5.2.2	Enquêtes revalidanten	22
5.2.3	Literatuur	23
5.2.4	Conclusie	25
5.3	Deelvraag 3.....	25
5.3.1	Interviews muziektherapeuten.....	25
5.3.2	Enquêtes revalidanten	26
5.3.3	Literatuur	26
5.3.4	Conclusie	28
5.4	Deelvraag 4.....	28
5.4.1	Interviews muziektherapeuten.....	28
5.4.2	Literatuur	30
5.4.3	Conclusie	31
5.5	Deelvraag 5.....	31
5.5.1	Interviews muziektherapeuten.....	31
5.5.2	Enquêtes revalidanten	31
5.5.3	Literatuur	32
5.5.4	Conclusie	33
6	Conclusie.....	34
7	Aanbevelingen.....	36
7.1	De praktijk	36
7.2	De beroepsontwikkeling	36
7.3	De opdrachtgever.....	37
8	Bibliografie.....	38
9	Bijlagen	42
9.1	Topiclijst interviews muziektherapeuten	42
9.2	Enquête revalidanten	44
9.3	Transcripties interviews.....	46
9.4	Gecodeerde interviews	47

1 INHOUDELIJKE ORIËNTATIE

In dit hoofdstuk wordt een verkenning getoond vanuit de literatuur en de beroepspraktijk op receptieve muziektherapie ter bevordering van de coping rondom een veranderende situatie bij de behandeling van volwassenen met verworven letsel in revalidatiecentra.

1.1 VOLWASSENEN MET VERWORVEN LETSEL

1.1.1 Relevantie en actualiteit

Binnen de revalidatiezorg in Nederland wordt de focus steeds meer verlegd naar eigen regie, eigen kracht en zelfmanagement, mede wegens bezuinigingen en technologische ontwikkelingen (Revalidatie Nederland, sd). De werkdruk voor werknemers van revalidatiecentra neemt toe door een stijging in het aantal revalidanten (van Heerde, 2020). Alle behandelvormen van de revalidatiezorg dienen mee te groeien met de ontwikkelingen (Revalidatie Nederland, sd), bijvoorbeeld door het optimaliseren van het behandelproces. Optimaliseren betreft het zoeken naar de meest gunstige behandelmanier en/of een tussenweg tussen meerdere (conflicterende) zaken, wensen en belangen (van Dale, sd).

De hulpverleners dienen dus mee te groeien in het scheppen van een gunstige omstandigheid in het proces van het vinden van een nieuwe balans in de revalidatiezorg, voor revalidanten en henzelf.

1.1.2 De volwassenenrevalidatie

Revalidatiezorg is een combinatie van medische en sociale zorg, gericht op het zo ver mogelijk verbeteren van het welzijn van de revalidant en het verminderen van invaliditeit (den Boom & Geeraerts, 2005, p. 2947). Het werkveld revalidatie bestaat uit revalidatiecentra; geriatrie centra met een revalidatieprogramma; en mytyl- en tytylscholen (de Bruijn, 2013). In dit onderzoek wordt gefocust op de volwassenenrevalidatie, oftewel personen vanaf 18 jaar (Tieleman, 2015). Revalidatiezorg is gericht op alle levensaspecten van de revalidant: fysiek, cognitief, sociaal en emotioneel (Geertzen, Rietman, & Vanderstraeten, 2014; De Hoogstraat, 2021; O'Sullivan, Schmitz, & Fulk, 2019). Bij De Hoogstraat ligt de focus van het revalidatietraject op het ondersteunen van revalidanten en bovenal hen helpen naar een optimale staat van zelfredzaamheid (De Hoogstraat, 2021). De behandeling vindt plaats in klinische vorm (verblijf in het revalidatiecentrum) of in dagbehandeling (verblijf thuis en behandelingen in het revalidatiecentrum).

Een persoon kan beroep doen op revalidatiezorg op het moment dat die gediagnosticeerd is met een aandoening. Deze aandoening wordt veelal gediagnosticeerd via de International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Veelal wordt revalidatiezorg geboden op het moment dat iemand een langdurig of chronisch klachtenbeeld heeft. Door de verscheidenheid van bestaande aandoeningen, is de behandelgroep van revalidatiecentra zeer uiteenlopend. Het merendeel van de revalidanten bestaat uit niet-aangeboren beperkingen, ook wel verworven letsel (Geertzen, Rietman, & Vanderstraeten, 2014; de Bruijn, 2013).

1.1.3 Verworven letsel

De doelgroep in dit onderzoek omvat alle revalidanten die gedurende diens leven een beperking opgelopen heeft, ongeacht de manier waarop deze verworven is. Onderstaand wordt de doelgroep 'verworven letsel' opgedeeld in 2 categorieën: 'niet-aangeboren hersenletsel (NAH)' en 'overig verworven letsel'.

1.1.3.1 Niet-aangeboren hersenletsel (NAH)

Niet aangeboren hersenletsel (NAH) is een neurologische beperking die men gedurende het leven oploopt. NAH kan opgedeeld worden in traumatisch letsel en niet-traumatisch letsel.

Traumatisch letsel ontstaat door een impact van buitenaf, bijvoorbeeld een klap tegen het hoofd. Niet-traumatisch letsel ontstaat door een inwendige oorzaak zoals een hersenbloeding, een tumor, vergiftiging door alcohol of drugs, epilepsie, langdurig zuurstoftekort en meer. Daarnaast kan NAH ontstaan door een progressieve neurologische aandoening, bijvoorbeeld de ziekte van Parkinson, Multipele Sclerose (MS), dementie, de ziekte van Huntington of de ziekte van Korsakov (Geertzen, Rietman, & Vanderstraeten, 2014; Hersenstichting, NAH (niet-aangeboren hersenletsel), sd). In Nederland zijn er ongeveer 650.000 mensen met NAH (Hersenstichting, sd). Hoeveel procent van de revalidanten in Nederland NAH heeft, is niet bekend.

1.1.3.2 Overig verworven letsel

Op het gebied van onderzoek is er veel te vinden over niet-aangeboren hersenletsel (NAH), maar onderzoek over andere vormen van verworven letsel is schaars. Naast NAH is er namelijk ook een groep lichamelijk beperkten die geen hersenschade heeft, maar wel dagelijks worstelt met verworven letsel ten gevolge van een ziekte of ongeval zoals bij reuma of een dwarslaesie. ‘Verworven letsel’ is een term die geen officiële definitie met zich meedraagt. In de Engelstalige medische literatuur wordt er veelal gesproken over ‘trauma’. De term ‘trauma’ draagt echter ook een betekenis mee binnen zowel de psychologie: een stoornis door beschadiging van de geest ten gevolge van een ernstige gemoedservaring (den Boom & Geeraerts, 2005). Hierdoor kan deze term verwarrend kan werken. De term verworven letsel wordt in dit onderzoek gebruikt om aan te duiden dat de beperking gedurende het leven is ontstaan, ongeacht de wijze waarop dit plaatsgevonden heeft. Het is niet bekend hoeveel procent van de revalidanten in revalidatiecentra een (overig) verworven letsel heeft. Zoals eerder benoemd is wel bekend dat de meerderheid van de revalidanten verworven letsel heeft (Geertzen, Rietman, & Vanderstraeten, 2014; de Bruijn, 2013).

1.1.4 Veranderende situatie

Bij een niet-aangeboren beperking kan iemands leven van de ene op de andere dag rigoureus veranderen. Een ingrijpende gebeurtenis die grote veranderingen meebrengt, wordt ook wel een life-event genoemd. Een life-event kan zowel positief zijn als negatief. Bij een positief life-event spreken we vaak over onderwerpen zoals trouwen of kinderen krijgen. Bij een negatief life-event wordt veelal gedacht aan een overlijden, scheiding, verliezen van een baan of het verwerven van letsel. Een negatief life-event met permanente gevolgen, kan een permanente invloed hebben op het welzijn van een persoon (Headey & Wearing, 1989; CBS, 2012). De bestaande, oude zekerheden verdwijnen en de getroffene wordt in een nieuwe realiteit geforceerd. Er is geen voorkomen of ontkomen aan wat er gebeurd is en de nieuwe realiteit (Kleber & Brom, 2003). Bij het revalidatieproces wordt de revalidant veelal letterlijk uit de oude context gehaald omdat de eerste herstelperiode in het revalidatiecentrum afspeelt. Vanaf het moment dat men weer naar huis mag en verder revalideert in dagbehandeling, beseft men veelal pas hoe diens leven veranderd is (S. Hoogendam, persoonlijke communicatie, 8 april 2022; Palm, 2013).

1.2 COPING

Coping staat in de Van Dale (sd) omschreven als de wijze waarop mensen omgaan met problemen. De term coping is afkomstig uit de Engelse taal en kent geen Nederlandse vertaling. Een verwante Nederlandse term is *stresshanteringsstijl* (Bokhorst, 2021), echter gaat coping verder dan stresshantering. Volgens Lazarus (1981), grondlegger van theorie over coping, is coping de toepassing van probleemoplossende vaardigheden in een situatie waarin iemands welzijn op het spel staat of de persoon niet terug kan vallen op bestaande (geroutineerde) vaardigheden en mogelijkheden. Coping staat in verband met een (copings)onderwerp, zoals

stress. Een copingsonderwerp als stress kan geactiveerd worden door bijvoorbeeld een life-event. Op ieder copingsonderwerp kan iemand een andere coping vertonen. Het onderwerp dat in dit onderzoek aangehaald wordt is *de veranderende situatie*, zoals in kopje 1.1.4 omschreven.

1.2.1 Proces van coping

In de literatuur komen verscheidene coping gerelateerde termen voor: mechanismen, stijlen, gedrag, strategieën en meer. Allen duiden op de **manier** van coping, echter is er geen eenduidigheid over hoe coping precies werkt; veel uitwerkingen zijn conceptueel. De voornaamste rede hiertoe is dat iedereen het verwerven van letsel anders ervaart, waarnaast het proces van coping ook sterk kan verschillen tussen verschillende revalidanten (Kleber & Brom, 2003). De eerder benoemde grondlegger van de theorie over coping, Lazarus, heeft in samenwerking met Folkman (1984) uiteengezet hoe het proces van coping werkt, wat ondersteund wordt door de theorie van Kleber en Brom (2003) en Jaspers, van Asma en van den Bosch (1989): men heeft *copingsgedrag* en *copingsstrategieën*. Copingsgedrag is een concrete handeling die voortkomt uit een strategie, bijvoorbeeld: iemand gaat muziek luisteren (copingsgedrag) om de werkelijkheid te ontvluchten (copingsstrategie).

De mogelijkheden van een copingstrategie is te onderscheiden in twee *functies*: probleemgerichte coping of emotiegerichte coping. Deze twee functies onderscheiden zich in de focus van de coping: bij probleemgerichte coping wordt er gefocust op de oorzaak van de stress en bij emotiegerichte coping ligt de focus op de emoties die voortkomen uit de nieuwe, stress-verwerkende situatie (Lazarus & Folkman, 1984).

Een andere bekende onderscheidsmethode van het proces van coping is de methode van Billings en Moos (1981). Hierin wordt het onderscheid in coping gemaakt op basis van gedragsaspecten: men kan een actieve houding (*approach*) aannemen of vermijgend (*avoidance*) handelen. Door het combineren van de theorie van Lazarus en Folkman (1984) en Billings en Moos (1981) kan er een model van metastrategieën gevormd worden (de Ridder & Schreurs, 1994):

<i>Figuur 1: Model van metastrategieën van coping (de Ridder & Schreurs, 1994; Lazarus & Folkman, 1984; Billings & Moos, 1981):</i>		
	<i>Probleemgericht</i>	<i>Emotiegericht</i>
<i>Actief</i>	Actieve probleemgerichte coping	Actieve emotiegerichte coping
<i>Passief</i>	n.v.t. (men kan niet passief en probleemgericht handelen)	Passieve emotiegerichte coping

1.2.2 Coping bij verworven letsel

Bij het verwerven van letsel komt men in een situatie terecht waarin geen zekerheid of houvast meer is. Er is sprake van extreme onmacht, verstoring van het leven en veel ongemak (Kleber & Brom, 2003). Emotionele aanpassingen na een ernstig trauma of een slopende ziekte kunnen een significante impact hebben op alle aspecten van het leven van de revalidant, waaronder (de uitkomst van) het revalidatieproces. Als het emotionele verwerkingsproces geblokkeerd is kan dit leiden tot blijvende last binnen alle aspecten van het leven. Het is dus van groot belang dat een revalidant aan de slag gaat met emotionele verwerking van het verlies, coping en het opnieuw vorm- en betekenisgeven aan het toekomstperspectief en het leven (Särkämö, et al., 2008).

1.2.3 Behandelingen gericht op coping

Behandeling met de focus op coping is veelal één van de volgende therapievormen: (cognitieve) gedragstherapie, kortdurende psychodynamische therapie, hypnotherapie en kortdurende psychotherapie. Het proces van coping is echter zo veelzijdig en daardoor zo ingewikkeld, dat één soort therapie de lading zelden weet te dekken (Kleber & Brom, 2003). Muziektherapie

wordt in meer dan de helft van de revalidatiecentra ingezet (de Bruijn, 2013), veelal is coping een belangrijk onderdeel van de therapiesessies (S. Hoogendam, persoonlijke communicatie, 3 februari 2022).

1.3 RECEPTIEVE MUZIEKTHERAPIE

In het werken met receptieve ervaringen stelt de revalidant zich open voor de muziek die tegemoetkomt, men luistert. De gebruikte muziek kan een live of opgenomen improvisatie zijn van de therapeut, een eerder opgenomen uitvoering of compositie door de revalidant zijn. Daarnaast kan de muziek een commerciële opname zijn of muziek in verschillende stijlen/genres (zoals klassiek, pop, rock, jazz enz.). De luisterervaring mag gefocust zijn op fysieke, emotionele, cognitief, esthetische of spirituele aspecten van de muziek. Na het luisteren krijgt de revalidant de mogelijkheid om op diens gewenste manier reageren op de ervaring, zoals erover praten. De taak van de therapeut is om in het proces van muziekselectie, musiceren en nabespreken de focus te houden op het therapeutische doel van de ervaring. Receptieve muziektherapie wordt veelal aangekaart als een passieve therapievorm (Bruscia, 2014; Grocke & Wigram, 2006).

1.3.1 Receptief versus actief

In de volwassenenrevalidatie wordt actieve muziektherapie vaker ingezet dan receptieve muziektherapie. Hierbij valt op dat binnen fysieke doelstellingen de actieve muziektherapie zich werkzamer heeft bewezen dan receptieve muziektherapie. Wegens het veelzijdige karakter van actieve muziektherapie, is dit dan ook vaker onderzocht dan receptieve muziektherapie (Schiphorst-Preuper & Arendzen, 2013).

Als de keuze voorgelegd wordt tussen receptieve of actieve muziektherapie, kiest het merendeel van de revalidanten in eerste instantie voor receptieve muziektherapie. Dit komt doordat receptieve muziektherapie een ‘veilige’ afstand biedt, iemand hoeft zich nog niet actief bloot te geven. Voornamelijk revalidanten die nog geen ervaring hebben met zelf muziek maken, neigen naar receptieve muziektherapie (de Bruijn, 2013).

1.3.2 Inzet in de revalidatie

Receptieve muziektherapie wordt in de volwassenenrevalidatie veelal ingezet voor psychologische en psychosociale doelstellingen, zoals communiceren en ontspanning (Steele, 2005; Tamplin, 2015; de Bruijn, 2013). Muziektherapie in de revalidatie heeft als hoofddoel om te ondersteunen bij het verwerkingsproces (de Bruijn, 2013). Verder wordt receptieve muziektherapie bovenal ingezet als ‘laatste middel’, voor mensen waarbij actieve muziektherapie (zo goed als) geen mogelijkheid is (Schiphorst-Preuper & Arendzen, 2013; Steele, 2005).

Op het gebied van geschreven literatuur over receptieve muziektherapie is er bovenal informatie te verkrijgen over de effecten bij niet-aangeboren hersenletsel (NAH), die later in dit onderzoek toegespitst worden. Tevens is in de literatuur (bondig) geschreven over de receptieve methodieken Receptieve Muziek Therapie Nederland (RMTN) (Wijzenbeek & van Nieuwenhuijzen, 2006), Regulative Musiktherapie, Guided Imagery and Music (GIM) (Geiger, 2004) en vibro-akoestiek (Grocke & Wigram, 2006), maar hierbij wordt zelden tot geen informatie verschaft over de toepassing in de volwassenenrevalidatie. Er is dan ook geen eenduidig overzicht gevonden dat de toepassingsmogelijkheden van receptieve muziektherapie inzichtelijk maakt, zowel niet in algemene zin als voor de doelgroep volwassen revalidanten met verworven letsel.

1.3.3 Onderdelen van receptieve muziektherapie

De inzet van receptieve muziektherapie wordt onderverdeeld in de onderdelen: interventies, werkvormen, methodieken, randvoorwaarden en effecten.

Een interventie is een doelgerichte therapeutische activiteit waarmee bijgedragen wordt aan de hulpvraag en daarmee het welzijn van de revalidant (van der Beek & van den Bos, sd). In overeenstemming met de praktijk is vastgesteld welke onderdelen van belang zijn voor het onderzoek als er gesproken wordt over interventies: specifieke keuze in fasering; therapeutische houding; genre/muziekstijl; live of opgenomen muziek; muzikale componenten; de kiezer van de muziek (revalidant of therapeut); visueel materiaal; en huiswerk (S. Hoogendam, persoonlijke communicatie, 8 april 2022). Werkvormen zijn gerichte oefeningen, bijvoorbeeld gescreende muziek luisteren. Een methodiek is een specifieke wijze van aanpak, veelal bestaande uit een richtlijn of stappenplan voor het inzetten van interventies en werkvormen (van der Beek & van den Bos, sd), zoals Guided Imagery and Music (GIM). Tevens wordt gekeken naar de rol van randvoorwaarden bij receptieve muziektherapie. Randvoorwaarden zijn van belang voor het bouwen van een aangenaam klimaat voor revalidant en therapeut (Smeijsters, 2006). De randvoorwaarden die meegenomen worden in dit onderzoek zijn: in aanmerking komen voor receptieve muziektherapie/indicatie; duur van de behandeling in sessies en minuten; aanvullende behandelingen; (contra-)indicatie(s); en voorzieningen.

2 ONDERZOEKSKWESTIE

In de onderzoekskwestie wordt de probleemstelling en focus van het onderzoek geformuleerd.

De revalidatiezorg verlangt naar behandeloptimalisatie (Revalidatie Nederland, sd), maar tegelijkertijd verlangt de revalidatiezorg naar client-centered werken en personalisatie (de Bruijn, 2013). Zoals benoemd in de inhoudelijke oriëntatie wordt receptieve muziektherapie in de volwassenenrevalidatie ingezet voor psychologische en psychosociale doelstellingen (Steele, 2005; Tamplin, 2015; de Bruijn, 2013) en dragen revalidanten de voorkeur voor receptieve muziektherapie boven actieve muziektherapie (de Bruijn, 2013). Desondanks is er aanzienlijk meer onderzoek gedaan naar actieve muziektherapie (Schiphorst-Preuper & Arendzen, 2013). Er is dermate weinig bekend over receptieve muziektherapie dat er geen eenduidig overzicht naar voren komt op welke manier het ingezet kan worden. Laat staan dat dit context-specifieke verheldering biedt voor de volwassenenrevalidatie ten behoeve van coping rondom de veranderende situatie bij verworven letsel. De praktijk verlangt naar duidelijkheid over de inzetbaarheid en de effecten van receptieve muziektherapie, zodat dit op een effectieve en geoptimaliseerde manier ingezet kan worden, evenals dat het te personaliseren dient te zijn.

Om een duidelijk beeld te krijgen van de mogelijkheden van receptieve muziektherapie in de volwassenenrevalidatie ten behoeve van de coping rondom de veranderende situatie door het verwerven van letsel, is het van belang om inzichtelijk te maken wat er bestaat en toegepast wordt. Een overzichtelijk, laagdrempelig en toegespitst interventie-overzicht dat online en op papier gepubliceerd wordt, biedt perspectief. Door breed te publiceren en het onderzoek en interventie-overzicht te delen onder muziektherapeuten in de revalidatie, wordt de groei van het werkveld gestimuleerd. Muziektherapeuten werkzaam in de revalidatie zullen een duidelijker beeld krijgen van de mogelijkheden van receptieve muziektherapie en zullen dit vaker, gemakkelijker en goed onderbouwd kunnen inzetten. De behandeling van revalidanten met verworven letsel zal hierdoor effectiever zijn.

3 HOOFDVRAAG, DEELVRAGEN EN DOELSTELLING

Onderstaand wordt omschreven welke doelstelling en vragen de leidraad zijn voor dit onderzoek. Eerst worden de hoofdvraag en de 5 deelvragen omschreven, waarna de doelstelling wordt toegespitst.

3.1 HOOFDVRAAG

Hoe wordt receptieve muziektherapie ingezet in de volwassenenrevalidatie ten behoeve van de coping rondom de veranderende situatie door het verwerven van letsel, en wat zijn de effecten hiervan?

3.2 DEELVRAGEN

1. **Hoe speelt coping rondom de veranderende situatie een rol** in de sessies receptieve muziektherapie in de volwassenenrevalidatie bij verworven letsel?
2. **Welke interventies worden ingezet** in de volwassenenrevalidatie bij receptieve muziektherapie ten behoeve van de coping rondom de veranderende situatie door het verwerven van letsel?
3. **Welke werkvormen en methodieken worden ingezet** in de volwassenenrevalidatie bij receptieve muziektherapie ten behoeve van de coping rondom de veranderende situatie door het verwerven van letsel?
4. **Hoe spelen randvoorwaarden een rol** in de volwassenenrevalidatie bij receptieve muziektherapie ten behoeve van de coping rondom de veranderende situatie door het verwerven van letsel?
5. **Wat zijn de effecten** van receptieve muziektherapie in de volwassenenrevalidatie ten behoeve van de coping rondom de veranderende situatie door het verwerven van letsel?

3.3 DOELSTELLING

De hoofddoelstelling van dit onderzoek is het verbeteren van het bestaande behandelaanbod van receptieve muziektherapie in de volwassenenrevalidatie ten behoeve van coping rondom de veranderende situatie wegens het verwerven van letsel. De praktijk verlangt naar concrete, toepasbare en onderbouwde kennis. Vragen die meespelen in de hoofdvraag zijn: hoe wordt receptieve muziektherapie op een therapeutische manier ingezet, welke tools (bv. afbeeldingen) spelen een rol in receptieve muziektherapie, hoe wordt de therapeutische meerwaarde van receptieve muziektherapie verhoogd en wat kan men tot stand brengen en hoe?

Om tot het hoofddoel te komen is het van belang om meer kennis en inzicht te verschaffen, de inzetbaarheid te vergroten en de overdraagbaarheid te stimuleren door een laagdrempelig en te personaliseren product te creëren die online en fysiek beschikbaar is voor geïnteresseerden. Dit product wordt afgestemd op (de behoefte van) muziektherapeuten in de revalidatie, wat de bruikbaarheid in de revalidatie vergroot en de muziektherapeut in staat is om mee te gaan in de huidige ontwikkelingen van de revalidatiezorg naar eigen regie en optimalisatie (Revalidatie Nederland, sd). Hierdoor kunnen meer revalidanten in een kortere tijd op een kwalitatieve manier behandeld worden.

4 ONDERZOEKSMETHODEN

De onderzoeksmethoden wordt onderstaand toegelicht om inzichtelijk te maken welke methodes en systematiek er gebruikt wordt in het onderzoek.

4.1 ONDERZOEKSBENADERING: KWALITATIEVE BENADERING

De onderzoekbenadering van dit onderzoek, is de kwalitatieve benadering. Er is een praktijkgericht onderzoek gedaan om inzicht te krijgen in de ervaringen, kennis en interpretaties in de volwassenenrevalidatie. Tevens kenmerkt kwalitatief onderzoek zich door een globale onderzoeksopzet, waarin ruimte is om de werkwijze aan te passen naar aanleiding van tussentijdse bevindingen (iteratief karakter). Naast een iteratief karakter heeft dit onderzoek ook een interactief karakter: er is hand in hand met de opdrachtgever vormgegeven om het product nauw aan te laten sluiten op de wensen uit de praktijk (Migchelbrink, 2016). Het aansluiten bij de behoefte vanuit de praktijk, relevantie en actualiteit, is conform het handelen in deskundig en maatschappelijk belang volgens de HBO-gedragscode bij praktijkgericht onderzoek (Commissie Gedragscode Praktijkgericht Onderzoek in het hbo, 2010).

4.2 ONDERZOEKSTYPE: INVENTARISEREND ONDERZOEK

Het onderzoekstype van dit onderzoek is een inventariserend onderzoek: de huidige situatie is in kaart gebracht (Migchelbrink, 2012). Er is gekozen voor een inventariserend onderzoek omdat dit het beste aansluit bij de wensen van de beroepspraktijk: het inzichtelijk maken welke werkvormen, interventies, effecten en randvoorwaarden van belang zijn bij coping rondom veranderende situatie in de volwassenenrevalidatie bij revalidanten met verworven letsel.

4.3 DATAVERZAMELINGSTECHNIKEN

De data zijn verzameld aan de hand van triangulatie. Triangulatie is het kijken vanuit drie verschillende perspectieven. Door te werken met triangulatie wordt er zorgvuldig gekeken naar de gewonnen informatie waardoor de validiteit van het onderzoek toeneemt (Migchelbrink, 2016). In dit onderzoek betreft dit: muziektherapeuten, revalidanten en literatuur. Dit kwalitatieve, inventariserende onderzoek is gericht op de combinatie van Practice Based Evidence (PBE) en Evidence Based Practice (EBP). De praktijkgerichte en actuele bevindingen (PBE) zijn aangevuld en geaffirmeerd aan de hand van beschikbare kennis vanuit de literatuur (EBP). De combinatie van EBP en PBE geeft de ruimte aan zowel het inzichtelijk maken van data die al (wetenschappelijk) onderzocht is als data die in de praktijk als nuttig bewezen is maar nog niet (dusdanig) onderzocht is. Daarnaast worden revalidantervaringen weergegeven, die ervaringsgerichte resultaten bieden over de effecten en ervaringen van de behandeling. Hierdoor ontstaat er een representatief totaalbeeld van de huidige situatie: een *body of knowledge*. Door deze vorm van onderzoek is een zo representatief mogelijk beeld geschetst van de huidige situatie (Migchelbrink, 2016).

Onderstaand worden de drie perspectieven van dit onderzoek verder uitgewerkt.

4.3.1 Muziektherapeuten: half gestructureerd open interview

De vuistregel voor praktijkgericht onderzoek, is dat de keuze van een dataverzamelingstechniek komt vanuit het verlangen om inzicht te krijgen in de kennis, houding, beweegredenen en/of interpretaties van betrokkenen in de situatie. De muziektherapeuten zijn gecertificeerd binnen diens vak, bezitten professionele reflectieve vaardigheden, praktijkervaring en kunnen in contact treden met revalidanten. Het perspectief van de muziektherapeuten is als uitgangspunt van het onderzoek genomen, omdat zij de koppeling tussen Evidence Based Practice (EBP) en Practice Based Evidence (PBE) zijn (Migchelbrink, 2016). De muziektherapeuten zijn individueel ondervraagd aan de hand van een half gestructureerd interview. Deze ondersoort

van een open interview is gestructureerd aan de hand van een topiclijst die opgesteld is op basis van de inhoudelijke oriëntatie en aanvullend literatuuronderzoek. Tussentijds is de topiclijst iteratief bijgewerkt op basis van opgedane kennis uit de interviews. De topiclijst bood een basis aan onderwerpen en heeft vrijheid gelaten voor doorvragen en aanvullingen binnen deze onderwerpen. Tevens zijn er geen aannames gedaan over de mogelijke bevindingen van de professionals. Deze vorm van dataverzameling leent zich voor dit onderzoek, omdat er vanuit de praktijk interesse was voor de ongeschreven toepassing van receptieve muziektherapie (PBE). Het open karakter van deze interviewtechniek biedt ruimte om nieuwe bevindingen te doen die bijdragen aan het ontwikkelen en actualiseren van het bestaande aanbod (Migchelbrink, 2016), waardoor het onderzoek innovatief en verrijkend is. Tevens wordt er conform de HBO-richtlijnen rekening gehouden met privacy en wordt er toestemming gevraagd voor het opnemen en verwerken van de informatie (Commissie Gedragscode Praktijkgericht Onderzoek in het hbo, 2010). Deze toestemming is vervolgens bevestigd na de start van de opname en staat daardoor verwerkt in het transcript van het interview.

4.3.2 Revalidanten: Enquête

Een enquête is een vooraf gestructureerde lijst met vragen die door de respondent ingevoerd kan worden, bijvoorbeeld op papier of online. Aan de hand van een enquête kan in een korte tijd informatie opgedaan worden van een (grote) groep. (Migchelbrink, 2016). Aan de hand van de enquête wordt het perspectief van de revalidant opgenomen in het onderzoek. Binnen de doelgroep verworven letsel kunnen bepaalde vormen van letsel een belemmerende werking hebben op het invullen van een open vragenlijst (S. Hoogendam, persoonlijke communicatie, 8 april 2022). Hierom is er gekozen voor een enquête, door structuur te bieden aan de hand van meerkeuzevragen wordt de drempel tot het verschaffen van informatie vanuit revalidanten verlaagd. Tevens is de enquête zowel op papier als online beschikbaar om laagdrempeligheid te bieden aan de doelgroep.

De enquête is vormgegeven op basis van de inhoudelijke oriëntatie en in samenwerking met de praktijk. De vragenlijst is opgesteld conform de richtlijnen van praktijkgericht onderzoek van Migchelbrink (2016). Hierdoor wordt er een grote ‘foto’ gemaakt van de huidige stand van zaken, wat aansluit bij het inventariserende onderzoekstype en bijdraagt aan de bruikbaarheid en validiteit van het onderzoek (Migchelbrink, 2016). De enquête is opgesteld in overeenstemming met de Functionaris Gegevensbeheer van de HR-afdeling bij de Hoogstraat. Zo is geverifieerd of de enquête niet conflicteert met de ethische commissie, de privacywet en de wensen en regels van de instelling. Deze zorgvuldigheid en verantwoordelijkheid in handelen is in lijn met de HBO-gedragscode bij praktijkgericht onderzoek (Commissie Gedragscode Praktijkgericht Onderzoek in het hbo, 2010).

4.3.3 Literatuuronderzoek

In het literatuuronderzoek is gekeken naar vakliteratuur met betrekking tot de inzet van receptieve muziektherapie in de volwassenenrevalidatie bij coping rondom de veranderende situatie door het verwerven van letsel. Deze literatuur is gebruikt ter onderbouwing en ondersteuning van de onderzoeksmethoden en de bevindingen uit andere dataverzamelingstechnieken (Migchelbrink, 2016). In dit onderzoek speelt literatuur een belangrijke rol voor het inzichtelijk maken van de geschreven kennis over de rol van coping rondom de veranderende situatie door het verwerven van letsel, werkvormen, interventies, effecten en randvoorwaarden.

4.4 DATA ANALYSE: DE THEMATISCHE ANALYSE

De data analysetechniek die gebruikt is in dit onderzoek is de thematische analyse. Bij een thematische analyse wordt op iteratieve wijze informatie verzameld, gecodeerd,

gecategoriseerd en in verband leggen met literatuur en andere data (Verhoeven, 2022). Doordat de bevindingen geclusterd geanalyseerd zijn kunnen de bevindingen op een overzichtelijke manier gepresenteerd worden (Verhoeven, 2022). Dit sluit aan bij het inventariserende onderzoekstype dat gericht is op het inzichtelijk maken van de mogelijkheden in toepassing (Migchelbrink, 2012). Er is gewerkt aan de hand van een inductief karakter, wat een theorievormende data-analysetechniek is waarbij de verkregen gegevens geanalyseerd worden zonder een vooraf gestructureerde codeerlijst (Verhoeven, 2022). Dit houdt in dat de informatie vanuit de muziektherapeuten (het uitgangspunt) als eerste gethematiseerd en geanalyseerd is, waarna gekeken wordt hoe de informatie uit de literatuur en enquêtes aansluiten op de bevindingen uit de interviews met de muziektherapeuten. Om de interviews te coderen zijn deze getranscribeerd, ook wel woordelijk uitgeschreven. ‘Overbodige’ uitingen zoals stopwoorden, ‘uh’ en aarzelingen zijn weggehaald ten behoeve van de leesbaarheid (Migchelbrink, 2016).

De thematische analyse heeft een beperkt aantal verplichtingen, waardoor de invloed van de onderzoeker op het verloop van het onderzoek groot is. Om de betrouwbaarheid te waarborgen is de thematische analyse gedaan aan de hand van het stappenplan van Braun en Clarke (2006) zoals omschreven in het boek *Wat is onderzoek?* van Verhoeven (2022).

4.5 KWALITEITSCRITERIA

De kwaliteitscriteria worden uitgewerkt in de onderzoeksonderdelen: onderzoeksopzet, data-onderzoek, verslaglegging, feedback en eindproduct. De kwaliteitscriteria wordt uitgewerkt aan de hand van de richtlijnen uit de literatuur van Migchelbrink (2016).

4.5.1 Onderzoeksopzet

In dit onderzoek is transparant een veelvoudig gecommuniceerd met de opdrachtgever, zodat het product aansluit op de wensen vanuit de praktijk. Er is een brede scope doordat er data verzameld is van muziektherapeuten uit revalidatiecentra verspreid door Nederland. Een brede scope draagt bij aan de *transferability* van het onderzoek, ook wel overdraagbaarheid (Smeijsters, 2006). Daarnaast is er een brede scope in het proces van dataverzameling wegens het raadplegen van Nederlandstalige, Engelstalige en Duitstalige literatuur. Een brede scope draagt bij aan de bruikbaarheid, validiteit en betrouwbaarheid van het onderzoek. Bij het spreken over betrouwbaarheid gaat het om de zorgvuldigheid van de aanpak van het onderzoek. Validiteit betreft de nauwkeurigheid in het beantwoorden van de hoofdvraag aan de hand van de verwerkte data. Bruikbaarheid omvat de wijze waarop onderzoek gedaan is: de instrumenten, vraagstelling en het onderwerp (Migchelbrink, 2016).

4.5.2 Data-onderzoek

Doordat er voorafgaand aan het onderzoek een grondige inhoudelijke oriëntatie plaats gevonden heeft, is er een stabiele basis aan domeinkennis. Het half gestructureerde karakter van het open interview met de muziektherapeuten maakt dat er voortdurend geluisterd wordt naar de interpretaties en behoeftes vanuit de beroepspraktijk. Na afloop van de interviews met muziektherapeuten is de mogelijkheid gegeven om een samenvatting en/of het transcript van het interview te ontvangen via de mail. Daarbij is gevraagd om eventuele feedback binnen 14 dagen terug te mailen. De mogelijkheid is geopperd bij de professional zodat zij bij twijfel de mogelijkheid hadden om de kennis te concretiseren, wat bijdraagt aan de echtheid (*authenticity*) (Smeijsters, 2006) en de bruikbaarheid (Migchelbrink, 2016). De enquête voor de volwassen revalidatiecentra revalidanten is in een natuurlijke setting gedaan, de setting is niet gemodificeerd ten behoeve van het onderzoek. Dit wordt ook wel *Naturalistic Inquiry* genoemd en draagt bij aan de geloofwaardigheid (*credibility*) (Smeijsters, 2006) en de kwaliteit van het onderzoek omdat er gewerkt wordt met de bestaande werkelijkheid en de huidige situatie (Lincoln & Guba, 1985).

4.5.3 Verslaglegging

Het werken aan de hand van de richtlijnen uit de literatuur van Migchelbrink (2016) draagt bij aan de kwaliteit en betrouwbaarheid van dit onderzoek. Tevens biedt het werken onder begeleiding van een consulent een overkoepelende professionele visie op het onderzoek (Migchelbrink, 2016). Deze consulent is een ervaren onderzoeker en docent vaktherapie aan de Hogeschool Utrecht.

4.5.4 Feedback

In dit onderzoek hebben er meerdere feedback- en evaluatiemomenten plaatsgevonden vanuit verschillende perspectieven. Het verwerken van feedback en evaluatie in een onderzoek draagt bij aan de kwaliteit en onafhankelijkheid (*dependability*) (Smeijsters, Handboek Muziektherapie, 2006). De perspectieven die voorkomen in het onderzoek zijn die van de opdrachtgever en de evaluatiegroep. Tevens is aan mede-onderzoekers en naasten gevraagd om het onderzoek door te lezen (*peer-review*). Alle feedback is zorgvuldig overwogen en indien van toepassing verwerkt. De wijze waarop de feedback verwerkt is of de rede dat de feedback niet verwerkt is, is in het Verslag Verantwoording onderbouwd. Hierdoor is het transparant welke beslissingen genomen zijn en welke basis aan de grondslag van deze beslissingen heeft gelegen (Commissie Gedragscode Praktijkgericht Onderzoek in het hbo, 2010). Dit draagt bij aan de betrouwbaarheid (*memo's*) en de overtuigingskracht (*confirmability*) van het onderzoek (Smeijsters, 2006).

4.5.5 Eindproduct

Het eindproduct van dit onderzoek is gericht op bruikbaarheid door rekening te houden met laagdrempeligheid, overzichtelijkheid, overdraagbaarheid en de inzet voor muziektherapeuten (Migchelbrink, 2016).

5 RESULTATEN

In het onderstaande hoofdstuk worden de resultaten op de deelvragen omschreven, waardoor stapsgewijs antwoord gegeven wordt op de hoofdvraag. In de conclusie wordt de hoofdvraag volledig beantwoord. De interviews zijn tevens te vinden in de bijlage, zie de inhoudsopgave voor meer informatie.

5.1 DEELVRAAG 1

Hoe speelt coping rondom de veranderende situatie een rol in de sessies receptieve muziektherapie in de volwassenenrevalidatie met verworven letsel?

5.1.1 Interviews muziektherapeuten

De manier waarop **coping** rondom de veranderende situatie een rol speelt in de sessies receptieve muziektherapie in de volwassenenrevalidatie met verworven letsel, is zeer **persoonsafhankelijk** (R1, R2 en R3). Respondent 2 (R2) benoemt dat de coping niet in verhouding hoeft te staan tot de ernst van het verworven letsel. Tevens kan het per revalidant zeer sterk verschillen in hoeverre het copingsproces op bewust of onbewust niveau afspeelt (R1). R2 omschrijft dat meeste revalidanten zich niet bewust zijn van diens coping, maar dat gedurende het revalidatieproces het proces van bewustwording “als vanzelf” gestimuleerd wordt. Respondent 1 (R1) benoemt bij chronische pijnklachten veelal te zien dat revalidanten zich **fuseren** met diens problematiek. Tevens ziet R1 veelal patronen van **vermijding** in de vorm van het negeren van eigen lichaamsgrenzen, klagen en de klachten weg willen hebben, proberen niet te voelen, constant afleiding te zoeken (door altijd naar muziek te luisteren) en onderwerpen en klachten te verwaarlozen. R1 benoemt dat revalidanten (bovenal chronische pijnpatiënten) veelal één of meerdere **life-events** meegemaakt hebben voorafgaand aan het revalidatietraject. R1 omschrijft dit ook wel als een “domino-effect”. Dit life-event is bijvoorbeeld een echtscheiding, het krijgen van een kind, een COVID-19 besmetting en/of het doorleven van een heftige periode.

Doelen in de sessies receptieve muziektherapie ten behoeve van coping rondom de veranderende situatie bevatten in de meeste gevallen het element **ontspanning** en **afleiding**, bv. door herinneringen op te halen of met iets anders bezig te zijn dan de dagelijkse realiteit (R1, R2 en R3). Daarnaast is **emoties** ervaren, herkennen, verwerken en delen een veel voorkomend doel (R1, R2 en R3). Tevens speelt **rouw** en **acceptatie** ook regelmatig een rol in de sessies receptieve muziektherapie (R1, R2 en R3). **Comfort** ervaren en even mogen zijn zonder (veel) verplichtingen is tevens een veel voorkomend doel (R1 en R2). Daarnaast is het **stimuleren** van positiviteit, hoop en kracht een onderwerpen voor coping rondom de veranderende situatie (R2). Het **vormgeven** van het heden en de toekomst, het zoeken naar de identiteit en het nemen van regie zijn daarnaast terugkomende onderwerpen (R1). Als laatste doel is iets **ontvangen** (een muzikaal geschenk) veelal een lastige opgave voor revalidanten (R1 en R3).

De taak van de therapeut wordt omschreven als de revalidant weer **in contact met diens gevoel** te brengen en **uit de vermijding** te halen door stil te staan bij ervaringen (R1 en R2) en de coping (R2). De muziektherapeut heeft hierbij een stimulerende rol tot het aangaan, delen en bespreekbaar maken van onderwerpen (R1, R2 en R3). Daarnaast wordt de revalidant gestimuleerd om hulp te vragen (R2) en gevoelens te voelen, (h)erkennen en uiten (R1, R2 en R3). In sommige gevallen kan het meegaan in de vermijding ook ingezet worden om veiligheid te bieden (R1 en R2), door bijvoorbeeld positieve mentale afleiding te zoeken/bieden (R2). R1 en R3 benoemen echter veelal meteen de diepte in gaan en de revalidant “een vriendelijke hand in een richting” te geven, bijvoorbeeld door het gedrag van de revalidant te spiegelen. Respondent 3 (R3) omschrijft dezelfde manier van handelen als “**respectvol confronteren**”.

R2 benoemt liever geen confronterende therapeutische interventies te doen, maar **aan te sluit** bij de behoeftes van de revalidant door middel van een niet-uitdagende, afwachtende, comfort biedende houding. R1 en R2 spreken ook over het aansluiten bij de behoeftes en verlangens van de revalidant, maar benoemen dat een lichte confrontatie soms nodig is om de revalidant in contact met diens gevoelens te brengen.

5.1.2 Enquêtes revalidanten

Het merendeel van de respondenten (66,7% - 6 personen) geeft aan dat diens doelen op **emotioneel** vlak gericht zijn. Iets minder dan de helft (44,4% - 4 personen) van de revalidanten geeft aan dat diens doelen over **verwerking**/leren omgaan met de situatie gaat.

In de minderheid zijn de revalidanten die aangaven hebben dat er enkele keren in de behandeling aandacht geweest is voor de manier waarop omgegaan wordt met gebeurtenissen die veel invloed hebben op diens leven 1 op de (33,3% - 3 personen) en de revalidant die geeft aan muziektherapie te volgen voor onder anderen afleiding (1 persoon - 11,1%).

De revalidanten hebben een lijst gekregen met onderwerpen die voor kunnen komen tijdens een sessie receptieve muziektherapie gericht op coping rondom de veranderende situatie door het verwerven van letsel. Het merendeel (88,9% - 8 revalidanten) van de revalidanten heeft aangegeven dat **emoties** zoals verdriet, boosheid en angst een rol speelde in de sessie. De helft (5 revalidanten - 55,6%) heeft aangegeven dat **rouw** een rol speelde. Iets minder dan de helft (4 personen - 44,4%) gaven aan dat het toekennen van **waarde aan het leven** een rol speelde.

De minderheid van de revalidanten heeft aangegeven dat veranderingen in het gevoel van zelfverzekerdheid een rol speelde tijdens de sessie (2 revalidanten - 22,2%). Er is door 1 revalidant (11,1%) aangegeven dat een verandering van gevoel in controle een rol speelde, evenals dat er 1 revalidant het vormgeven en het (opnieuw) plannen en uitdenken aankaartte en 1 revalidant benoemde afhankelijkheid van anderen als onderwerp tijdens de sessie. Tevens heeft 1 revalidant aangegeven dat het onderwerp zoeken naar een nieuwe identiteit een rol speelde in de sessie en 1 revalidant vulde deze lijst aan met het onderwerp 'herinneringen'.

Het merendeel van de revalidanten heeft aangegeven het eerder benoemde onderwerp volledig aangegaan te zijn (75%), waar 25% aangegeven heeft het een beetje aangegaan te zijn.

5.1.3 Literatuur

Chronische zieken hanteren diens **copingsstrategieën** veelal hetzelfde als niet-zieken: men wisselt binnen één situatie tussen verschillende soorten coping (Dunkel-Schetter, Feinstein, Taylor, & Falke, 1992). Er wordt gezien dat een meerderheid van de revalidanten met verworven letsel binnen de emotiegerichte copingsstrategie valt. De passief-vermijdende copingsstrategie wordt vaker ingezet door chronische zieken dan de actief-benaderende copingsstrategie (Rosenstiel & Keefe, 1983), behalve aan het beginstadium van een chronische ziekte (Heim, Augustiny, Blaser, Burki, & et al., 1987; Holmes & Stevenson, 1990). Op het moment dat een persoon letsel verwerft, is het niet te voorkomen dat men geconfronteerd wordt met diens coping, maar **persoonlijke verschillen** blijven leidend in de wijze waarop revalidanten omgaan met het verwerven van letsel (Dunkel-Schetter, Feinstein, Taylor, & Falke, 1992). Kleber en Brom (2003) wijden de interpersoonlijke verschillen in coping aan een uit een aantal onderdelen dat na een life-event uit balans geraakt is. Werken aan **zelfbeeld** en **zelfverzekerdheid** spelen een belangrijke rol in de emotieverwerking; door een nieuwe vorm- en betekenis te geven aan de nieuwe situatie en het nieuwe toekomstperspectief, kunnen er (hevige) emotionele stagnaties beperkt en/of opgeheven worden (Särkämö, et al., 2008). Na het doorgaan van een life-event raakt de **emotieregulatie** veelal uit balans (Kleber & Brom, 2003). Emoties die een grote rol spelen bij coping, zijn **rouw** en **verdriet** (Kleber & Brom, 2003). Het verwerven van letsel is te heftig voor echte en volledige coping, maar de situatie kan ook niet ontvlucht worden doordat het iemands dagelijkse realiteit geworden is. Men komt in een situatie

terecht van extreme onmacht, verstoring van het leven en ongemak. Er moet een **nieuw kader** ontstaan/vormgegeven worden waarin de nieuwe situatie geaccepteerd dient te worden (Kleber & Brom, 2003). In het oriëntatie- en vormgevingsproces in het nieuwe leven na het verwerven van letsel is het van belang dat er gehoor is voor hoe de revalidant zich **voelt** en waar die **behoefte** aan heeft (de Bruijn, 2013; Schiphorst-Preuper & Arendzen, 2013; Kleber & Brom, 2003).

Chronische (pijn)klachten kunnen samenhangen met (jeugd)**patronen**; de mentale en fysieke problematiek neigt in elkaar te vlechten en het klachtenbeeld gezamenlijk te **verstevigen**. Gedragspatronen zoals het negeren van emotionele en fysieke signalen spelen dan veelal een belangrijke rol in het ontwikkelen van een **neerwaartse spiraal**, waardoor de klachten geleidelijk blijven toenemen. Gezien wordt dat revalidanten met psychosociale problematiek veelal moeite hebben met het ontvangen van iets, bovenal chronische pijnpatiënten tonen gedragspatronen waarin zij de ander veel geven maar zelf weinig nemen (Schiphorst-Preuper & Arendzen, 2013). Afhankelijk van de aard van de chronische (pijn)klachten, kan het **aangaan** van mentale en emotionele problematiek een passende interventiemethode zijn (Fleming & Vollebregt, 2016).

Receptieve muziektherapie wordt in de revalidatie hoofdzakelijk ingezet met als **doel ontspanning** of **verbeelding** (Grocke & Wigram, 2006; Bruscia, 2014). **Stressreductie** is in ongeveer 15% behandelingen de focus en **emoties** is dit in 13% van de behandelingen. Daarnaast is **veerkracht bevorderen** in 10% van de behandelingen de focus en activatie in 8% van de behandelingen (de Bruijn, 2013). Tevens wordt receptieve muziektherapie in de revalidatie veelal ingezet met als doel **afleiding** (Tamplin, 2015; Särkämö, et al., 2008; Bruscia, 2014), het ophalen van **herinneringen** (Bruscia, 2014) en het uitlokken en verwerken van **emoties** (Bruscia, 2014; de Bruijn, 2013; Tamplin, 2015; Thaut, 2005). Daarnaast dient het muziek verwerking van **rouw** (Nayak, Wheeler, Shiflett, & Agostinelli, 2000; Särkämö, et al., 2008), ter reductie van **discomfort** (Bruscia, 2014; Tamplin, 2015), **(zelf)relaxatie** (Gabriëls, 2000) en het stimuleren van een positief **welbevinden** (Nayak, Wheeler, Shiflett, & Agostinelli, 2000; Särkämö, et al., 2008; Tamplin, 2015; Grocke & Wigram, 2006; Herth, 1990). Op het gebied van representatie kan verworven letsel vragen om de opbouw van een **nieuwe identiteit** (Kleber & Brom, 2003). Bij de behandeling van revalidanten is het van belang dat elke therapeutische interventie het herstellen van **hoop** beoogt, omdat dit een copingsmechanisme dat verwachtingen draagt en boven zichtbare feiten gaat. Hoop kan gezien worden als een motiverende kracht om innerlijke doelen te behalen (Herth, 1990). Daarnaast dient er aandacht te zijn voor gevoelens van verlies, isolatie of verlatenheid, het begrip voor verlies, het vergeven van anderen en acceptatie van de afhankelijkheid (Aldridge, 1996).

5.1.4 Conclusie

De mate en vorm waarin coping rondom de veranderen situatie een rol speelt in de sessies receptieve muziektherapie in de volwassenenrevalidatie met verworven letsel, is zeer persoonsafhankelijk. Hierom is het van belang dat de muziektherapeut oprecht gehoor geeft aan de ervaringen en behoeftes van de revalidant. Revalidanten komen geheid in aanraking met diens coping, maar de wijze waarop zij dit bewust zien en hier bewust voor kiezen is onbepaald en zeer variërend. Uit de enquête komt naar voren dat alle revalidanten naar eigen zeggen diens copings-onderwerp aangegaan zijn.

De klachtenpatronen van de revalidant kunnen zich vervlechten op emotioneel, mentaal, gedragsmatig en fysiek niveau. Hierdoor kunnen klachten in een neerwaartse spiraal raken. Bij verworven letsel is er een hoge kans op emotionele stagnatie wegens de ontwrichting van de emotieregulatie. Er spelen veranderingen op in alle gebieden van het leven, waardoor er veel verschillende dingen verwerkt dienen te worden op eenzelfde moment. Hierom is het van groot belang dat er aandacht is voor de emoties zoals rouw en verdriet bij muziektherapie. Het

vormgeven van de nieuwe situatie en acceptatie zijn belangrijke onderwerpen, evenals betekenisgeving aan het leven. In de behandeling van revalidanten met verworven letsel wordt receptieve muziektherapie bovenal ingezet voor het beiden van comfort en ontspanning, emotieregulatie, afleiding, stressreductie en emotieverwerking. Het is van belang dat er in elke muziektherapeutische behandeling aandacht is voor ervaringen en gevoelens.

5.2 DEELVRAAG 2

Welke interventies worden ingezet in de volwassenenrevalidatie bij receptieve muziektherapie ten behoeve van de coping rondom de veranderende situatie door het verwerven van letsel?

5.2.1 Interviews muziektherapeuten

Op basis van de interviews met de muziektherapeuten, is er een onderscheid ontstaan tussen 2 soorten interventies: therapeutische en muzikale interventies. **Therapeutische interventies** zijn therapeutische handelingen die bewust ingezet worden, **muzikale interventies** zijn muzikale handelingen die bewust ingezet worden.

5.2.1.1 Therapeutische interventies

Een therapeutische interventie die alle 3 de muziektherapeuten inzetten bij receptieve muziektherapie, is het bieden van **comfort**. Respondent 1 (R1) benoemt altijd als eerste te laten zien waar de deur zit en te benadrukken dat een revalidant mag vertrekken als die zich niet fijn voelt. Comfort bieden omvat volgens R1 en respondent 3 (R3) het bieden van **veiligheid, structuur en kaders** waar nodig. Alle 3 de respondenten benoemen **laagdrempeligheid** als belangrijk onderdeel en eveneens als belangrijke motivator tot het inzetten van receptieve muziektherapie. Respondent 2 (R2) benoemt eerst een instrument te laten horen voordat die deze inzet in de therapie als onderdeel van het bieden van laagdrempeligheid en comfort. Tevens benoemen alle 3 de respondenten **afleiding bieden** als een onderdeel van comfort bieden.

Een andere therapeutische interventie die door allen benoemd wordt is het **stimuleren** van contact via muziek. Dit kan met als doel zijn om kennis te maken, door te vragen of een onderwerp aan te snijden. Alle 3 de respondenten benoemen receptieve muziektherapie in te zetten om de revalidant te **betrekken en activeren**, bijvoorbeeld als brug naar actieve muziektherapie. Het betrekken van de revalidant wordt onder berichte therapie komt naar voren als een belangrijk therapeutische elementen bij een ontdekkingstocht (R1).

R1 benoemt dat het van belang is dat de therapeut in staat is om snel te **anticiperen** op basis van diens **intuïtie**. R3 en R1 benoemen dat **kritisch** zijn op het eigen handelen en **reflectief** zijn in het werken van belang is voor de vormgeving van de therapiesessies.

Een andere therapeutische interventie die veelal toegepast wordt, is **prikkelregulatie**.

R3 benoemt de omgeving te reguleren, bijvoorbeeld door een briefje met een verzoek tot stilte te hangen in de fietsenstalling aangrenzend aan de therapieruimte.

Op het gebied van **ondersteunend materiaal** benoemen alle 3 de muziektherapeuten **beeldmateriaal** zoals muziekvideo's in te zetten. Het inzetten van beeldmateriaal wordt afwisselend op een groot scherm en op een tablet gedaan. Alle muziektherapeuten benoemen tevens gebruik te maken van **pen en papier** als ondersteuning van de communicatie, waarbij R1 ook benoemt gebruik te maken van **pastelkrijt** als aanvullende uitingsmethode wegens diens tactiele karakter. R2 benoemt incidenteel gebruik te maken van een **communicatieboek**.

De laatste therapeutische interventie die door alle drie de respondenten aangehaald wordt, is het aansluiten bij diens **eigen affiniteit**. R1 en R3 benoemen hierbij dat het van belang is dat

die zelf zich goed kunnen uiten en bedreven zijn in hetgeen wat zij aanbieden. Hierom kiezen R1 en R3 sneller kiezen voor diens hoofdinstrument dan voor een ander instrument.

5.2.1.2 Muzikale interventies

Op het gebied van muzikale interventies, is een indeling gemaakt op basis van het componentenschema van Pierce (1983). Alle 3 de muziektherapeuten benoemen een specifiek **instrumentarium** dat zij veelal inzetten: **piano** en **akoestische gitaar**. Bij de inzet van gitaar benoemt R2 bovenal te tokkelen om prikkels te reguleren. Hoewel alle 3 de muziektherapeuten benoemen **geen vaste instrumentkeuze** te hebben, komt het naar voren dat zij veelal enkel **melodische** en **akoestische** instrumenten inzetten (met uitzondering van instrumenten tijdens het componeren van muziek). **Harmonische** instrumenten zijn daarnaast een veel gekozen optie. R1 en R2 benoemen klankschalen in te zetten, R3 benoemt ook klankinstrumenten in te zetten zoals de rav wegens diens diepe, omhullende toon. Tevens benoemt R2 de hapi drum incidenteel in te zetten, wegens het ontspannende karakter van dit instrument. R2 benoemt niet te beginnen met de hapi drum, omdat dit soms over kan komen als een ‘zweverig’ instrument. R1 benoemt incidenteel accordeon in te zetten, maar benoemt dat dit instrument niet altijd passend is wegens het specifieke muzikale karakter. Een instrument wat R1 en R3 tevens ook inzetten, is de kalimba (duimpiano). Een andere vorm van musiceren die alle 3 de respondenten aanhalen, is het inzetten van **zang**. R1 benoemt af te wisselen tussen neuriën, mantra’s en voorbedachte of geïmproviseerde liedteksten. Alle 3 de respondenten benoemen diens zang veelal zelf te begeleiden, R1 benoemt incidenteel acapella te zingen.

Op het gebied van **klank** is er vanuit alle 3 de respondenten aandacht voor de eventuele aantasting van de **muzikale perceptie**. Zo werkt R3 incidenteel met een equaliser om de klank aangenaam te maken voor de revalidant.

Met betrekking tot **ritme** geeft R2 aan veelal **langzame** muziek uit te zoeken en alert te zijn op het ritme van muziek met aandacht op het beoogde effect. De andere 2 muziektherapeuten hebben hierover geen uitspraken gedaan.

Op **dynamisch** vlak geven R1 en R2 aan veelal op een laag volume te spelen, en benoemt R2 te werken met een langzame dynamische opbouw ter prikkelregulatie.

Met betrekking tot de **vorm** van de muziek, benoemen alle 3 de muziektherapeuten veelal een vorm van **structuur** te zoeken of aan te brengen, bijvoorbeeld het (vooraf) bespreekbaar maken van de **liedduur** (R2) en het **herhalen** van melodieën (R1). Tevens benoemt R3 te gaan voor een **lage instrumentale bezetting**, bijvoorbeeld een celloconcert of een pianostuk. R2 benoemt **Christelijke** muziek en **singer-songwriter** muziek in te zetten, de andere twee respondenten benoemen geen genres. Verder benoemen de 3 respondenten allen **geen vaste parameters** te hebben waar zij rekening mee houden.

Verdere muzikale interventies die alle 3 de respondenten inzetten, zijn het afwisselen tussen de **kiezer** van de muziek, **aansluiten** bij de muzikale voorkeur van de revalidant onder anderen door de revalidant aan te laten dragen en af te stemmen op de voorkeursmuziek van de revalidant. Alle 3 de respondenten zetten **situatie-gebonden muziek** in, R2 benoemt hiervoor ook vooropgestelde afspeellijsten te hebben met bijvoorbeeld de onderwerpen “om hulp vragen” en “verdriet”. R1 en R2 benoemen revalidanten incidenteel thuiswerk mee te geven, wat bij beiden het stimuleren om aangename receptieve interventies te implementeren in het dagelijks leven omvat. R3 benoemt geen thuiswerk mee te geven.

5.2.2 Enquêtes revalidanten

In de enquête is aan de revalidanten gevraagd om het **meest helpende moment** uit de sessie receptieve muziektherapie te benoemen voor het omgaan met de veranderende situatie in het leven door het verwerven van iets. Revalidant 4 benoemt dat **gitaren** bovenal het ophalen van

herinneringen stimuleert. In het antwoord van revalidant 8 komt naar voren dat **genre** en **ritme** een grote invloed kunnen uitoefenen op diens gedachten.

Vervolgens zijn de revalidanten gevraagd aan te geven welke **houding** de muziektherapeut aannam en hoe zij die ervaren hebben. 5 revalidanten (55,6%) ervoeren de houding van de muziektherapeut als **stimulerend**, 4 revalidanten (44,4%) hebben aangegeven te ervaren dat de muziektherapeut op de **achtergrond** was en de ruimte bood, 33,3% (3 revalidanten) heeft de houding van de muziektherapeut als **vragend** en nieuwsgierig ervaren, 33,3% (3 revalidanten) gaven aan de muziektherapeut als **uitdagend** te ervaren en geen revalidanten hebben de muziektherapeut als confronterend ervaren. Alle 9 de respondenten hebben aangegeven de houding van de muziektherapeut **zeer behulpzaam** ervaren te hebben.

Aanvullend heeft een revalidant aangegeven “een geduldig luisterend oor” te ervaren. Revalidant 1 heeft tevens het volgende aangegeven: “de muziektherapeut wist goed hoe ik er bij zat, ze prikte door mijn opgezette masker heen. Ik leerde al snel dat ik kon zijn wie ik ben, bij haar. Ik ging er altijd opgewekt en voldaan weg.” Revalidant 3 benoemt dat de vriendelijke, vrolijke benadering van de muziektherapeut een belangrijke rol speelde in de sessie.

5.2.3 Literatuur

Op basis van de interviews met de muziektherapeuten is er een onderscheid ontstaan tussen 2 soorten interventies: therapeutische en muzikale interventies (zie kopje 5.2.1).

5.2.3.1 Therapeutische interventies

De **rol** van de muziektherapeut is om revalidanten een stem te geven via muziek, door in muzikale **ervaringen** hen te helpen om in het uiten, uitspelen, ontladen, ventileren, representeren, projecteren of vastleggen van de innerlijke gedachten en gevoelens (Bruscia, 2014). Er dient aandacht te zijn voor **sociaal-emotionele** aspecten (Taylor & Dakof, 1998; Kleber & Brom, 2003). Het bieden van **comfort** en **veiligheid** is voorwaardelijk voor een sessie receptieve muziektherapie (de Bruijn, 2013; Bruscia, 2014). Hierbij speelt **alert** zijn en zorgvuldig en kritisch kijken naar de eigen therapeutische rol een belangrijke rol. De therapeut draagt verantwoordelijkheid voor het waarborgen van het **welbevinden** van de revalidant (voor zover mogelijk) en het **reguleren** van de omgeving ten behoeve van het therapeutische proces (de Bruijn, 2013). Het aanbrengen van **structuur** in het contact en in de muzikale vorm, is van belang voor revalidanten. In contact kan dit bijvoorbeeld gedaan worden door kort en duidelijk te communiceren richting de revalidant (de Bruijn, 2013). Door ritmische en melodische structuur aan te bieden, kan de aandacht gestimuleerd en verbeterd worden. Ritmisch en melodisch structureren is een vorm van prikkelregulatie die het functioneren van de revalidant stimuleert (Särkämö, et al., 2008). Daarnaast is **laagdrempeligheid** en rekening houden met **(on)mogelijkheden** van belang bij de behandeling van een revalidant met verworven letsel (Aldridge, 1996; de Bruijn, 2013; Bruscia, 2014). Het **stimuleren** van de revalidant kan ervoor zorgen dat zingtuigen geactiveerd worden, de revalidant alerter wordt, er contact gemaakt wordt met het hier-en-nu, het energieniveau omhoog gaat, de sensomotorische activiteiten gestimuleerd worden, de revalidant geactiveerd wordt en de stemming in positieve zin ontwikkelt (Bruscia, 2014). Bij het begeleiden van het verwerkingsproces is van belang dat de muziektherapeut aandacht heeft voor de **reacties** van de patiënt en op basis hiervan direct diens handelwijze kan aanpassen. Het kan helpend zijn als de therapeut opvallende gebeurtenissen en ervaringen **bespreekbaar** maakt. Er dient aandacht te zijn voor de mogelijkheid dat dit voor sommige revalidanten ook **té direct** kan zijn (Bruscia, 2014). Tevens is het van belang dat de muziektherapeut zich **bekwaam voelt** en zich bewust is van diens muzikale **talenten** en **tekortkomingen**. Het is van belang dat het muzikale vormgevingsproces geen belemmerende

factor wordt voor het therapeutische proces (NVvMT, Beroepscompetentieprofiel Muziektherapeut, 2017; de Bruijn, 2013; Bruscia, 2014).

Bij bepaalde vormen van verworven letsel is de revalidant niet in staat om zichzelf (verbaal) te uiten op de manier dat die wenst, waardoor een boodschap niet altijd goed overkomt. Hierom is het van belang dat de muziektherapeut bij **communicatieproblematiek** altijd **voorzieningen** heeft om de revalidant zich verstaanbaar te laten maken, bijvoorbeeld een 'ja' en 'nee' kaart. Zo nodig dient de muziektherapeut naasten te vragen wat zij weten over de muzieksmaak, **voorkeuren** en **behoeftes** van de revalidant (de Bruijn, 2013). De inzet van internetbronnen zoals een computer of een tablet met filmpjes en muziek wordt steeds vaker gedaan in de volwassenenrevalidatie, wegens het aantrekkelijke karakter (de Bruijn, 2013).

5.2.3.2 Muzikale interventies

Alle muzikale componenten hebben invloed op de manier waarop muziek overkomt op de revalidant. Er dient dus ook zorgvuldig rekening gehouden te worden met elke **individuele parameter** (de Bruijn, 2013; Aigen, 1995). Zo is **ritme** een belangrijk parameter, omdat het muziek **ordent** en structureert. Het brein kan afstemmen op het ritme van de muziek, waardoor de breingolven van de luisteraar letterlijk synchroniseren komt met de muziek. Door herhaaldelijk te luisteren naar eenzelfde lied worden verscheidene hersenfuncties gestimuleerd en ontwikkeld. Bovenal op het moment dat er dagelijks geluisterd wordt, worden er significante verbeteringen gezien in de **plasticiteit** van de hersenen (Thaut, Peterson, & McIntosh, 2005), de **aandachtsregulatie** (Särkämö, et al., 2008), het **geheugen** (Thaut, Peterson, & McIntosh, 2005) en de **motorische** vaardigheden (Aldridge, 1996).

Daarnaast kan het muzikale component **dynamiek** een groot verschil maken in de muzikale beleving, want zachte en harde klanken geven een andere fysieke stimulus (Bruscia, 2014). Op de gitaar brengt tokkelen met duim of plectrum veelal een opvallend effect wegens de zachte toon (de Bruijn, 2013).

Met betrekking tot het component **instrumentarium** oefenen **melodische** en **harmonische** instrumenten een grote invloed uit op het geheel van de muzikale ervaring (Aigen, 1995). Overigens lenen **akoestische** en **klankgerichte** instrumenten zich voor gebruik in de revalidatie, wegens het vibrerende karakter dat een verrijkende fysieke ervaring kan leveren (Bruscia, 2014). Piano en gitaar zijn de meest voor de hand liggende begeleidingsinstrumenten in de revalidatie. De **piano** is een instrument dat veelal als **veiliger** ervaren wordt dan gitaar, wegens diens grote klank en de positie waardoor oogcontact minder geforceerd wordt (de Bruijn, 2013). De **voelbare tonen** bij aanraking van de **gitaar** kan een rustgevend effect hebben, de fysieke ervaring van de geluidgolven wordt veelal ervaren als een positieve fysieke stimulus. **Zang** is tevens een interventie die zich leent voor de revalidatie. Het draagt een persoonlijk element en kan **emotioneel** beladen zijn, waardoor het ook een **verruimende** werking kan hebben. Zang is tevens een toegankelijke manier om de revalidant **uit te nodigen** mee te doen met musiceren, aangezien er geen grove fysieke vaardigheden nodig zijn.

Met betrekking tot de **vorm** biedt het inzetten van **live muziek** de mogelijkheid om de muziek aan te passen aan het moment, de situatie en de behoefte van de revalidant, waardoor het therapeutische effect gemaximaliseerd kan worden (Tamplin, 2015). Het schenken van een muzikale boodschap (toespelen en/of toezingen) vraagt van de muziektherapeut om in staat te zijn **aan te voelen** hoe de revalidant zich voelt en of de muziek dit gevoel **uitdrukt** (de Bruijn, 2013).

5.2.4 Conclusie

Een muziektherapeut zet zich in de revalidatie voor volwassenen met verworven letsel in om de revalidant te ondersteunen in het proces van uiting van gevoelens en ervaringen.

Therapeutische interventies die een rol spelen in het bieden van deze ondersteuning zijn comfort, veiligheid, structuur, kaders waar nodig, laagdrempeligheid, stimuleren van contact via muziek, activeren, betrekken, ontdekkingstocht, aftasten, intuïtief handelen, direct anticiperen, kritisch op eigen handelen, reflectief in het werken, prikkelregulatie, aansluiten bij eigen affiniteit, goed uiten, bedreven, laagdrempeligheid en rekening met (on)mogelijkheden. Er dient rekening gehouden te worden met het aanbieden van een communicatiemethode, waarnaast aandacht dient te zijn voor directheid in reflectie. Tevens kunnen muziekvideo's, tablet, pen en papier, pastelkrijt en een communicatieboek een ondersteunende werking hebben.

Op het gebied van muzikale interventies zijn er geen vaste parameters, de focus van het muzikale proces ligt op aansluiten bij (voorkeursmuziek van de) revalidant en het representeren van een situatie. Melodische, akoestische, harmonische en klankgerichte instrumenten worden het meeste ingezet samen met zang. Het is van belang dat er muzikale structuur is en dat aandachtig gekeken wordt naar de invloed van individuele muzikale componenten zoals volume en ritme. De muziektherapeut dient diens handelwijze in het moment aan te passen naar de reactie van de revalidant. Daarnaast is het van belang dat de muziektherapeut ervoor zorgt dat de muzikale boodschap niet belemmerd wordt. Afsluitend is van belang dat dagelijks luisteren positieve effecten kan hebben op de revalidant.

5.3 DEELVRAAG 3

Welke werkvormen en methodieken worden ingezet in de volwassenenrevalidatie bij receptieve muziektherapie ten behoeve van de coping rondom de veranderende situatie door het verwerven van letsel?

5.3.1 Interviews muziektherapeuten

Uit de interviews met de muziektherapeuten is naar voren gekomen dat alle 3 de respondenten **zelden tot geen** gebruik maken van **methodieken**. Respondent 1 (R1) benoemt gebruik te maken van de psychotherapeutische en mindfulness-gerichte methodiek **focusing**, waarbij fysieke en emotionele en/of mentale klachten aan elkaar verbonden worden en gericht wordt op ervaringen van het subtiele lichaam (Cornell, 2005).

R1 benoemt ook een regelmatig terugkomende **behandelstructuur** te herkennen bij zichzelf, waarbij receptieve muziektherapie ingezet wordt aan het **begin van de sessie** mede zodat de therapeut een moment heeft om bij zichzelf te komen. Verder benoemt R1, evenals R2 en R3 niet te werken met een gestandaardiseerde aanpak of een behandelstructuur, maar de aanpak **client-centered** (nieuwgierig, volgend, open en ondersteunend) en op basis van **bewuste, intuïtieve keuzes** vorm te geven.

Een opvallend onderscheid dat R3 maakte gedurende het interview, is dat die sprak over "*receptieve muziek*" en "*receptieve muziektherapie*". R3 omschrijft receptieve muziek als samen luisteren naar vooraf opgenomen muziek en hier achteraf over spreken (en eventueel betekenis aan geven). Receptieve muziektherapie omschrijft R3 als het toespelen en/of toezingen van de therapeut naar de revalidant, ook wel. Het verschil volgens R3 tussen ligt in de rol van de therapeut: bij receptieve muziek musiceert de therapeut non-actief en bij receptieve muziektherapie is de musiceert de therapeut actief.

Concrete **werkvormen** die naar voren gekomen zijn als 'actief musiceren' zijn het schenken van een improvisatie/een muziekstuk (R1, R2 en R3), mantra's zingen (R1), het toezingen van muzikale affirmaties (R1) en songwriting (hierover later meer) (R1, R2 en R3), eventueel aan de hand van de biografie van de revalidant (R2 en R3). Onder 'non-actief musiceren' vallen

werkvormen zoals het luisteren naar gescreende muziek (R3), ‘gewoon’ even luisteren (R1, R2 en R3), het luisteren naar afspeellijsten (R1 en R2) zoals een “*janklijst*” (R1) en het terugluisteren van zelf gespeelde muziek. Andere (bovenal zelfbedachte) werkvormen die ingezet worden door de 3 geïnterviewde muziektherapeuten, zijn geleide **meditaties** (R1 en R2), waarbij R2 veelal werkt met een meditatie app of het opzetten van meditatiemuziek en R1 werkt met mantra’s en meditatieve zang. Daarnaast werkt R2 met **associatieoefeningen**, waarbij de revalidant de opdracht krijgt om bijvoorbeeld een CD hoes vorm te geven op basis van de gespeelde muziek. R1 benoemt de revalidant incidenteel ook **zeggenschap** te geven en te laten ‘dirigeren’, bijvoorbeeld in de keuze voor instrumenten, muziek, tempo e.d. Een andere werkvorm die R1 ook bijkomstig inzet, is “de stilte ingaan”. R1 benoemt: “muziektherapie soms ook juist helemaal geen muziek. Je hebt ook mensen die thuis de hele dag radio en televisie aan hebben staan, om maar niet te hoeven voelen, constant moet er iets afleidends zijn.”

Alle 3 de respondenten benoemen dat de **verhouding** tussen receptief en actief **organisch** verloopt, waarbij in de sessies van respondent 2 (R2) en respondent 3 (R3) actieve muziektherapie naar schatting 66% van de tijd ingezet wordt tegenover 33% receptieve muziektherapie. Alle 3 de respondenten benoemen receptieve muziektherapie veelal in te zetten aan het **begin van de behandeling**, wegens het laagdrempelige karakter en als communicatiemiddel.

5.3.2 Enquêtes revalidanten

Uit de enquêtes komen een aantal **werkvormen** naar voren. Zo benoemen revalidant 1, 2 en 8 dat het **analyseren van liedteksten** een helpende werkvorm geweest is. Revalidant 5 benoemt dat **herinneringen ophalen** een helpende werkvorm geweest is, evenals revalidant 6 die hierbij aanvoelt dat het **oproepen van sterke emoties** hier ook een rol in gespeeld heeft. Revalidant 5 benoemt dat het aanreiken van **meerdere opties** van de muziektherapeuten een helpende werkvorm geweest is. Revalidant 6 benoemt dat bovenal **bekende muziek** helpt om herinneringen op te halen, wat uiteindelijk leidt tot afleiding, ontspanning en een toename van energie.

5.3.3 Literatuur

Het eerste niveau van hulpverlening in muziektherapie, is **er zijn** voor de revalidant. Er zijn omvat het hebben van een **open houding** naar de ervaringen van de revalidant, **empathie** te tonen voor de omstandigheden, **mee te leven** in de dilemma’s, deel te nemen aan de reis naar gezondheid, oprechte ondersteuning te bieden, **begeleiding** te bieden en **oprecht** zorg dragen voor de revalidant (Bruscia, 2014).

Muziek heeft een zeer **spontaan**, **creatief** en **intuïtief** karakter. Het is aan de therapeut om aan te sluiten bij dit karakter (Bruscia, 2014). Door creatief bezig te zijn met geluk, ontlasting, behartiging van verlangens en simpelweg zijn kan men zich uiten (Aldridge, 1996). Een vorm van het behartigen van verlangen is het versterken van **keuzevrijheid** dat (sterk) verminderd kan zijn door het verlies van vaardigheden. Om dit gevoel te versterken is het van belang dat een revalidant zich als een **persoonlijk leider** (een agent) gaat voelen. Een persoonlijk leider neemt een actieve houding aan en zorgt ervoor dat dingen voor elkaar komen (Cochran & Laub, 1994; Aldridge, 1996). Dit kan bijvoorbeeld gedaan worden door de revalidant vrijheid te geven in de muziekselectie of door opties aan te reiken (Bruscia, 2014).

Receptieve muziektherapie leent zich ervoor om aan het **begin van de behandeling** ingezet te worden, omdat het de mogelijkheid biedt om de **voorkeuren en (on)mogelijkheden** van de revalidant te verkennen (Bruscia, 2014; Grocke & Wigram, 2006). Daarnaast leent receptieve muziektherapie zich ook voor inzet aan het **begin van een sessie**,

omdat therapeut en revalidant de gelegenheid krijgen om te landen en op elkaar **af te stemmen** (Bruscia, 2014).

De wijze waarop receptieve en actieve muziektherapie ingezet en **afgewisseld** wordt in de therapie, is sterk afhankelijk van de **voorkeur van de therapeut** en de **beoogde ervaring**. Door een organisch verloop te stimuleren, kan creativiteit, expressie en interactie gestimuleerd worden. Echter kan dit ook belemmerend werken op het moment dat de revalidant behoefte heeft aan structuur. Door meer **structuur** aan te bieden kunnen (muzikale) ideeën verkend en doorontwikkeld worden (Bruscia, 2014).

Het toekennen van een **betekenis** aan muziek is een **perceptueel-cognitieve vaardigheid** die veel neventaken bevat, zoals klanken identificeren, combineren, onderscheiden en definiëren. Een fundamenteel element in betekenisgeving van muziek is het **geheugen** (Bruscia, 2014). Een receptieve werkvorm voor het trainen van het geheugen is het inzetten van een **overhoringsmethode**, waarbij de muziektherapeut na afloop van het luisteren of in een volgende sessie vragen stelt in open of meerkeuze vorm (Tamplin, 2015). **Praten over muziek** kan de revalidant helpen met identificeren met de tekst en/of componist en diens gevoelens of de situatie te presenteren in geluiden en/of woorden (Nayak, Wheeler, Shiflett, & Agostinelli, 2000; Bruscia, 2014; de Bruijn, 2013). Door de revalidant te vragen muziek **in te brengen** kan de revalidant zelf onderwerpen aansnijden die relevant zijn voor de therapie. Het **nabespreken** van deze muziek biedt de mogelijkheid tot vergroting van inzicht over de revalidant, diens leven of therapeutische problematiek (Bruscia, 2014).

Het gezamenlijk vormgeven van een lied (**songwriting**) en de muziektherapeut dit laten aandragen, is tevens een veelgebruikte werkvorm in de revalidatie. Songwriting valt onder actieve muziektherapie, maar kan receptief ingezet worden, door bijvoorbeeld het lied voor te zingen (Bruscia, 2014; Grocke & Wigram, 2006). Door zelfgeschreven muziek **vast te leggen** kunnen herinneringen en emoties geraakt worden, waardoor het verlies en oude gebeurtenissen en gevoelens verwerkt kunnen worden (Wijzenbeek & van Nieuwenhuijzen, 2006; Weghorst, 2000; Broersen & van Nieuwenhuijzen, 2004). Het terugluisteren van zelfgemaakte muziek (*Self-Listening*) is tevens een werkvorm die ingezet kan worden om te reflecteren op de eigen ervaringen (Bruscia, 2014).. Songwriting wordt veelal ingezet ter omschrijving van de **autobiografie** of **therapeutische problemen** (Bruscia, 2014). Bij songwriting in de revalidatie kan er gekozen worden tussen een bestaande of zelfgeschreven melodie, hoewel een bestaande melodie veelal helpt om structuur te bieden. In de opbouw van het lied kan het helpend zijn om een **structuur** te geven aan de **inhoud**, bijvoorbeeld door in couplet 1 het verleden te laten omschrijven, in couplet 2 het heden en in couplet 3 het nu. Een andere manier van songwriting is aan de hand van een **dichtmethode**, zoals een Elfje (gedicht van 5 regels en 11 woorden) of een Haiku (gedicht van 3 regels met 5, 7 en 5 woorden). Songwriting biedt tevens ook mogelijkheden op het gebied van Acceptance and Commitment Therapy (**ACT**) (A-Tjak, 2015), een veelgebruikte methodiek binnen de revalidatie (de Bruijn, 2013). ACT-gerelateerde opdrachten in songwriting zijn de revalidant laten omschrijven wat die belangrijk vindt en welke **levensdoelen** die wilt verwerkelijken om een waardevol leven te leiden (de Bruijn, 2013).

Een andere mogelijkheid in het aanbieden van een werkvorm is het luisteren naar **voorgeselecteerde muziek** zoals **afspeellijsten** of **gescreende muziek**. Dit kan ingezet worden om een specifiek effect beamen, zoals een specifieke fysiologische reactie, het stimuleren van een specifieke gedragsmatige responses zoals motorische bewegingen of een verbale respons (*Action Listening*) (Bruscia, 2014), of het bespreekbaar maken van specifieke onderwerpen (de Bruijn, 2013).

Het inzetten van een **mediatieve werkvorm** (*Meditative Listening*) kan gedaan worden aan de hand van opgenomen of live muziek op de achtergrond of op de voorgrond van een ervaring (Bruscia, 2014). Het inzetten van **mantra meditatie**s kan tevens gedaan worden

door het herhalen van poëtische hymnes, gebeden, bezweringen en uitingen van heilige klanken. Het zingen van mantra's verlegt de focus van de vocale betekenis naar de energie van hetgeen dat gezegd wordt. Met verloop van tijd kunnen mantra's een meditatieve werking hebben en kan iemand naar een andere staat van bewustzijn zakken of een verandering ervaren in diens mindset (Garfield, 1987). Het aansluiten bij de revalidant aan de hand van psychotherapeutische en mindfulness-gerichte methodieken en het inzetten van **lichaamsgerichte ervaringen** zoals ademgeluiden en de stem, kan tevens een helende werking hebben (Campbell, 1989).

De inzet van **associatie oefeningen** (*Induced Song (Music) Recall*) kan de therapeut en revalidant inzicht geven in de onderbewuste processen van de revalidant met betrekking tot bepaalde onderwerpen, problemen of gebeurtenissen (Diaz de Chumaceiro, 1998).

Een andere mogelijke werkvorm is het bieden van een **muzikaal geschenk**. Hierbij biedt de muziektherapeut de revalidant een luisterervaring waarin die actief betrokken wordt, ondanks dat de revalidant zelf geen muziek maakt. Een muzikaal geschenk is een zeer zorgzame werkvorm die kan leiden tot muzikale genoegdoening (Bruscia, 2014). Een vorm van het bieden van een muzikaal geschenk is het inzetten van **muzikale affirmaties**. Validatie en affirmatie zijn veelal van groot belang in het psychologisch aspect van revalidatie behandelingen, omdat revalidanten veelal een verzwakt zelfbeeld hebben (Schiphorst-Preuper & Arendzen, 2013). Extrinsieke affirmaties kan ervoor zorgen dat de revalidant de affirmaties omzet naar intrinsieke waardering (Bruscia, 2014).

Als laatste is het luisteren naar **stilte** een ongebruikelijke maar zeer krachtige werkvorm. Stilte is namelijk een vorm van leegte, want muziek en geluiden ordenen tijd en geluidsloosheid. Door de stilte in te gaan wordt de leegte toegelaten (Bruscia, 2014).

5.3.4 Conclusie

Muziek draagt een spontaan, creatief en intuïtief karakter, wat door de muziektherapeut aangevuld wordt met een oprechte en open houding richting de behoeftes en ervaringen van de revalidant. Hierdoor is de inzet van werkvormen en methodieken niet altijd de geëigende aanpak.

Werkvormen die ingezet worden in de volwassenenrevalidatie is vrijheid geven in muziekselectie, een overhoorspel, praten over muziek, songwriting, muziek opnemen en terugluisteren, voorgeselecteerde muziek luisteren, meditatieve werkvormen, mantra meditaties, associatie oefeningen, een muzikaal geschenk, muzikale affirmatie en naar stilte luisteren. Methodieken die ingezet worden zijn ACT en psychotherapeutische en mindfulness-gerichte werkvormen gericht op lichaamsgerichte ervaringen.

5.4 DEELVRAAG 4

Hoe spelen randvoorwaarden een rol in de volwassenenrevalidatie bij receptieve muziektherapie ten behoeve van de coping rondom de veranderende situatie door het verwerven van letsel?

5.4.1 Interviews muziektherapeuten

Op basis van de interviews met de muziektherapeuten zijn de randvoorwaarden ingedeeld in een aantal categorieën: voorzieningen, kwaliteit, therapeutische randvoorwaarden, revalidatietraject, indicatiestelling en betrokkenen.

Op het gebied van **voorzieningen** zijn de volgende dingen een randvoorwaarde: **Bluetooth** (R2), een **computer** (R1, R2 en R3), een groot **scherm** (R1 en R3), een **tablet** (R1, R2 en R3), **geluidsboxen** en/of **versterkers** (R1, R2 en R3) en een **ongestoorde therapieruimte** (R3). De **kwaliteit** van deze voorzieningen en de aanwezige muziekinstrumenten is tevens van belang

(R3 en R1), evenals de kwaliteit van opnameapparatuur bij het opnemen en/of componeren van muziek (R3).

De **therapeutische randvoorwaarden** omvatten de therapeutische aspecten (zoals vaardigheden of attitude) die gewaarborgd dienen te worden. De therapeutische randvoorwaarden die alle 3 de respondenten benoemd hebben, is **geborgenheid en veiligheid**, evenals omschreven staat bij deelvraag 2 over interventies. **Aansluiten** wordt door alle 3 de muziektherapeuten het meeste benoemd binnen de therapeutische randvoorwaarden. Daarnaast is **structuur** (R1 en R3) van belang, evenals **medische kennis** (R3), het **reguleren** van de omgeving (R1, R2 en R3), rekening houden met ‘**vanzelfsprekendheden**’ en gedetailleerde algemene zaken die voor de gemiddelde mens als niet-storend geacht worden (R1 en R3) en het hebben van een ‘**goede**’ **attitude** (die elders verder omschreven staat). R1 ziet het inzien van de kracht van muziek als randvoorwaarde, R1 benoemde nadrukkelijk het volgende: “Ik vind dat muziek te eenzijdig wordt gezien als een soort trucje om iets in het brein te beïnvloeden. Dat doet geen recht aan de rijkdom van muziek en ook aan de rijkdom van de interactie.” Tevens wordt door R1 en R3 aangekaart dat het van belang is dat **zorgvuldig** omgegaan wordt met revalidanten, bijvoorbeeld in het waarborgen dat de draagkracht van het (multidisciplinaire) behandelteam volstaat aan hetgeen wat opgeroepen wordt (R1). Daarnaast is een vorm van zorgvuldigheid ook het in acht nemen van eventuele prikkelverwerkingsproblematiek van de revalidant, die het luisteren naar muziek sterk kan beïnvloeden. Tevens wordt de wenselijkheid van het effect van de therapie door R1 en R3 benoemd als een aandachtsgebied: “Je weet niet altijd wat je losmaakt en of dat wel wenselijk is.” Hierom is het voorwaardelijk dat er een duidelijk beeld is van de verwachtingen van de revalidant en therapeut. Daarnaast dient de muziektherapeut rekening te houden met de **(on)mogelijkheden** van de revalidant op alle gebieden (fysiek, sociaal, emotioneel en cognitief) (R1, R2 en R3). Als laatste aspect van de therapeutische voorwaarden is het van belang dat de muziektherapeut in contact is met diens **eigen gevoel** (R1, R2 en R3).

Kijkende naar het **revalidatietraject** is er een tweedeling onder de respondenten. R1 en R3 benoemen het belang van het **inbedden** van muziektherapie bij de behandeling en diens positieve en betrokken positie binnen het revalidatieteam, waarnaast R2 benoemt weinig interdisciplinair te werken en enkel contact op te nemen met diens collega’s wanneer nodig. Alle 3 de respondenten benoemen gebruik te maken van een rapportagesysteem, waarbij R1 benoemt regelmatig korte updates te mailen naar andere behandelaren en regelmatig kort met hen te sparren. Met betrekking tot de start van een behandeling benoemen alle 3 de respondenten een korte **observatieperiode** in acht te nemen, R1 benoemt incidenteel gebruik te maken van de observaties in de groepstherapie of van de psycholoog om zo spoedig mogelijk aan de slag te kunnen wegens de beperkte tijdsduur. R2 en R3 benoemen uitsluitend individueel te behandelen. Het aantal sessies, de vormgeving van de behandeling en eventuele fasering worden gedurende de behandeling vormgegeven in samenwerking met de revalidant (R1, R2 en R3). Enkel R1 benoemt een rol te spelen in een nazorg-traject.

Met betrekking tot **indicatiestelling** benoemen in eerste instantie alle 3 de respondenten **geen contra-indicatie** te hebben voor receptieve muziektherapie in de volwassenenrevalidatie bij verworven letsel. R1 vult hierop aan met een verhaal over een oud-revalidant die een afkeer voor muziek had, waarbij R1 wist een band op te bouwen en de oud-revalidant te laten genieten van muziek door zich niet af te laten schrikken door deze ogenschijnlijke afkeer. R3 benoemt dat bij een **zeer heftige verstoorde muzikale perceptie** het mogelijk is dat een revalidant niet meer kan genieten van muziek, en muziektherapie daarom niet meer de **geëigende therapievorm** is.

Als laatste onderdeel van de randvoorwaarden, zijn er de **betrokkenen**. Er wordt **multidisciplinair** gewerkt in de volwassenenrevalidatie, waarbij R1 en R2 het belang van de **psycholoog** bij de muziektherapeutische behandeling benadrukken. R1 vult aan met betrekking

tot de rol van de **verpleging**, omdat zij de revalidant dagelijks zien en hen daarom goed in de gaten kunnen houden. Alle 3 de respondenten benoemen de **naasten** (partner, familie en vrienden) te betrekken, R1 en R2 benoemen dat dit een onderdeel is van het revalidatietraject. R1 benoemt tevens opgenomen muziek op te leveren bij de revalidant, zodat dit gedeeld kan worden met naasten (en geluisterd kan worden op de kamer) en er daardoor op een ander niveau het inlevingsvermogen van naasten gestimuleerd wordt.

5.4.2 Literatuur

Op het gebied van **voorzieningen** is het een **breed assortiment** aan (aangepaste) instrumenten van belang, zodat de revalidant ongeacht diens voorkeuren en (on)mogelijkheden altijd keuze heeft. Het bezitten van een **computer** en een **tablet** met YouTube is tegenwoordig ook een veelgebruikt middel, wegens het verrijkende karakter van muziekfilmpjes. De therapieruimte dient een **rustige** en **prettige sfeer** te hebben waar onbevoegden niet zomaar binnen komen. Daarnaast is het van belang dat de voorzieningen en instrumenten van goede **kwaliteit** zijn en het muzikale proces niet belemmeren (de Bruijn, 2013).

Op het gebied van **therapeutische randvoorwaarden** is het waarborgen van **veiligheid** en **geborgenheid** een vereiste voor het geven van muziektherapie (de Bruijn, 2013; Bruscia, 2014). Daarnaast is het vaststellen van **waarden en normen** van groot belang voor het ontwikkelen van een therapeutische relatie. Veelal wordt dit op direct en indirecte wijze gedaan in verbale gesprekken, maar dit is niet altijd even makkelijk voor mensen met verworven letsel door bijvoorbeeld hersenschade. Tijdens de opbouw van een therapeutische relatie kan het een grote meerwaarde hebben om receptieve muziektherapie in te zetten, zodat via de muziek de waarden en normen bepaald en gedeeld kunnen worden (Grocke & Wigram, 2006). Het is van belang dat de muziektherapeut een **accepterende** en **empathische** houding heeft en zich inzet om de revalidant het gevoel te geven begrepen te worden (de Bruijn, 2013). Daarnaast dient de muziektherapeut **zorgvuldig** te zijn met het inzetten van muziek, aangezien het sterke emotionele en/of sensorische ervaringen teweeg kan brengen. Een andere therapeutische randvoorwaarde is dat de muziektherapeut aansluit bij de **belevingswereld** en de interesses van de revalidant. Door mee te gaan in de wereld van de revalidant stelt de therapeut zich open, wat kan leiden tot plezierbeleving en het versterken van de therapeutische relatie (NVvMT, Beroepscompetentieprofiel Muziektherapeut, 2017). Het aansluiten bij de belevingswereld omvat ook het aansluiten bij de **(on)mogelijkheden** van de revalidant (de Bruijn, 2013). Daarnaast is het vergaren van **medische kennis** veelal voorwaardelijk voor het werkelijk begrijpen van de belevingswereld van revalidanten (de Bruijn, 2013). Naast kennis is het van belang om ook aandacht te hebben voor de **overstijgende schoonheid** van muziek, die leidt naar prachtige piek ervaringen die de schoonheid van het leven opnieuw kunnen bevestigen (Bruscia, 2014). Tevens is het van belang dat er aandacht is voor de wenselijkheid van bepaalde interventies of potentiële behandel-effecten (de Bruijn, 2013).

Met betrekking tot het **revalidatietraject** is multidisciplinair werken een belangrijke factor, aangezien dit in het fundament vormt van de revalidatiezorg. Het is van belang dat het **multidisciplinaire team** een goede samenwerking heeft en kwaliteit en draagkracht biedt binnen de behandeling (Schiphorst-Preuper & Arendzen, 2013). Het **inbedden** van muziektherapie bij de revalidatiebehandeling is bevorderend voor de therapeutische kwaliteit. Voor het waarborgen van de kwaliteit van behandeling is het van belang dat er **minstens 2 maanden** behandel-tijd beschikbaar is. Door voldoende tijd te hebben kan er met enige zorgvuldigheid een behandelplan opgesteld worden, waardoor gewaarborgd wordt dat de doelen van de revalidant behaald worden en de revalidant zich gehoord voelt (de Bruijn, 2013).

Receptieve muziektherapie is breed inzetbaar en oppert weinig tot geen werkelijke **contra-indicaties**. Receptieve muziektherapie brengt enkel **aandachtsgebieden** om te kijken of het de geëigende therapie is, zoals op het moment dat een revalidant graag **actief** aan het werk wil. Daarnaast kan het zijn dat het verworven letsel een belemmerende werking heeft op de **muzikale perceptie** en de revalidant moeite heeft met het aanhoren en/of waarderen van muziek. Hierbij is het van belang dat de muziektherapeut zorgvuldig te werk gaat en uitzoekt welke componenten wel of niet aansluiten bij de revalidant (Tamplin, 2015; de Bruijn, 2013).

Door muzikale uitingen te delen met naasten, kan muziek dienen als **communicatiemethode** en de interactie en het begrip tussen **betrokkenen** stimuleren (Denski, 1992; Lull, 1992).

5.4.3 Conclusie

Het is van belang dat er rekening gehouden wordt met de (on)mogelijkheden, voorkeuren en behoeftes van de revalidant. Daarnaast is het waarborgen van een aangename en veilige sfeer voorwaardelijk aan een therapeutische behandelsessie. Tevens is het van belang om de kwaliteit van alle materialen en voorzieningen te waarborgen. De muziektherapeut dient zich daarnaast in te zetten voor aansluiting bij de belevingswereld van de revalidant en de therapeutische relatie. Er zijn geen contra-indicaties voor receptieve muziektherapie gebleken, maar er zijn wel aandachtsgebieden op basis waarvan geconcludeerd kan worden dat muziektherapie niet de geëigende therapievorm is. Tevens is een hechte, multidisciplinaire samenwerking met het behandelteam van belang voor het revalidatietraject.

5.5 DEELVRAAG 5

Wat zijn de effecten van receptieve muziektherapie in de volwassenenrevalidatie ten behoeve van de coping rondom de veranderende situatie door het verwerven van letsel?

5.5.1 Interviews muziektherapeuten

Uit de interviews met alle 3 de muziektherapeuten is naar voren gekomen dat receptieve muziektherapie effect heeft op coping rondom de veranderende situatie door het verwerven van letsel. Alle 3 de muziektherapeuten hebben aangegeven dat receptieve muziektherapie zorgt voor een **verlaging van de drempel** tot meedoen aan muziektherapie, een **veilige afstand** en een **versterking van contact** en een **emotionele band**. De rol van taal verkleint door de inzet van muziek waardoor het contact versterkt kan worden door **onuitgesproken woorden** te verklanken. Receptieve muziektherapie **vergemakkelijkt toenadering**, omdat het dient als ingang (R1, R2 en R3), communicatiemiddel (R1, R2 en R3), gespreksstof (R2) en het activerend (R1, R2 en R3) werkt. Receptieve muziektherapie draagt het vermogen om **bewustzijn te creëren** en de revalidant **in het moment** te laten ervaren (R1). Tevens hebben alle 3 de respondenten benoemd dat receptieve muziektherapie de revalidant stimuleert om de **(fysieke) ervaring** in te gaan en de **wereld anders te ervaren** (“een andere wereld in te gaan”, volgens R1). Daarnaast stimuleert receptieve muziektherapie de **emotieregulatie**, het zorgt ervoor dat emoties loskomen en verwerkt worden en men de binnenwereld in gaat (R1, R2 en R3). Receptieve muziektherapie biedt de mogelijkheid tot **herkenning** (R2), een **afname van (pijn)klachten en zorgen** (R1), een gevoel van **voldoening** (R1 en R2), **bemoediging** (R2) en een toename van **blijdschap, genot** en **plezier** (R1, R2 en R3). Tevens benoemen alle 3 de respondenten dat receptieve muziektherapie **ontspanning** biedt, waardoor het verlichtend en positief werkt voor het gehele revalidatietraject.

5.5.2 Enquêtes revalidanten

De revalidanten hebben 8 waar-niet waar stellingen gekregen. Hieruit is naar voren gekomen dat 100% (9 revalidanten) **ontspanning** ervaart in het dagelijks leven door receptieve

muziek(therapie). Tevens ervaart 100% (9 revalidanten) ondersteuning van het luisteren van muziek bij het **omgaan met emoties** zoals verdriet, angst, woede en rouw. Daarnaast antwoordt wederom 100% (9 revalidanten) ‘waar’ op de stelling “het helpt mij **genieten**”. 7 van de 9 revalidanten (77,7%) geeft aan niet bezig te hoeven zijn met **vervelende dingen** tijdens receptieve muziek(therapie), en hetzelfde percentage geeft aan dat het helpend werkt bij **omgaan met stress**. Ongeveer de helft (5 van de 9 revalidanten - 55,6%) benoemt **minder** pijn te voelen.

De laatste twee stellingen zijn beide door 4 van de 9 revalidanten (44,4%) als ‘waar’ beantwoordt, namelijk het aangaan van taken waar tegen op gekeken wordt en het gevoel van hoop laten toenemen.

Naast de voor gestructureerde antwoordmogelijkheden hebben de revalidanten de mogelijkheid gekregen om zelf aanvullingen te leveren. Revalidant 1 benoemt als effect van receptieve muziek(therapie) in het dagelijks leven te ervaren dat die diens **gedachten positief** omvormen, dat die leert **omgaan** met emoties en deze te **accepteren**. Revalidant 3 benoemt **afleiding** te ervaren met als gevolg **ontspanning**, evenals revalidant 5, revalidant 6 en revalidant 8. Revalidant 5 benoemt **heling** te ervaren en bij zichzelf en diens **kern** te komen. Daarnaast benoemt revalidant 6 een toename van **energie** te ervaren, en benoemt revalidant 8 **rust**, **steun** en **blijdschap** te ervaren door receptieve muziek(therapie).

5.5.3 Literatuur

Muziek kan een bijdrage leveren aan de **coping** met dagelijkse bezigheden en problemen (Arnett, 1995; Larson, 1995; Schwartz & Fouts, 2003; Tekman & Hortacsu, 2002). Receptieve muziek kan bijdragen aan het **verwerking** en **acceptatie** (Aldridge, 1996), het kan gevoelens van **hopeloosheid doen verminderen** (Nayak, Wheeler, Shiflett, & Agostinelli, 2000) en **hoop doen toenemen** (Bruscia, 2014). Het luisteren naar muziek kan **activerend** werken en de **drempel verlagen** tot (actieve) muziektherapie (Aldridge, 1996; Bruscia, 2014; de Bruijn, 2013). Tevens kan receptieve muziektherapie een **veilige afstand** bieden en fungeren als **ingang**. Het luisteren naar muziek kan daarnaast ook processen vergemakkelijken en **weerstand reduceren** en **processen vergemakkelijken**, zoals het uitvoeren van onaangename taken (de Bruijn, 2013).

Door receptieve muziektherapie kan in de **therapeutisch contact/de therapeutische relatie** het **contact versterkt** worden en kan de opbouw van een **emotionele band** gestimuleerd worden door gedeelde (emotionele) ervaringen (Grocke & Wigram, 2006). Muziek kan de rol van taal verkleinen, waardoor de praktische drempel van **tot uiting komen** verlaagd wordt. Dit kan bovenal een belangrijke rol spelen bij niet-aangeboren hersenletsel met beschadigingen op het gebied van taal en/of communicatie (de Bruijn, 2013). Het onuitspreekbare kan verklankt worden, daar waar woorden tekort schieten (door letsel) kan muziek de belevingswereld tot uiting brengen. Tegelijkertijd kan receptieve muziek dienen als **gespreksstof** en **kennismakingsmiddel**. Tevens kan muziek luisteren **bewustzijn creëren** en de revalidant het **hier-en-nu** te laten ervaren, bijvoorbeeld door een dagdroomeffect te bewerkstelligen (Bruscia, 2014). De focus tijdens luisteren wordt verlegd naar **innerlijke ervaringen**, waardoor een **spirituele ervaring** tot stand kan komen. Hierbij kunnen herinneringen, fantasieën en andere beelden tot stand komen (*State of Nirvana*). Tevens kan dit een gevoel van **verbintenis**, **eenheid** en **volmaaktheid** brengen (*peak experience*) (Bruscia, 2014). Muziek kan dienen als middel van **transcendentie**, waarbij een ervaring overstijgend aan de context en de situatie plaatsvindt die inzichten levert die buiten de eigen kaders liggen. Deze ervaring kan een sterk **gevoel van welzijn** creëren, ongeacht de realiteit waarin een revalidant zich bevindt (Herth, 1990).

Door de geluidstrillingen en het reguleren van gevoelens en ervaringen, kunnen **fysieke ervaringen** gestimuleerd worden (Bruscia, 2014; de Bruijn, 2013). Muziek draagt het

vermogen om reflectie en (emotionele) ervaringen te stimuleren op **eerder afgespeelde gebeurtenissen** (Bruscia, 2014; Juslin, 2011). Daarnaast kan **herkenning geactiveerd** worden door het luisteren naar muziek, door de tekst of gevoelens die in de tekst gepresenteerd worden, de componist, de uitvoerende artiest of andere luisteraars. Muziekluisteraars kunnen zich deel voelen van een geheel zoals een gemeenschap, samenleving of cultuur. Daarnaast kan de inhoud van muziek stimulerend werken voor **betekenisgeving**, via de inhoud van het lied of wegens de ervaring van het luisteren (Bruscia, 2014). Muziek kan **voldoening** geven en een positieve bijdrage leveren aan het leven van een revalidant (Bruscia, 2014; Tamplin, 2015). **Genot** ontstaat in het beloningssysteem van de hersenen, wat stofjes activeert die zorgen reduceren. Deze activering van stofjes in de hersenen kunnen tevens zorgen voor een **afname van pijnklachten**, mede wegens de **afname van angst** (rondom pijn) (Tamplin, 2015; Scherder, 2017; Bruscia, 2014). **Ontspanning** kan tevens optreden als gevolg van genot of op zichzelf naar aanleiding van receptieve muziektherapie (Bruscia, 2014; Tamplin, 2015; Grocke & Wigram, 2006). Muziek kan **afleiding** bieden van nare dingen (de Bruijn, 2013; Bruscia, 2014).

5.5.4 Conclusie

Receptieve muziektherapie kan bijdragen aan coping, verwerking, acceptatie, betekenisgeving, een gevoel van herkenning en contact. Daarnaast kan het vergemakkelijkend werken voor communicatie en uiting. Receptieve muziektherapie kan stimulerend werken voor een actieve houding, fysieke ervaringen en ontspanning. Tevens kan receptieve muziektherapie reducerend werken voor een drempel tot (actieve) muziektherapie, angst en pijn. Overigens kan het bijdragen aan verscheidene soorten ervaringen, namelijk geluk, fysiek, het heden of verleden ingaan, welbevinden en genot.

6 CONCLUSIE

In dit hoofdstuk wordt een terugblik gedaan op het onderzoek, waarna de hoofd- en deelvragen beantwoord worden op basis van de verkregen data uit het onderzoek.

Dit onderzoek is gedaan wegens het verlangen vanuit de praktijk naar duidelijkheid en overzichtelijkheid met betrekking tot de inzetbaarheid van receptieve muziektherapie in de volwassenenrevalidatie ten behoeve van coping rondom de veranderende situatie door het verwerven van letsel. Dit verlangen heeft zich onder anderen geopperd wegens de ontwikkelingen binnen de revalidatiezorg naar behandeloptimalisatie. Echter is de hedendaagse revalidatiezorg client-centered en is een persoonlijke aanpak van groot belang. Het onderzoek heeft hierom in het teken gestaan van het verbeteren van het bestaande behandelaanbod, met het oog op efficiëntie, personalisatie en kwaliteit. Er is onderzoek gedaan middels interviews met muziektherapeuten, enquêtes onder revalidanten en literatuuronderzoek. Het onderzoek is vormgegeven de hand van 5 deelvragen en de volgende hoofdvraag:

Hoe wordt receptieve muziektherapie ingezet in de volwassenenrevalidatie ten behoeve van de coping rondom de veranderende situatie door het verwerven van letsel, en wat zijn de effecten hiervan?

Uit het onderzoek is naar voren gekomen dat de inzet van receptieve muziektherapie zeer persoonsafhankelijk is. Deze afhankelijkheid verwijst naar de verlangens, behoeftes, (on)mogelijkheden, voorkeuren, doelen en coping van de revalidant. Hierom is de muziektherapeut een alerte, zorgvuldige en nieuwsgierige houding aan te nemen en oprecht aan te sluiten bij de belevingswereld van de revalidant. De muziektherapeut staat in contact met en vertrouwt op diens intuïtie, wat mogelijk maakt dat die op basis van de reacties van de revalidant zich direct aanpast. Dit toont aan dat de invloed van de muziektherapeut op de behandeling groot is.

Behandelingen met receptieve muziektherapie in de volwassenenrevalidatie ten behoeve van coping rondom de veranderende situatie door het verwerven van letsel zijn veelal gericht op emoties en ervaringen. Echter spelen alle levensaspecten van de revalidant een rol. Hierom heeft de muziektherapeut aandacht voor zowel het sociale, spirituele, gedragsmatige, fysieke, emotionele en copings-gerelateerde levensaspect. Emotieverwerking gericht op rouw en verdriet is van groot belang wegens het verlies van vaardigheden (op meerdere levensaspecten) dat bij het verwerven van letsel komt kijken. Echter is het ook van belang om oog te houden voor het zware revalidatieproces dat de revalidant doorloopt en de eventuele behoefte aan rust, klachtenreductie en ontspanning.

De inzet van werkvormen en interventies wordt veelal intuïtief en in het moment gedaan, er wordt zelden gewerkt aan de hand van methodieken. De focus in de vormgeving van een behandeling ligt op het aansluiten bij de revalidant. Desondanks komt naar voren dat er terugkomende interventies en houdingsaspecten zijn die als basis fungeren van de behandeling, zoals het reguleren van prikkels. Zie hierover meer in het product, ***Beslisboom receptieve muziektherapie en coping.***

Er is oog voor de kwaliteit van voorzieningen en communicatievoorzieningen. Tevens is multidisciplinair werken een belangrijke standaard voor de revalidatiezorg. Uit het onderzoek zijn geen contra-indicaties naar voren gekomen voor receptieve muziektherapie, enkel aandachtsgebieden waarbij afgevraagd dient te worden of (receptieve) muziektherapie de geëigende therapievorm is.

Als laatste is bovenal gebleken dat receptieve muziektherapie op alle levensaspecten invloed heeft, waarvan de effecten op coping en emoties het meest prominent naar voren komen. Receptieve muziek(therapie) kan men fysiek, in ervaringen en emotioneel stimuleren.

Contact en ontspanning kan tot bloei komen en een vermindering van klachten optreden. Stilstaan en het ervaren van ervaringen en emoties, emotieregulatie en rouwverwerking staan centraal bij receptieve muziektherapie in de volwassenenrevalidatie ten behoeve van de coping rondom de veranderende situatie door het verwerven van letsel.

7 AANBEVELINGEN

Onderstaand worden aanbevelingen gedaan voor de inzet van receptieve muziektherapie in de volwassenenrevalidatie ten behoeve van coping rondom de veranderende situatie door het verwerven van letsel voor de praktijk, de beroepsontwikkeling en de opdrachtgever.

7.1 DE PRAKTIJK

Voor de praktijk is het advies om het interventie-overzicht in te zetten. De inhoud van het interventie-overzicht is echter onvolledig, er is nog veel meer te zeggen dan hier vastgelegd is over receptieve muziektherapie in de volwassenenrevalidatie ten behoeve van coping rondom de veranderende situatie door het verwerven van letsel. Daarom wordt aangeraden het interventie-overzicht bovenal ter inspiratie te gebruiken. Als bij inzet van een interventie gezien wordt dat de interventie niet aansluit, is het van belang om de focus te houden op het aansluiten bij de revalidant. Het interventieoverzicht is een richtlijn, geen voorschrift of standaard. Interventies kunnen aangepast worden naar eigen inzichten en verlangens van de revalidant.

Vanuit de NVvMT is er een werkveldgroep genaamd “muziktherapeuten in de revalidatie”. Deze werkveldgroep is voor muziktherapeuten in gehele revalidatiesector en draagt onder anderen als doel de mogelijkheid te bieden tot informatie uitwisseling (NVvMT, Werkveldgroep Muziektherapie Revalidatie, sd). Tijdens de interviews met muziktherapeuten is er ter sprake gekomen dat er in deze werkveldgroep zelden tot niet gesproken wordt over het onderwerp receptieve muziektherapie. Twee responderende muziktherapeuten hebben tijdens de interviews aangegeven benieuwd te zijn naar de visie van andere muziktherapeuten op de inzet van receptieve muziektherapie. Het delen van kennis en ervaring kan voor mondelinge informatieoverdracht zorgen, waardoor de kwaliteit van de behandeling kan verbeteren. Door dit tevens vast te leggen ontstaat de mogelijkheid om eenduidigheid, duidelijkheid en laagdrempeligheid te creëren en bevindingen gemakkelijk te verspreiden (Smeijsters, 2005; Michgelbrink, 2016).

7.2 DE BEROEPSONTWIKKELING

Voor de verdere ontwikkeling en specificatie is het essentieel dat er verder onderzoek gedaan wordt. Het aangaan van een nauwe en langdurige samenwerking met de beroepspraktijk biedt perspectief voor het duidelijk in kaart brengen van alle werkvormen en interventies. Daarnaast kan op basis van de kennis uit dit onderzoek een meer toegespitste enquête opgesteld worden die de ervaringen van de revalidanten duidelijker vastlegt.

In dit onderzoek komt naar voren dat er zelden gewerkt wordt met methodieken. Echter zijn er bestaande methodieken die een bijdrage kunnen leveren voor dit onderzoeksonderwerp. Voor de beroepsontwikkeling kan het een meerwaarde hebben om een onderzoek te doen gericht op de inzet van één of meerdere methodieken. Hierdoor wordt een literaire basis als uitgangspunt genomen van de behandelaanpak, wat kan bijdragen aan de kwaliteit en betrouwbaarheid van de behandeling (Smeijsters, 2005).

Tevens is het voor de beroepsontwikkeling aan te raden om het interventie-overzicht in te zetten in de praktijk en bij te houden welke verdere behoeftes er zijn vanuit zowel muziktherapeuten als revalidanten. Daarnaast wordt aangeraden verder onderzoek te doen naar het moment van inzet van specifieke interventies gekoppeld aan specifieke copingstrategieën, bijvoorbeeld: wanneer wordt welk instrument ingezet? Welk effect brengt dit voor een revalidant met een actieve-erotiegericht coping?

7.3 DE OPDRACHTGEVER

Aan de opdrachtgever is de aanbeveling om het interventie-overzicht in te gaan zetten in de praktijk en te ervaren welke invloed dit levert op de behandeling en de ervaringen van de revalidant. Tevens wordt aangeraden om kennis en ervaring uit te wisselen met de beroepspraktijk.

8 BIBLIOGRAFIE

- Aigen, K. (1995). An aesthetic foundation of clinical theory: an underlying basis of creative music therapy. In C. Kenny (Red.), *Listening, playing, creating: Essays on the power of sound* (pp. 233-257). State University of New York.
- Aldridge, D. (1996). *Music Therapy Research and Practice in Medicine*. Jessica Kingsley Publishers.
- Arnett, J. (1995). Adolescents' uses of media for self-socialisation. *Journal of Youth and Adolescence*, 24(5), 519-533.
- A-Tjak, J. (2015). *Acceptance & Commitment Therapy: Theorie en praktijk* (2e ed.). Bohn Stafleu van Loghum.
- Billings, A., & Moos, R. (1981). The role of coping responses and social resources in attenuating the stress of life events. *Journal of Behavioral Medicine*, 4, 139-157.
- Bokhorst, M. (2021, januari). *Utrechtse Coping Lijst (UCL)*. Opgeroepen op februari 25, 2022, van Meetinstrumenten in de zorg: <https://meetinstrumentenzorg.nl/wp-content/uploads/instrumenten/UCL-form.pdf>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 26(2), 77-101.
- Broersen, M., & van Nieuwenhuijzen, N. (2004). Music therapy for persons with dementia. In G. Jones, & M. B (Red.), *Care-giving in dementia* (3e ed.). Brunner-Routledge.
- Bruscia, K. (2014). *Defying Music Therapy* (3e ed.). Barcelona Publishers.
- Campbell, D. (1989). *The roar of silence: Healing powers of breath, tone and music*. Quest Books.
- CBS. (2012, juni 20). *De invloed van emotionele gebeurtenissen op geluk en tevredenheid*. Opgeroepen op april 12, 2022, van <https://www.cbs.nl/nl-nl/achtergrond/2012/25/de-invloed-van-emotionele-gebeurtenissen-op-geluk-en-tevredenheid>
- Cochran, L., & Laub, J. (1994). *Becoming an Agent: Patterns and Dynamics for Shaping Your Life*. State University of New York.
- Commissie Gedragscode Praktijkgericht Onderzoek in het hbo. (2010). *Verantwoording commissie gedragscode praktijkgericht onderzoek voor het hbo*. Opgehaald van https://www.vereniginghogescholen.nl/system/knowledge_base/attachments/files/000/000/217/original/Verantwoording_commissie_gedragscode_praktijkgericht_onderzoek_voor_het_hbo.pdf?1439886258
- Coördinatoren Praktijkgericht Onderzoek. (sd). *Studiehandleiding Praktijkgericht Onderzoek (PGO)*.
- Cornell, A. (2005). *The radical acceptance of everything: living a focusing life*. Calluna Press.
- de Bruijn, M. (2013). Muziektherapie en de klinische praktijk. In M. de Bruijn (Red.), *Muziektherapie in de revalidatie*. Garant.
- De Hoogstraat. (2021, maart). *Strategische focus De Hoogstraat 2021-2023*. Opgeroepen op februari 17, 2022, van De Hoogstraat: <https://www.dehoogstraat.nl/over-de-hoogstraat/organisatie/>
- de Ridder, D., & Schreurs, K. (1994). *Coping en sociale steun van chronisch zieken*. Nationale Commissie Chronisch Zieken.
- den Boom, T., & Geeraerts, D. (2005). *van Dale. Groot woordenboek van de Nederlandse taal*. (14 ed.). Van Dale Lexicografie.
- Denski, S. (1992). Music, musicians, and communication: The personal voice in a common language. In J. Lull (Red.), *Popular music and communication* (pp. 33-48). Sage.
- Diaz de Chumaceiro, C. (1998). Unconsciously induced song recall: A historical perspective. In K. Bruscia (Red.), *The dynamics of music psychotherapy* (pp. 335-364). Barcelona Publishers.

- Dunkel-Schetter, C., Feinstein, L., Taylor, S., & Falke, R. (1992). Patterns of coping with cancer. *Health Psychology*, 11, 79-87.
- Dwarslaesie Organisatie Nederland. (sd). *Uitdagingen*. Opgeroepen op maart 12, 2022, van Dwarslaesie Organisatie Nederland: <https://www.dwarslaesie.nl/weer-op-weg/dwarslaesie/emoties/uitdagingen/>
- Fleming, A., & Vollebregt, J. (2016). *Pijn & het brein. De rol van de hersenen bij 'onverklaarde' chronische klachten*. Bert Bakker.
- Gabriëls, J. (2000). Muziektherapie relaxatie. In G. Hutchemakers, & M. van Hattum, *Vakwerk producttypering van vaktherapeuten voor het programma stemmingsstoornissen*. Trimbos-instituut.
- Garfield, L. (1987). *Sound medicine: Healing with music, voice and song*. Celestial Arts.
- Geertzen, J., Rietman, J., & Vanderstraeten, G. (2014). *Revalidatie voor volwassenen*. Van Gorcum.
- Geiger, E. (2004). GIM - The Bonny Method of Guided Imagery Music. In I. Frohne-Hagemann (Red.), *Rezeptive Musiktherapie* (pp. 88-109). Reichert Verlag Wiesbaden.
- Grocke, D., & Wigram, T. (2006). *Receptive Methods in Music Therapy: Techniques and Clinical Applications for Music Therapy Clinicians, Educators and Students*. Jessica Kingsley Publishers.
- Headey, B., & Wearing, A. (1989). Personality, life events and subjective well-being: toward a dynamic equilibrium model. *Journal of personality and social psychology*, 731-739.
- Heim, E., Augustiny, K., Blaser, A., Burki, C., & et al. (1987). Coping with breast cancer: A longitudinal prospective study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 48, 44-59.
- Hersenstichting. (sd). *Cijfers over patiënten*. Opgeroepen op februari 17, 2022, van Hersenstichting: <https://www.hersenstichting.nl/cijfers-over-patienten/>
- Hersenstichting. (sd). *NAH (niet-aangeboren hersenletsel)*. Opgeroepen op februari 17, 2022, van Hersenstichting: <https://www.hersenstichting.nl/hersenaandoeningen/niet-aangeboren-hersenletsel/>
- Herth, K. (1990). Fostering hope in terminally-ill people. *Journal of Advanced Nursing*, 15(10), 1250-1259.
- Holmes, J., & Stevenson, C. (1990). Differential effects of avoidant and attentional coping strategies on adaptation to chronic and recent-onset pain. *Health Psychology*, 1990, 577-584.
- Jaspers, J., van Asma, M., & van den Bosch, R. (1989). Coping en psychopathologie: een overzicht van theorie en onderzoek. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 31(9), 587-599.
- Juslin, P. (2011). Music and emotion: Seven questions, seven answers. In I. Deliège, & J. Davidson (Red.), *Music and the mind: Essays in honour of John Sloboda* (pp. 113-135). Oxford: Oxford University.
- Kleber, R., & Brom, D. (2003). *Coping With Trauma*. Swets & Zeitlinger Publishers.
- Larson, R. (1995). Secrets in the bedroom: Adolescents' private use of media. *Journal of Youth and Adolescence*, 24(5), 535-550.
- Lazarus, R. (1981). The stress and coping paradigm. In C. Eisdorfer, D. Cohen, A. Kleinman, & P. Maxim (Red.), *Models for clinical psychopathology* (pp. 177-214). Spectrum.
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. Springer Publishing Company.
- Lincoln, Y., & Guba, E. (1985). *Naturalistic Inquiry*. Sage Publications.
- Lull, J. (1992). Popular music and communication: An introduction. In J. Lull (Red.), *Popular music and communication* (pp. 1-31). Sage.
- Michgelbrink, F. (2016). *Handboek praktijkgericht onderzoek: zorg, welzijn, wonen en werken* (3e ed.). Uitgeverij SWP.

- Migchelbrink, F. (2012). *Praktijkgericht onderzoek in zorg en welzijn* (16e ed.). Uitgeverij SWP.
- Migchelbrink, F. (2016). *Handboek praktijkgericht onderzoek: zorg, welzijn, wonen en werken* (3e ed.). Uitgeverij SWP.
- Nayak, S., Wheeler, B., Shiflett, S., & Agostinelli, S. (2000). Effect of music therapy on mood and social interaction among individuals with acute traumatic brain injury and stroke. *Rehabilitation Psychology*, 45(3), 274-283.
- NVvMT. (2017). *Beroepscompetentieprofiel Muziektherapeut*.
- NVvMT. (sd). *Werkveldgroep Muziektherapie Revalidatie*. Opgeroepen op juni 16, 2022, van NVvMT: <https://nvvmt.nl/werkveldgroep-muziektherapie-revalidatie>
- O'Sullivan, S., Schmitz, T., & Fulk, G. (2019). *Physical Rehabilitation* (7 ed.). F.A. Davis.
- Palm, J. (2013). *Hersenletsel heb je niet alleen: over de complexiteit van niet zichtbaar hersenletsel* (1e ed.). van Gorcum.
- Pierce, J. (Red.). (1983). *The science of musical sound*. W.H. Freeman.
- Revalidatie Nederland. (sd). *De ontwikkelingen van toekomstscenario's*. Opgeroepen op maart 3, 2022, van Revalidatie Nederland: <https://www.revalidatie.nl/revalidatie-nederland/branche/lustrum/-de-ontwikkeling-van-toekomstscenarios>
- Rosenstiel, A., & Keefe, F. (1983). The use of coping strategies in chronic low back pain patients: Relationship to patient characteristics and current adjustments. *Pain*, 17, 33-44.
- Särkämö, T., Tervaniemi, M., Laitinen, S., Forsblom, A., Soinila, S., Mikkonen, M., & al., e. (2008). Music listening enhances cognitive recovery and mood after middle cerebral artery stroke. *Brain*, 131(3), 866-876.
- Scherder, E. (2017). *Singing in the brain*. Athenaeum/Polak & Van Gennep.
- Schiphorst-Preuper, H., & Arendzen, J. (2013). Revalidatie van de volwassen patiënt. In M. de Bruijn (Red.), *Muziektherapie in de revalidatie* (pp. 153-237). Garant.
- Schwartz, K., & Fouts, G. (2003). Music preferences, personality style, and developmental issues of adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 32(2), 205-213.
- Smeijsters, H. (2005). *Praktijkonderzoek in Vaktherapie*. Coutinho.
- Smeijsters, H. (2006). *Handboek Muziektherapie*. Bohn Stafleu van Loghum.
- Steele, M. (2005). Coping with multiple sclerosis: A music therapy viewpoint. *Australian Journal of Music Therapy*, 16, 70-87.
- Tamplin, J. (2015). Music Therapy for Adult with Traumatic Brain Injury or Other Neurological Disorders. In B. Wheeler, *Music Therapy Handbook* (pp. 454-467). The Guilford Press.
- Taylor, S., & Dakof, G. (1998). Social support and the cancer patient. In S. Spacapan, & S. Oskamp (Red.), *The social psychology of health* (pp. 95-116). Sage.
- Tekman, H., & Hortacsu, N. (2002). Aspects of stylistic knowledge: What are different styles like and why do we listen to them? *Psychology of Music*, 30, 28-47.
- Thaut, M. (2005). *Rhythm, music and the brain*. New York: Routledge.
- Thaut, M., Peterson, D., & McIntosh, G. (2005). Temporal entrainment of cognitive functions: Musical mnemonics induce brain plasticity and oscillatory synchrony in neural networks underlying memory. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1060, 243-254.
- Tieleman, M. (2015). *Levensfasen. De psychologische ontwikkeling van de mens* (3e ed.). Boom.
- Van Dale. (sd). *Coping*. Opgeroepen op februari 25, 2022, van Van Dale: <https://hu.vandale-nl.hu.idm.oclc.org/zoeken/zoeken.do>
- van Dale. (sd). *Optimaliseren*. Opgeroepen op maart 29, 2022, van van Dale: <https://hu.vandale.nl/zoeken/zoeken.do>

- van der Beek, R., & van den Bos, K. (sd). *Handleiding Interventiebeschrijvingen vaktherapeutische beroepen*. FVB, Commissie Product- en Module Ontwikkeling (CPMO). Opgeroepen op april 14, 2022, van <https://fvb.vaktherapie.nl/download/?id=9186&download=1>
- van der Wardt, E. (2022). *Interventieboek receptieve muziektherapie en coping bij verworven letsel*. Praktijkgericht onderzoek.
- van Heerde, J. (2020, april 25). De druk op revalidatieklinieken neemt toe. ‘Ik zie drie golven op ons afkomen’. *Trouw*. Opgeroepen op maart 29, 2022, van <https://www.trouw.nl/zorg/de-druk-op-revalidatieklinieken-neemt-toe-ik-zie-drie-golven-op-ons-afkomen~be1f0fa0/>
- Verhoeven, N. (2022). *Wat is onderzoek? Praktijkboek voor methoden en technieken* (7e ed.). Boom Lemma.
- Weghorst, N. (2000). Mijn leven is een lied. De toepassing van reminiscentie in een muziektherapeutische behandeling van dementerende patiënten. In H. Smeijsters (Red.), *Handboek Muziektherapie*. Bohn Stafleu van Loghum.
- Wijzenbeek, G., & van Nieuwenhuijzen, N. (2006). Receptieve muziektherapie. In H. Smeijsters (Red.), *Handboek muziektherapie* (pp. 188-133). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

9 BIJLAGEN

9.1 TOPICLIJST INTERVIEWS MUZIEKTERAPEUTEN

Interviewvragen *instelling*

Welkom + voorwaarden

Welkom bij dit interview over receptieve muziektherapie en coping in de volwassenenrevalidatie, bedankt dat je wilt deelnemen! Ik ben Esmee van der Wardt, muziektherapeut in spé (korte introductie van mijzelf).

Voordat we gaan beginnen, nog even wat informatie: dit interview duurt 30 tot 45 minuten. Ik zou dit interview graag willen opnemen, hierna schrijf ik het interview woordelijk uit en gebruik ik de informatie voor het beantwoorden van mijn deelvragen. De uitgeschreven tekst zal enkel getoond worden aan de beoordelaars van het verslag en zal niet aan verdere derden verstreken worden. Bent je hiermee akkoord?

Ja? Dan start ik de opname en vraag ik je vanwege de privacy wet nogmaals om toestemming.

Datum – tijd – interview muziektherapeut *instelling*

Ik zou dit interview graag willen opnemen, hierna schrijf ik het interview woordelijk uit en gebruik ik de informatie voor het beantwoorden van mijn deelvragen. De uitgeschreven tekst zal enkel getoond worden aan de beoordelaars van het verslag en zal niet aan verdere derden verstreken worden. Bent je hiermee akkoord?

Introductie respondent

Kan je mij wat vertellen over wie je bent en waar je werkt en hoe lang je werkt?

Waar heb je de opleiding gevolgd en heb je daarnaast ook nog specialisaties?

Introductie onderzoek

De hoofddoelstelling van dit onderzoek is het verbeteren van het bestaande behandelaanbod van receptieve muziektherapie in de revalidatiecentra voor volwassenen ten behoeve van coping. Het copingsthema dat centraal staat in dit onderzoek is de veranderende situatie in het leven van een patiënt door het verwerven van letsel. De hoofdvraag komt dus neer op: hoe wordt receptieve muziektherapie ingezet en wat zijn de effecten? Hiervoor is het van belang om eerst stil te staan bij...

Topiclijst

Hoe speelt coping rondom de veranderende situatie een rol in de sessies receptieve muziektherapie in revalidatiecentra voor volwassenen met verworven handicap?

- a Coping
- b Veranderende situatie
- c Bewustzijn cliënt op coping

Welke interventies worden ingezet bij receptieve muziektherapie in revalidatiecentra voor volwassenen met verworven handicap ten behoeve van de coping rondom de veranderende situatie?

- a Interventies -> waar denk je als eerste aan?
- b Fasering
- c Nazorg
- d (T)huiswerk
- e Attitude/Therapeutische houding
- f Muziek-selectie/Genres
- g Kiezer van de muziek

- h Inzet muziek (live of opgenomen)
- i Muzikale componenten (componentenschema)
- j Visueel materiaal

Welke werkvormen worden ingezet bij receptieve muziektherapie in revalidatiecentra voor volwassenen met verworven handicap ten behoeve van de coping rondom de veranderende situatie?

- a Werkvormen
- b Methodieken

Hoe spelen randvoorwaarden een rol bij receptieve muziektherapie in revalidatiecentra voor volwassenen met verworven handicap ten behoeve van de coping rondom de veranderende situatie?

- a Randvoorwaarden
- b In aanmerking komen voor RMT/Indicatie/Doelen
- c Groep of individueel
- d Actief of receptief (+verhouding)
- e Verblijfsvorm (klinisch of dagbehandeling)
- f Inzet rmt in aantal minuten
- g Inzet rmt in aantal sessies
- h Aanvullende behandelingen (multidisciplinair)
- i Contra-indicatie
- j Voorzieningen (stereo, tablet/computer, instrumenten)?

Wat zijn de effecten van receptieve muziektherapie in revalidatiecentra voor volwassenen met verworven handicap ten behoeve van de coping rondom de veranderende situatie?

- a Effecten algehele revalidatieproces
- b Effecten kort termijn
- c Effecten lang termijn

Afrondende vraag

Zijn er nog aspecten gerelateerd aan het receptieve muziektherapie en coping rondom de veranderende situatie die in dit gesprek nog niet zijn langsgekomen maar die je nog wel graag zou willen benoemen, of heb je nog suggesties, vragen etc.?

Afsluiting (praktisch)

Dan beëindig ik hierbij de opname (**stop opname**).

Ik heb nog een aantal praktische vragen:

1. Wil je een samenvatting van het transcript ontvangen?
 - a Zo ja, dat ontvang je binnen 2 weken na het interview, waarna je 1 week de tijd krijgt om dit door te kijken en feedback te leveren.
2. Mag ik je met naam, werkervaring en instelling vernoemen, of wens je geanonimiseerd te worden?
3. Mag ik je contactgegevens, zodat ik zo nodig na dit interview contact met je kan opnemen bij bijvoorbeeld vragen over bepaalde antwoorden?

Heb je nog verdere vragen of opmerkingen?

9.2 ENQUÊTE REVALIDANTEN

Dit onderzoek gaat over **passief muziek luisteren**.



Bij passief muziek luisteren doet u niets anders dan luisteren. Dit houdt in dat u niet meezingt of meespeelt, maar wel mag meebewegen of meetikken.

Mocht u niet uit een vraag komen, vraag dan uw muziektherapeut om hulp.

Deze vragenlijst is anoniem. Mijn onderzoek bevat de antwoorden op deze vragenlijst en wordt na afronding gedeeld met docenten en collega's en komt wellicht op de HBO Kennisbank. Verder worden er geen gegevens van u verwerkt in het onderzoek.

1. Wat zijn uw doelen bij muziektherapie? Er zijn meerdere antwoorden mogelijk.
 - ☐ Sociaal
 - ☐ Emotioneel
 - ☐ Fysiek
 - ☐ Spiritueel
 - ☐ Cognitief
 - ☐ Gedragmatig
 - ☐ Verwerking/leren omgaan met de situatie
 - ☐ Anders, namelijk:.....
2. Welke vorm van behandeling heeft u?
 - ☐ Kliniek
 - ☐ Dagbehandeling
3. In welke fase bent u met de muziektherapie?
 - ☐ Begin
 - ☐ Midden
 - ☐ Afronding
 - ☐ Weet ik niet
4. Is er in uw behandeling aandacht voor **de manier waarop u omgaat met gebeurtenissen die veel invloed hebben op uw leven**?
 - ☐ Ja, het is regelmatig teruggekomen
 - ☐ Ja, het is een enkele keer teruggekomen
 - ☐ Nee, ik ben hier niet mee bezig geweest
 - ☐ Weet ik niet
 - ☐ Anders, namelijk
5. U heeft zojuist een sessie muziektherapie gehad. Wat is helpend geweest tijdens **passief muziek luisteren** voor het **omgaan met de veranderende situatie in uw leven** door het verwerven van ietsel? En **waarom**?

Denk hierbij aan; een bepaalde opdracht, gesprek, vraag van de therapeut, deel van een lied, instrument, songtekst, etc.
6. Welke houding had de therapeut tijdens het passief muziek luisteren? Er zijn meerdere antwoorden mogelijk.
 - ☐ Ze was op de achtergrond aanwezig en gaf mij ruimte
 - ☐ Ze had een vragende en nieuwsgierige houding
 - ☐ Ze stimuleerde mij
 - ☐ Ze daagde mij uit

- ☐ Ze confronteerde mij
- ☐ Anders, namelijk.....

7. Hoe heeft u de houding van de therapeut uit vraag 6 ervaren?

- ☐ Zeer behulpzaam
- ☐ Een beetje behulpzaam
- ☐ Neutraal
- ☐ Een beetje vervelend
- ☐ Zeer vervelend
- ☐ Anders, namelijk.....

8. Welk onderwerp bent u tegengekomen tijdens het passief muziek luisteren? Er zijn meerdere antwoorden mogelijk.

- | | |
|--|--|
| ☐ Zoeken naar een nieuwe identiteit | ☐ Waarde aan mijn leven toekennen |
| ☐ Rouw | ☐ Verandering in gevoel van controle |
| ☐ Emoties (bv. verdriet, boosheid, angst) | ☐ Mijn leven vormgeven door (opnieuw) plannen en uitdenken |
| ☐ Veranderingen in mijn gevoel van zelfverzekerdheid | ☐ Afhankelijkheid van anderen |
| ☐ Veranderingen in aanzien/reputatie | ☐ Anders, namelijk..... |

9. Hoe bent u omgegaan met het onderwerp uit vraag 8?

- ☐ Ik ben het onderwerp **aangegaan**
- ☐ Ik ben het onderwerp **een beetje aangegaan**
- ☐ Ik heb het onderwerp **een beetje vermeden**
- ☐ Ik heb het onderwerp **vermeden**
- ☐ Weet ik niet

10. Welke invloed heeft passief muziek luisteren op uw dagelijks leven?

- | | | |
|--|----------------------------|---------------------------------|
| Het helpt mij ontspannen | ☐ Waar | ☐ Niet waar |
| Het helpt mij om met emoties om te gaan, zoals verdriet, angst, boosheid en rouw | ☐ Waar | ☐ Niet waar |
| Het helpt mij om minder pijn te voelen | ☐ Waar | ☐ Niet waar |
| Het helpt mij om even niet bezig te hoeven zijn met vervelende dingen | ☐ Waar | ☐ Niet waar |
| Het helpt mij genieten | ☐ Waar | ☐ Niet waar |
| Het helpt mij omgaan met stress | ☐ Waar | ☐ Niet waar |
| Het helpt mij om taken aan te gaan waar ik tegenop kijkt | ☐ Waar | ☐ Niet waar |
| Het helpt mij om het gevoel van hoop toe te laten nemen | ☐ Waar | ☐ Niet waar |

11. Is er nog iets wat u graag zou willen benoemen of toelichten, waar niet naar gevraagd is?

Hartelijk bedankt voor het invullen van de enquête! Wilt u deze aan uw **muziektherapeut** geven? Dan komt deze vanzelf bij mij terecht.

9.3 TRANSCRIPTIES INTERVIEWS

Wegens privacy redenen zijn de transcripten verwijderd uit de online versie van dit onderzoek. Bij vragen of opmerkingen, stuur een mail naar andante.mt@hotmail.com.

9.4 GECODEERDE INTERVIEWS

Wegens privacy redenen zijn de gecodeerde interviews verwijderd uit de online versie van dit onderzoek. Bij vragen of opmerkingen, stuur een mail naar andante.mt@hotmail.com.