**Deze is voor jou…**

*Improvised songwriting met geïntegreerde cognitieve*

*gedragstherapie als muzikale interventie bij jongeren*

*van 12-18 jaar met gecompliceerde rouw.*



Afbeelding: [www.kuleuven.be](http://www.kuleuven.be)

**Verslag literatuuronderzoek**

Hogeschool Utrecht-Amersfoort

Mai van der Beele-Teeuwen

Amersfoort, 9 juni 2015

Consulent: Kees Buurman

1e beoordelaar: Han Kurstjens

2e beoordelaar: Anneke Baerends

|  |
| --- |
| When the dust has settled in paradiseLife won't be easy, when you're rolling the diceAnd I know I'm lost, when I'm whistling in the dark'Cause light won't brighten up, these December daysIf wishes were horses, beggars would rideIt's an uphill battle, but it's worth the fightAnd when you try, to forget the pastThen you give the key of your diary, to someone who would take your bodyShe will help you outI might make a mountain of a molehillTry to understand, and then a broken man can healIf this was a book I've already readI'd turn back the pages, day by dayIf wishes were horses, beggars would rideIt's an uphill battle, but it's worth the fightAnd when you try, to forget the pastThen you give the key of your diary, to someone who would take your bodyShe will help you outOh, she will help you outShe will help you out,oh If wishes were horses, beggars would rideIt's an uphill battle, but it's worth the fightAnd when you try, to forget the pastThen you give the key of your diary, to someone who would take your bodyShe will help you outShe will help you out, Stef Classens, Singer songwriter 2014 |

# Voorwoord/Dankwoord

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Tijdens mijn opleiding tot muziektherapeut ben ik met veel kinderen in aanraking gekomen. Met allen heb ik muziek gemaakt en mede door hen heb ik de kracht van de muziek ontdekt.

Toen mijn vriendin vertelde over de manier waarop haar dochtertje muziek betrok bij het verwerken van het verdriet over haar pas overleden vader werd ik opnieuw getroffen door de kracht van muziek. Door dit voorbeeld werd ik nieuwsgierig naar wat muziek zou kunnen betekenen voor al die andere kinderen die met een verlies te maken hebben.

Tijdens het zoeken naar literatuur ontdekte ik dat er veel geschreven is over rouw bij kinderen en jongeren. Wat ik ook las is dat de meeste kinderen en jongeren heel goed zelf in staat zijn om deze rouw te verwerken. Hoe zat dat dan bij die kinderen en jongeren die daar hulp bij nodig hadden? Daar wilde ik graag meer over weten. Deze nieuwsgierigheid in combinatie met de overtuiging van de kracht van muziek leidde tot het onderwerp van mijn PGO: muziektherapie voor kinderen en jongeren met gecompliceerde rouw.

Dit PGO was niet tot stand kunnen komen zonder de hulp en steun van heel veel mensen die ik op deze plek dan ook graag wil bedanken.

Allereerst Kees Buurman, docent, consulent en studieloopbaanbegeleider. Jouw steun en advies dat vaak op humoristische wijze werd gebracht gaf mij de mogelijkheid te relativeren. Na een consult met jou kon ik weer verder en zag ik door de bomen weer het bos.

De muziektherapeuten Gerd, Anneke, Tom en Liesbeth, dank voor jullie feedback op de module. Door jullie waardevolle bijdrage is mijn product aan de praktijk getoetst.

Dank aan Gertie Mooren, rouwconsulente. Doordat jij jouw ervaring met rouwende jongeren met mij deelde kwam ik tot nieuwe inzichten die ik kon toevoegen aan het verslag van de literatuur.

Mijn klasgenoten; de afgelopen drie jaar hebben we veel samen gedeeld. Jullie straks niet meer wekelijks te zien zal me zwaar vallen!

Mijn praktijkbegeleiders de afgelopen jaren, Peggy en Bert. Peggy, ook al wist je als intern begeleider niet het fijne van muziektherapie, ik bewonder je inlevingsvermogen en waardeer het dat je altijd bereid was om te helpen en te ondersteunen.

Bert, op jou als muziektherapeut kon ik altijd een beroep doen. Als ik het even niet meer wist kwam je kijken en kon ik profiteren van jouw professionele advies.

Last but not least, mijn kinderen en mijn man. Roos, Loek en Jurre, vooral de laatste weken waren erg druk en hebben jullie mij veel te veel achter de computer gezien. Dat gaat veranderen en dat is een belofte! Dank je wel voor jullie begrip, wat worden jullie toch al groot! Rob, al die klusjes die je van mij overnam omdat ik weer eens geen tijd had. Zonder jouw steun en begrip had ik het niet gered. Dank je wel dat je altijd achter mij bent blijven staan!

**Allemaal bedankt!**

Mai van der Beele-Teeuwen

# Samenvatting/Abstract

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Onderzoek heeft uitgewezen dat er naar schatting 5% van de jongeren die een ouder verliezen gecompliceerde rouw ontwikkelt. Jongeren met gecompliceerde rouw hebben problemen met het verwerken van een verlies. Ze ontkennen maanden na het overlijden van een van de ouders nog steeds het verlies, ontwikkelen sterke angsten en fobieën of hebben last van overdreven schuldgevoelens, langdurige apathie of een karakterverandering.

Met mijn onderzoek heb ik het antwoord willen zoeken op de vraag op welke manier muziektherapie succesvol ingezet kan worden voor deze doelgroep en door middel van een literatuuronderzoek heb ik het antwoord op die vraag gevonden.

Improvised songwriting stelt jongeren in staat om hun verhaal te vertellen en hun verdriet te uiten. Tevens ondersteunt het hun behoefte om via symbolisch spel, creatie en exploratie verdriet een plek te geven. Jongeren kunnen het moeilijk vinden om hun verdriet te uiten. Songwriting lijkt het voor hen gemakkelijker te maken. De song kan opgenomen worden en de cd kan als een tastbare herinnering functioneren aan hun geliefde wat kan helpen in het rouwproces.

Cognitieve gedragstherapie helpt jongeren hun eigen gedrag te begrijpen en gaat uit van de invloed van het denken en handelen op het gevoelsleven.

Een combinatie van improvised songwriting met cognitieve gedragstherapie kan betekenisvol ingezet worden voor jongeren tussen de 12-18 jaar met gecompliceerde rouw.

Research has shown that an estimated 5 % of young people who lose a parent develop complicated grief. Young people with complicated grief have trouble processing loss. They still deny the parents’ loss even after many months they develop severe anxiety and phobias or suffer from an excessive sense of guilt, long-lasting apathy or a change in character.

In my research I wanted to find answers in what way music therapy can be used successfully for his specific group and by means of systematic literature review I found the answer to that question.

Improvised songwriting will enable young people to express their suffering. It also helps their need to express and devote particular attention to their sorrow through symbolic (theatre) play as well as artistic creation and exploration.

Cognitive behavioural therapy helps young people to understand their own behaviour and it’s based on the influence of thinking and acting on emotions.

Combining improvised songwriting with cognitive behavioural therapy can be an important contribution for youth aged 12-18 suffering from complicated grief.

Inhoud

Voor/titelblad

[Voorwoord/Dankwoord 3](#_Toc421394441)

[Samenvatting/Abstract 4](#_Toc421394442)

[Inhoud 5](#_Toc421394443)

[Inleiding. 7](#_Toc421394444)

[1. Inhoudelijke oriëntatie. 8](#_Toc421394445)

[1.1 Rouw. 8](#_Toc421394446)

[1.2 Het besef van dood en de reactie hierop in de verschillende leeftijdsfasen. 8](#_Toc421394447)

[1.3 Inzicht in het rouwproces, verschillende benaderingen. 9](#_Toc421394448)

[1.3.1 Rouwfasen. 9](#_Toc421394449)

[1.3.2 Rouwtaken. 9](#_Toc421394450)

[1.3.3 Cognitief Gedragsmatig Model bij rouwprocessen. 10](#_Toc421394451)

[1.3.4 Integratief model. 11](#_Toc421394452)

[1.3.5 Duaal procesmodel. 11](#_Toc421394453)

[1.4 Vragen van jongeren. 11](#_Toc421394454)

[1.5 Gecompliceerde rouw. 12](#_Toc421394455)

[1.5.1 Diagnosticering. 13](#_Toc421394456)

[1.5.2 Verschijningsvormen. 13](#_Toc421394457)

[1.5.3 De relatie tussen gecompliceerde rouw en depressie/angst. 14](#_Toc421394458)

[1.5.4 De relatie tussen hechting en gecompliceerde rouw. 14](#_Toc421394459)

[2. Probleemstelling. 15](#_Toc421394460)

[2.1 Aanleiding voor keuze onderwerp. 16](#_Toc421394461)

[2.2 Noodzaak, relevantie. 16](#_Toc421394462)

[3. Hoofdvraag, deelvragen en doelstellingen. 16](#_Toc421394463)

[3.1 De hoofdvraag. 17](#_Toc421394464)

[3.2 De deelvragen. 17](#_Toc421394465)

[3.3 Doelstellingen. 17](#_Toc421394466)

[4. Onderzoeksmethoden. **Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**](#_Toc421394467)

[4.1 Onderzoeksdesign. **Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**](#_Toc421394468)

[4.2 Onderzoekstype. **Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**](#_Toc421394469)

[4.3 Kwaliteitscriteria. **Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**](#_Toc421394470)

[4.3.1 Credibilitiy. **Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**](#_Toc421394471)

[4.3.2 Dependebility: **Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**](#_Toc421394472)

[4.3.3 Conformability. **Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**](#_Toc421394473)

[4.3.4 Transferability. **Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**](#_Toc421394474)

[4.3.5 Authenticity. **Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**](#_Toc421394475)

[4.4 Grounded theory. **Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**](#_Toc421394476)

[4.5 Triangulatie. **Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.**](#_Toc421394477)

[5. Resultaten. 19](#_Toc421394478)

[5.1 De behoefte van rouwende kinderen 19](#_Toc421394479)

[5.2 Interventies en resultaten. 20](#_Toc421394480)

[5.3 Aanbod muziektherapie en resultaten. 21](#_Toc421394481)

[5.4 Doelstellingen en (contra)indicaties. 24](#_Toc421394482)

[5.5 Bijzonderheden over de therapie. 25](#_Toc421394483)

[5.6 De rol van improvisatie. 26](#_Toc421394484)

[5.7 De rol van analogie. 26](#_Toc421394485)

[5.8 Waarom muziektherapie? 27](#_Toc421394486)

[6. Conclusie. 28](#_Toc421394487)

[6.1 Probleemstelling. 28](#_Toc421394488)

[6.2 Conclusie: 28](#_Toc421394489)

[6.3 Samenvatting. 30](#_Toc421394490)

[7. Aanbevelingen. 30](#_Toc421394491)

[\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Literatuurlijst.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 31](#_Toc421394492)

Bijlagen.

Bijlage 1a: Gedragscode.

Bijlage 2a: Beantwoorden van de deelvragen**.**

Bijlage 3a: Feedback van Gertie Mooren met aanpassing in het verslag.

Bijlage 4a: Conceptversie verslag van het literatuuronderzoek

Bijlage 5a: Feedback van Kees Buurman op hoofdstuk 4

# Inleiding.

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Het lied “She will help you out” is geschreven door Stef Classens. Hij verloor zijn beste vriend (19) tijdens een auto ongeluk. Dit nummer schreef hij in de tijd dat hij het moeilijk had na het overlijden. Het gaat over de steun die hij destijds van zijn vriendin kreeg. Tijdens de uitzending van het programma: “De beste Singer-Song writer,” vraagt presentator Giel Beelen of Stef het niet moeilijk vindt om het nummer te spelen omdat er zoveel emotie achter zit. Stef: “iedere keer dat ik het speel, heelt het, dus het is eigenlijk wel fijn om het weer te spelen...”.

Twee jaar geleden is de man van mijn vriendin plotseling gestorven. Haar dochtertje van toen 8 jaar ontdekte twee jaar na zijn overlijden muziek als steun voor het verwerken van het verlies. Ze zong liedjes voor haar papa, nam een filmpje hierover op en plaatste dat op de in memoriam facebook pagina van haar vader.

Dat muziek zoveel troost kon bieden heeft mij diep geraakt en heeft mij doen besluiten mijn afstudeer project voor de opleiding muziektherapie te wijden aan kinderen en/of jongeren met rouw.

Ik heb onderzoek gedaan naar rouwverwerking bij kinderen en jongeren tussen de 8 en de 18 jaar. Al snel kwam ik erachter dat kinderen en jongeren met rouw heel goed zelf in staat zijn om rouw te verwerken. Dat zag ik ook bij het dochtertje van mijn vriendin.

Van het aantal kinderen en jongeren dat een ouder of een ander naast familielid verliest is echter 5 % niet goed in staat om om te gaan met het verlies en ontwikkelen gecompliceerde rouw. De interventie “RouwHulp” (Spuij & Boelen, 2014a) is vrij nieuw en veelbelovend voor deze doelgroep. Omdat ik als muziektherapeut geloof in de kracht van muziek besloot ik om deze interventie te combineren met muziektherapie.

Tijdens de literatuurstudie merkte ik dat ik gevoelsmatig meer naar de leeftijdscategorie van jongeren toegetrokken werd. Ook de werkvormen die ik bij jongeren in kon zetten spraken me erg aan. Daarom heb ik ervoor gekozen om de module uit te werken voor jongeren tussen de 12 en de 18 jaar.

Deze literatuurstudie laat zien wat er nodig is om kinderen en jongeren met gecompliceerde rouw te helpen om te gaan met het verlies zodat ze weer verder kunnen gaan met hun leven.

“Hij” of “zij” worden in dit literatuurverslag aangeduid met “hij”.

Leeswijzer:

Hoofdstuk 1 geeft achtergrondinformatie over rouw en rouwverwerking. De fasen van rouwverwerking worden uitgelegd en het begrip gecompliceerde rouw wordt geïntroduceerd.

Hoofdstuk 2 omschrijft de probleemstelling en de noodzaak van dit onderzoek.

Hoofdstuk 3 omschrijft de hoofdvraag, de deelvragen en de doelstellingen.

Hoofdstuk 4 omschrijft de onderzoeksmethoden van dit onderzoek.

In hoofdstuk 5 geef ik antwoord op de deelvragen.

In hoofdstuk 6 geef ik de conclusie en de aanbevelingen van dit onderzoek weer.

Juni 2015

Mai van der Beele-Teeuwen.

# 1. Inhoudelijke oriëntatie.

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

*Dit hoofdstuk geeft het verslag weer van de literatuurstudie.*

1.1 Rouw.

Definitie in de Landelijke richtlijn Rouw:

|  |
| --- |
| “Het geheel van lichamelijke, emotionele, cognitieve en gedragsmatige reacties, die optreden na het verlies van een persoon met wie een betekenisvolle relatie bestond (Prins & Kuyper, 2006 geciteerd in Foolen en van Rooijen, 2013”, p. 2). Hoewel het overlijden van een belangrijk persoon iemand kwetsbaar kan maken, is rouwen een normale reactie op verlies. |

1.2 Het besef van dood en de reactie hierop in de verschillende leeftijdsfasen.

Een rouwproces is een uniek proces dat beïnvloed wordt door zowel individuele, interpersoonlijke als situationele kenmerken (Foolen & van Rooijen, 2013; Keirse M. , 2014).

In verschillende leeftijdscategorieën hebben kinderen een ander besef van dood en is hun reactie hierop anders. De volgende tabel geeft de ontwikkelingsstadia weer met daarbij een korte omschrijving van het bijbehordende besef van overlijden (gebaseerd op: Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health, Cohen et al., Oltjenbruns, Dillen, geciteerd in Foolen & van Rooijen, 2013).

|  |  |
| --- | --- |
| **Leeftijd** | **Besef van dood en de reactie hierop.** |
| 0-2 jaar | Baby’s en peuters hebben nog geen cognitief begrip van de dood. Ze ervaren een gevoel van afwezigheid als een dierbare overlijdt en merken hevige emoties bij hun verzorgers of ouders op, maar kunnen dat nog niet verbinden met het overlijden. Zij kunnen reageren op stress en spanning in de omgeving met veranderingen in slaap- en eetpatroon, sneller geïrriteerd zijn, meer huilen, moeite om getroost te worden en aanhankelijker worden. |
| 2-6 jaar | Kleuters begrijpen de onomkeerbaarheid van de dood nog onvoldoende. Zij zien de dood als iets tijdelijks. In deze leeftijdsfase kunnen gevoelens van hulpeloosheid, boosheid en angst om in de steek gelaten te worden veel voorkomen en ook het magisch denken komt veel voor. Kleuters gaan ervan uit dat wat zij wensen ook uit zal komen. Dat kan leiden tot schuldgevoelens rond het overlijden. |
| 6-11 jaar | Kinderen in deze leeftijd begrijpen geleidelijk aan de onomkeerbaarheid van de dood. In deze fase vinden kinderen het moeilijk om te begrijpen dat ook hun dierbaren of zij zelf dood kunnen gaan. De dood is vooral iets wat oude en zieke mensen overkomt. De dood wordt in deze leeftijdsperiode vaak gezien als een grijpbaar of fysiek iets (bijvoorbeeld een geest) die mensen komt opjagen. Dit kan voor verwarring en angst zorgen. |
| 12-18 jaar | Jongeren voelen zich vaak zo hulpeloos dat ze zich willen terugtrekken naar hun vroege jeugd, waar ze nog beschermd waren tegen de dood. Ze vertonen diverse volwassen reacties maar daarnaast is de weerstand om met volwassenen te communiceren, overbezorgdheid of anderen hun reacties zullen aanvaarden, vervreemding van volwassenen en vrienden, gebrek aan kennis over wat sociaal aanvaardbaar is en andere ontwikkelingsproblemen die invloed hebben op het rouwproces, zoals problemen met afhankelijkheid en afstand, identiteit, hevige emoties en seksuele conflicten typisch voor deze leeftijd (Keirse M. , 2014).Jongeren willen geen uitzondering zijn. Ze willen niet kwetsbaar zijn en buiten de groep vallen. Als een jongere zijn rouw zou laten zien, zou hij de aandacht krijgen voor zijn kwetsbaarheid en dat wil hij liever niet. Jongeren gaan het liefst op in de massa. Als ze het gevoel hebben dat ze de enige zijn van wie een vader, moeder, broertje of zusje dood is voelen ze zich ‘anders’, en dat willen ze niet. Een jongere kan ook denken dat niemand hem begrijpt, hij begrijpt zichzelf niet eens. Daarom praat hij er ook maar liever niet over. Dat is één van de redenen dat lotgenotencontacten zo helend werken.Als een ouder overlijdt wordt de fase van losmaken bij een puber abrupt afgebroken. Het kind was zich aan het afzetten tegen die ouder, hij was juist bezig met wat hij niet goed vond aan de ouder, maar nu is de ouder dood. Om als puber verlies te verwerken blijkt dan ook erg lastig. Er zijn twee scenario’s: 1. De jongere parkeert zijn verlies en gaat ermee aan de slag als hij volwassen is. Dit kan problemen veroorzaken bij het aangaan van een relatie of bij het starten met een studie. Hij kan zich ook onzeker gaan voelen.
2. De jongere gaat juist wel rouwen en pubert niet meer. Omdat de jongere het verdriet van de overlevende ouder(s) voelt en merkt dat hij iets moet doen om de ouder(s) te helpen wordt het puberen bemoeilijkt. Het kind staat klaar voor de rouwende ouder(s) en komt niet aan zijn eigen verdriet toe. Het gebeurt vaak dat volwassenen, die in de puberteit een overlijden hebben meegemaakt, in therapie gaan om los te komen van hun ouders, iets wat normaal tijdens de puberteit gebeurt (Maarel, 2014).
 |

Dit overzicht van ontwikkelingsstadia is een hulpmiddel om rouw bij kinderen en jongeren te begrijpen. Er is echter nog altijd weinig bekend over het rouwproces van jeugdigen. Dit komt voornamelijk door de gebrekkige kwaliteit van uitgevoerde onderzoeken (Dillen, 2007). Daarnaast is het belangrijk om te benadrukken dat zulke overzichten een algemeen beeld weergeven. Niet alle kinderen zullen alle rouwreacties vertonen.

1.3 Inzicht in het rouwproces, verschillende benaderingen.

1.3.1 Rouwfasen.

Om te voldoen aan de behoefte van volwassen om inzicht te hebben in het rouwproces deelde Elisabeth Kübler- Ross in 1982 het rouwproces in fases in. Intussen is dit achterhaald omdat men nu weet dat rouw zich niet houdt aan die opeenvolgende fasen.

1.3.2 Rouwtaken.

Tegenwoordig wordt vaak het rouwtakenmodel van William Worden (1992) gehanteerd. Hij gaat er vanuit dat er bij rouwen allerlei taken verricht moeten worden, en dat is hard werken. In het boek Jong Verlies (Fiddelaers-Jaspers, 2014) wordt het rouwtakenmodel weergegeven waarbij opgemerkt moet worden dat ook de taken meestal door elkaar heen lopen. Fiddelaers-Jaspers heeft taak 0 toegevoegd volgens Weijers & Pennings (2001). Ook Manu Keirse (2014) hanteert het rouwtaken model. Hier volgt een overzicht:

Rouwtaak 0: Leren omgaan met verdriet en rouw.

Kinderen en jongeren moeten in de opvoeding ruimte krijgen om verdrietig te zijn en om te rouwen. Ze blijken het nodig te hebben om verdrietig te kunnen zijn en ook om hun ouders verdrietig te zien als er iemand is overleden. Er zijn gezinnen waar thuis nooit over de dood gesproken wordt omdat de ouders hun kinderen willen beschermen. Voor ouders is het een belangrijke taak om de pijn van hun kinderen te kunnen verdragen; ze moeten durven geloven in de kracht van kinderen.

Rouwtaak 1: Beseffen dat iemand echt dood is.

Kinderen en jongeren moeten tot zich laten doordringen dat de ander echt dood is en nooit meer terugkomt. Het helpt als ze de overledene met eigen ogen kunnen zien.

Rouwtaak 2: Geconfronteerd worden met een warboel aan gevoelens.

Kinderen en jongeren kunnen zich verdrietig, angstig, opgelucht, jaloers, eenzaam, schuldig of boos voelen en al die gevoelens kunnen door elkaar heen lopen. Als kinderen en jongeren deze emoties niet kunnen uiten kunnen ze last krijgen van psychosomatische klachten zoals hoofdpijn, buikpijn en andere lichamelijke klachten. Door reacties uit hun omgeving leren veel kinderen en jongeren hun emoties te blokkeren, onderdrukken, ontkennen, verdraaien en maskeren. Daardoor ontstaat er een soort emotionele verdoving die weliswaar beschermt tegen de pijn, maar ook voorkomt dat ze volop blij kunnen zijn. Aan de andere kant kan vermijding door afleiding zoals sport en school bij kinderen en jongeren soms juist goed werken. Kinderen en jongeren moeten een evenwicht zien te vinden tussen vermijding van en confrontatie met het verdriet.

Rouwtaak 3: Verder leven met het gemis en met herinneringen.

Kinderen en jongeren gaan onderzoeken hoe het leven verder moet. Alles moet weer opnieuw een plekje krijgen na het overlijden van een belangrijk persoon. Er ontstaan langzamerhand andere gewoonten en de taken en functies van de overledene worden overgenomen door iemand anders. Het is goed om kinderen en jongeren te laten weten dat het niet erg is om even niet aan de overledene denken en dat dat iets anders is dan de overledene te vergeten. Ga op zoek naar een goede balans: te weinig over de overledene spreken (doodzwijgen) is niet goed, te veel is echter ook niet goed omdat er ook nog ruimte moet zijn voor nieuwe, andere gespreksonderwerpen. Je kunt kinderen en jongeren enorm helpen door naar ze te luisteren.

Rouwtaak 4: Verder gaan met je leven, met die ander in je hart.

Kinderen en jongeren leven verder door herinneringen aan de overledene te bewaren in hun hart. Sommige kinderen en jongeren hebben een tastbare herinnering die ze koesteren, bijvoorbeeld een amulet, een sieraad of een bijzondere steen. Ook deze rouwtaak volbrengen is hard werken. Kinderen en jongeren moeten opnieuw de richting bepalen van hun leven. Ze kijken met andere ogen naar de wereld en stellen andere prioriteiten. Ze moeten het gevoel hebben altijd weer en steeds opnieuw hun verhaal kwijt te kunnen en te huilen. Het is een lange worsteling waarin ze op zoek gaan naar de zin van dit alles. Het blijft belangrijk om naar ze te luisteren.

Rouw is niet tijdgebonden, het gemis komt steeds weer terug. Kinderen en jongeren kunnen zich hierdoor kwetsbaar voelen maar ook juist krachtig. Ze voelen dat ze wat hen overkomen is overleefd hebben en er klaar voor zijn om het leven weer op te pakken.

Kritiek: Het rouwtakenmodel bevat geen theorie over stagnerende rouw en dus ook geen specifieke aanknopingspunten voor het behandelen van stagnerende rouw (Spuij, Rinogroep, 2012).

1.3.3 Cognitief Gedragsmatig Model bij rouwprocessen.

 P. Boelen, M.; A. van den Hout; J. van den Bout (in Spuij, 2012).

**Processen**

Gebrekkige integratie van het verlies in het langetermijngeheugen.

**Kenmerken**

Kenmerken van de rouwende + context

Kenmerken van de verliesgebeurtenis

Kenmerken van de nasleep van het verlies.

**Uitkomst**

Stagnatie van het verwerkingsproces (gecompliceerde rouw).

Voorzichtige schatting: 5% van de kinderen.



Basisopvattingen en misinterpretaties (niet helpende gedachten).

Angstige en depressieve vermijding

Dit schema is specifiek gericht op gecompliceerde rouw en wordt verder uitgelegd in paragraaf 5.2.

1.3.4 Integratief model.

Een ander rouwmodel is het integratief model (Johan Maes, rouwtherapeut en rouwdeskundige België, 2007) waarin de belangrijkste ontwikkelingen en visies uit het rouwonderzoek van de laatste tijd zijn opgenomen (Landelijk Steunpunt Rouw).

* Dit model heeft als uitgangspunt dat rouwen een uniek en persoonlijk proces is. Iedereen rouwt anders; er bestaat geen handleiding en ook ligt het niet vast hoe lang een rouwproces duurt.
* Rouw vraagt om een actieve houding: het is niet het passief ondergaan wat er gebeurt, maar iets doen met de gevoelens. Wat? Dat is aan de rouwende zelf.
* Rouw raakt het hele wezen van de rouwende. De aandacht moet daarom niet alleen gericht zijn op emoties maar ook op bijvoorbeeld fysieke aspecten, mentale aspecten en existentiële vragen.
* Door het verlies verandert de rouwende. Het verlies maakt dat de rouwende een nieuw evenwicht moet gaan vinden; teruggaan naar het evenwicht van voor het overlijden kan niet.
* Rouw raakt ook de sociale context. De plek van de rouwende wordt anders. Zo wordt iemand bijvoorbeeld door het verliezen van een partner een alleenstaande. Vaak komt een rouwende hierdoor anders in zijn sociale omgeving te staan.

Een heel belangrijk aspect is dat reacties uit de sociale omgeving (familie, vrienden, collega’s) mede bepalen hoe de rouwende met het verlies omgaat.

1.3.5 Duaal procesmodel.

Het duale rouwproces van Maggie Stroebe (2002) gaat uit van de twee werkelijkheden die aandacht vragen in een rouwproces. De rouwende verloor een dierbaar iemand en is daarom in rouw. Die rouw heeft tijd en ruimte nodig. Tegelijkertijd wil de rouwende met het eigen leven verder gaan, ook dat vraag om aandacht. Beide kanten moeten aan bod komen. Gezond rouwen is het heen en weer bewegen tussen verliesgerichtheid en herstelgerichtheid. Het gaat om het evenwicht tussen deze twee (Landelijk Steunpunt Rouw).

1.4 Vragen van jongeren.

Jongeren kunnen met vragen komen te zitten na een overlijden. Het is belangrijk de jongere serieus te nemen en de tijd te nemen om met hen in gesprek te gaan (Maarel, 2014).

Ga jij ook dood?

Dit is de belangrijkste vraag waar kinderen en jongeren mee rondlopen. Ze durven de vraag niet te stellen uit angst voor het antwoord. Het moeilijke van deze vraag is dat hij niet ontkend kan worden, terwijl ouders hun kind graag veel vertrouwen mee willen geven in een toch al zo onveilige tijd. Door open met jongeren hierover te praten, leert hij of zij je open over (verschrikkelijke) angsten en gebeurtenissen kunt en mag praten. Omdat alle kinderen en jongeren die een overlijden meemaken met deze vraag worstelen, is dit een vraag die een ouder vóór zijn kind kan stellen: “ik hoor dat heel veel jongeren bang zijn dat hun andere ouder ook doodgaat, heb jij dat ook?” Door te benoemen dat heel veel jongeren dat hebben, wordt het als het ware weer ‘gewoon’ en hoeft hij of zij er niet meer bang voor te zijn.

Is het mijn schuld?

Ook met deze vraag kunnen jongeren worstelen. Jongere kinderen denken dit eerder dan jongeren boven de twaalf jaar. Maar ook dan kan het voorkomen. Bijvoorbeeld de jongere die gedrag vertoont waar de ouders zich veel zorgen om maken en één van de ouders krijgt een hartaanval. Het is moeilijk om met jongeren over deze schuldvraag te praten. Volwassenen willen hun kinderen graag direct zeggen dat het niet zijn schuld is. Als je dit echter te snel doet, wordt het ongeloofwaardig. Jongeren hebben het nodig om te vertellen welke gedachten ze hebben en wat de gevolgen van die gedachten zijn. Luister aandachtig naar wat ze vertellen en stel vragen. Als ze voldoende hebben verteld, kan er uitgelegd worden hoe de persoon is overleden en wat de rol van de jongere daarin is geweest.

Wat gebeurt er als je dood bent?

Jongeren kunnen zelf al een duidelijk idee hebben over wat er gebeurd als iemand dood gaat. Als ze hier een vraag over stellen kun je als volwassene vragen: “wat denk je zelf?” Het kind komt dan met een idee (dat hebben ze namelijk bijna allemaal) waar je bij kunt aanhaken.

Doodswens.

Naar aanleiding van een overlijden kunnen jongeren een oprechte doodswens hebben. Ze vinden het leven niet meer leuk zonder de overledene of hoe het leven nu voor ze is geworden. Als jongeren een doodswens uitspreken moet daar serieus op ingegaan worden. Reageer niet met schrik, maar met ‘interesse’. Stel vragen. Veel jongeren helpt het om erover te praten. Ze worden er rustiger van. Door op een rijtje te krijgen wat de dood hen zou ‘brengen’, vinden ze ook andere manieren om hetzelfde te bereiken, zonder dood te gaan (Maarel, 2014).

1.5 Gecompliceerde rouw.

Gecompliceerde rouw is sinds 2013 in de appendix van de DSM-5 opgenomen onder de noemer *Persistente Complexe Rouwstoornis* (PCRS). De kern van gecompliceerde rouw wordt gevormd door aanhoudende separatiepijn: een verscheurend verlangen naar de overleden dierbare. Bij mensen met gecompliceerde rouw blijft dit gevoel lang aanwezig en vormt het een belemmering voor het dagelijks functioneren (Spuij & Boelen, 2014b).

Gecompliceerde rouw kan ontstaan door extreme stress ten gevolge van een verlies, door vroege hechtingsproblematiek, maar meestal door een combinatie van beide. (Keizer, 2013)

Gecompliceerde rouw bij kinderen en jongeren:

Er is nog maar weinig onderzoek gedaan naar gecompliceerde rouw bij kinderen en jongeren (Foolen & van Rooijen, 2013). Uniken-Venema (2005) spreekt van gecompliceerde rouw als een kind maanden na het overlijden van een van de ouders dit verlies nog steeds ontkent, langdurig terugvalt naar een eerder ontwikkelingsstadium, sterke angsten en fobieën heeft ontwikkeld of last heeft van overdreven schuldgevoelens, langdurige apathie of een karakterverandering.

Als duur voor de klachten wordt ten minste zes maanden vooropgesteld. Deze criteria, die zijn gebaseerd op onderzoeken naar gecompliceerde rouw bij volwassenen, zouden ook gelden voor kinderen en jongeren. (Heyns, 2008)

Het komt ook voor dat kinderen en jongeren weigeren om na te denken wat kan resulteren in impulsiviteit, ontkenning en vermijdingsgedrag. (Register & Hilliard, 2008).

Volgens het onderzoek van Spuij & Boelen (2014b) wordt er geschat dat ongeveer 20% van de kinderen en jongeren die een ouder verliezen emotionele en gedragsmatige problemen ontwikkelen. In deze studies zijn de kinderen en jongeren die specifiek rouw gerelateerde problemen ontwikkelen zoals angststoornissen, depressie en/of gedragsproblemen niet meegenomen. Het percentage kinderen en jongeren dat problemen ontwikkelt na verlies zal dus hoger liggen dan in dit onderzoek geschat wordt. 5% van de kinderen en jongeren die een ouder verliezen ontwikkelt gecompliceerde rouw. Gedragsproblemen die vaak voorkomen zijn: onoplettendheid, agressief gedrag, slaapproblemen, somatische klachten en hechtingsproblemen. Voor veel rouwende kinderen en jongeren kan dit ook op andere gebieden problemen opleveren. Het komt vaak voor dat rouwende kinderen en jongeren een verkeerde diagnose kregen voor hun leerproblemen. Leerkrachten zijn niet altijd op de hoogte van een verlies en zien de reacties op rouw als een of ander type leerprobleem zoals ADHD. Het kan zijn dat een kind dan een medicijn krijgt toegediend terwijl hij de diagnose in werkelijkheid niet heeft (Register & Hilliard, 2008).

Overzicht verschillen tussen rouw en gecompliceerde rouw:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Normale rouw** | **Gecompliceerde rouw** |
| **Gevoelens** | Verdriet | Verscheurend verlangen |
| **Gedachten** | Positief over het leven en de toekomst | Negatief over het leven en de toekomst |
| **Gedrag** | Gerichtheid op verleden *en* toekomst (aanpassing). | Gerichtheid op het verleden en op het verlies |
| **Herinneringen** | Troostend, pijnlijk | Worden onderdrukt |
| **Controle** | De persoon heeft controle over de pijn | De pijn heeft controle over depersoon |

(Spuij, 2012)

1.5.1 Diagnosticering.

Voor een diagnose van gecompliceerde rouw kan de Nederlandse vertaling van Let Dillen gebruikt worden van Childhood Traumatic Grief: ‘Extended Grief Inventory’ (EGI) van Layne et al. (in Dillen, 2005).

Ook de RVL-J lijst (Rouw Vragen Lijst voor jongeren van 13-18 jaar) is zeer geschikt. De psychometrische kwaliteiten zijn voldoende tot goed volgens Spuij et al., in Press en Melhem et al., (in Spuij, 2012).

Een impressie van de 30 vragen van de RVL-K (Rouw Vragen Lijst voor kinderen van 8-12 jaar) en RVL-J (13-18 jaar) lijst:

* Ik vind het moeilijk de dingen te doen die ik normaal doe, want ik denk zoveel aan […].
* Denken aan […] maakt mij in de war.
* Ik vind het moeilijk dat […] overleden is; ik vind het niet eerlijk.
* Ik wil graag bij […] zijn.
* Ik wil naar plekken en dingen toe die met […] te maken hebben.
* Ik ben boos over […] dood.
* Ik kan niet geloven dat […] overleden is.
* Ik ben heel erg geschrokken van […] overlijden; ik ben er helemaal ondersteboven van.

Onderzoek naar de RVL-K en RVL-J door Spuij et al., (in Spuij, 2012) wijzen uit dat de betrouwbaarheid van beide lijsten hoog is.

1.5.2 Verschijningsvormen.

Gecompliceerde rouw kent de volgende verschijningsvormen (Keirse & Kuijper, 2010):

* Chronische rouw:

Er zijn duidelijk waarneembare symptomen, die in de loop van de tijd na het overlijden niet afnemen.

* Ontkennende rouw:

De rouwreactie blijft uit door langdurige ontkenning of het sterk onderdrukken van emoties.

* Gesomatiseerde rouw:

In plaats van een rouwreactie krijgt de cliënt een veelheid aan lichamelijke klachten.

* Uitgestelde rouw:

In de periode volgend op het verlies is geen plaats voor een rouwreactie. Deze wordt uitgesteld. Voorbeeld: Een jongere die vindt dat er voor zijn of haar verdriet op dat moment geen plaats is in het gezin.

* Systeemgeblokkeerde rouw:

Iemand in het gezin wordt verhinderd om op zijn eigen manier te rouwen door de (onuitgesproken) gezinsregels over verliesverwerking.

* Traumatische rouw.

Bij traumatische rouw is er sprake van een combinatie van symptomen van gecompliceerde rouw en PTSS. Bij kinderen die lijden aan traumatische rouw is er meestal sprake van een traumatisch sterfgeval, bijvoorbeeld een gewelddadige dood waar een kind getuige van is (Cohen & Mannarino, geciteerd in Foolen & van Rooijen, 2013).

De PTSS symptomen omvatten:

* Gedachten die de betrokkene niet van zich af kan zetten en die hem of haar volledig in beslag nemen;
* Dromen over of herinneringen aan het traumatische overlijden en/of de overledene;
* Het vermijden van dingen die aan de overledene doen denken;
* En/of de herinneringen aan het trauma in verband met het overlijden;
* Emotionele verdoving of onthechting;
* Symptomen van verhoogde prikkelbaarheid, waaronder woede en verbittering om het overlijden (o.a. Brown & Goodman; Cohen, Mannarino & Deblinger, geciteerd in Foolen & van Rooijen, 2013).

Wanneer trauma en gecompliceerde rouw tegelijk spelen dan is het vaak essentieel om eerst het trauma aan te pakken en gedeeltelijk op te lossen, alvorens in te zetten op rouwverwerking (Cohen, Mannarino & Deblinger geciteerd in Foolen & van Rooijen, 2013).

1.5.3 De relatie tussen gecompliceerde rouw en depressie/angst.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Angst** | **Depressie** | **Gecompliceerde rouw** |
| **Gevoelens** | Angst voor specifiekesituaties (of gevoelensof herinneringen.Schrikachtig / ophoede. | Somberheid,vervlakking. | Verlangen, gemis,wanhoop. |
| **Gedrag** | Vermijding vanangstwekkendesituaties/stimuli. | Totaal ontbreken vanmotivatie om iets tedoen. | Streven naar gevoel vannabijheid (zoekgedrag).Gerichtheid op verleden. |
| **Gedachten** | “De wereld isgevaarlijk!”“Ik ben constant ingevaar!” | “Het leven stelt in ieder geval niets voor en ikzelf en de toekomst ook niet” | “Ik kan het nietverdragen dat […] nooitmeer terugkomt”“Het leven stelt nietsmeer voor nu […] weg is” |

(Spuij, Rinogroep, 2012)

1.5.4 De relatie tussen hechting en gecompliceerde rouw.

Hechten en rouwen horen bij elkaar. Zodra een kind ter wereld komt hecht het zich. Als het kind contact zoekt om te hechten kan het rouwen als het contact, om welke reden dan ook, niet wordt beantwoord. Door zich te hechten krijgt het kind handvaten om met emoties om te gaan. Het kan zijn dat deze handvaten niet allemaal even handig zijn in gebruik. Als kinderen te maken krijgen met verlies moeten ze het verwerken met behulp van de handvaten die ze tijdens de hechting mee hebben gekregen.

De hechtingsperiode is een belangrijk aandachtspunt bij rouwende kinderen en jongeren. Om het kind te begeleiden is het nodig om na te gaan op welke manier zij hebben geleerd met hun emoties om te gaan. In een rouw situatie zien jongeren veel verdriet bij anderen. Tegelijkertijd gaan ze voorbij aan wat zich bij henzelf van binnen roert.

Het is menselijk om in eerste instantie kinderen en jongeren buiten de ellende te willen houden. Als ouder moet je je kind beschermen. Maar als je je kind beschermt in verdrietige en angstige situaties heeft hij het gevoel dat hij buitengesloten wordt en kan niemand hem helpen. Het kind of de jongere moet er dan alleen mee worstelen en dat is een eenzaam proces. Als een kind goed gehecht is wil dat niet zeggen dat het kind niet hoeft te rouwen als het iemand verliest. Een goede, veilige hechting zorgt ervoor dat het rouwen niet verstoord wordt (Fiddelaers-Jaspers, 2014).

Onveilige hechting, de verschijningsvormen:

1) Onveilig vermijdend:

Een onveilig vermijdend gehecht kind lijkt weinig onderscheid te maken tussen bekende en onbekende mensen. Het kind is weinig gericht op de moeder en tussen moeder en kind is weinig gevoelsmatige interactie te zien. (Bowlby, in Bil, 2006).

Kinderen die met hun emoties niet bij hun ouders terecht kunnen, ontwikkelen geen handvaten voor het rouwen. Vaak hebben de ouders zelf niet geleerd om met hun emoties om te gaan. Ze moesten flink zijn, niet te snel huilen en vooral niet zeuren. Ze weten niet dat je steun kunt vragen aan anderen, want bij hun ouders konden ze dat niet. Er is teveel begrenzing van de emoties. Dit geven ze door aan hun kinderen. De kinderen leren: “ik moet het allemaal zelf doen, er is niemand voor mij”. Als ze te maken krijgen met een verlies zoeken ze geen troost bij hun groepsleidster of juf en lijkt het aan de buitenkant vaak alsof ze er nauwelijks last van hebben. Van binnen zijn ze echter enorm kwetsbaar (Fiddelaers-Jaspers, 2014).

2) Onveilig ambivalent:

Een onveilig ambivalent gehecht kind zal zich zichtbaar niet op zijn gemak en angstig voelen in een onbekende situatie, zelfs in nabijheid van de eigen moeder. Als moeder vertrekt vertoont het kind een heftige reactie die niet overgaat als moeder weer terugkomt. Dat is het ambivalente aan de hechting; door te huilen vraagt het kind om getroost te worden, als het wordt getroost wijst het de ouders weer af (Bowlby, in Bil, 2006).

Vaak krijgen deze kinderen te weinig begrenzing. Als ze verdrietig zijn, zijn hun ouders nog verdrietiger waardoor het kind in paniek raakt. Kinderen leren daardoor dat emotie en pijn altijd ellende is. Bij een verlies blijven ze ontroostbaar, ze klampen zich vast en vragen er steeds aandacht voor. Ze zijn niet in staat om af en toe een ‘snipperdag’ te nemen van hun rouw. En juist de afwisseling ervaren tussen verdrietig zijn en spelen en vrolijk zijn is voor kinderen zo belangrijk. (Fiddelaers-Jaspers, 2014).

3) Gedesorganiseerde en gedesoriënteerde hechting:

Dit hechtingsgedrag lijkt niet op onveilig vermijdend of onveilig ambivalent gedrag. Het uit zich in chaotisch, tegenstrijdig, bizar en angstig hechtingsgedrag in de aanwezigheid van de opvoeder(s). Het kind lijkt tegenstrijdige verwachtingen te hebben ten aanzien van de beschikbaarheid van de opvoeder of bang te zijn voor de opvoeder. Het lijkt alsof de komst van de opvoeder de stress bij het kind eerder verhoogt dan verlaagt. Er blijkt een verband te bestaan tussen dit type gehechtheid en onverwachte sterfgevallen, trauma of ander onverwerkt verlies in het leven van de ouder/verzorger. (Wijnroks, et al., 2006)

# 2. Probleemstelling.

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

*In dit hoofdstuk verwoord ik de aanleiding en de noodzaak voor het onderzoek.*

2.1 Aanleiding voor keuze onderwerp.

Twee jaar geleden is de man van mijn vriendin plotseling gestorven. Naast zijn vrouw liet hij twee dochters van 8 en 10 jaar achter. Na twee jaar vertelde mijn vriendin dat haar jongste dochtertje, intussen 10 jaar, nog heel veel door de dood van haar vader in beslag genomen werd. Ze zocht troost in muziek en zong veel liedjes voor haar papa. Toen bedacht ik dat muziektherapie een hele mooie therapie zou moeten kunnen zijn voor kinderen in de rouw. Het onderwerp voor mijn PGO was geboren.

In het tweede en derde jaar van mijn opleiding tot muziektherapeut heb ik voornamelijk gewerkt met basisschoolkinderen in het reguliere en speciaal onderwijs. Dit beviel me heel goed. Ik genoot van het werken met deze leeftijdscategorie, maar merkte wel dat mijn voorkeur uitging naar de wat oudere kinderen. Toen bleek dat ik een keuze moest maken tussen kinderen van 8 tot 12 jaar of jongeren van 12 tot 18 jaar omdat anders de leeftijdsgroep te breed werd koos ik voor de uitdaging om een module te ontwikkelen voor de laatstgenoemde leeftijdscategorie.

2.2 Noodzaak, relevantie.

Praktijkprobleem:

Onderzoek naar de gevolgen van ingrijpende verliezen op de lange termijn geeft nog onduidelijke resultaten: O.a. Agid e.a., (1999); Kendler e.a., (1992); Luecken, (2008) en Mack, (2001) voorspellen internaliserende problemen in de volwassenheid zoals depressieve stoornissen, angststoornissen, gegeneraliseerde angststoornis, fobieën, paniekstoornis, eetstoornissen en schizofrenie (Foolen & van Rooijen, 2013).

Stikkelbroek et al. (in Spuij, 2012) vinden, met uitzondering van angststoornissen en paniekstoornis, juist weinig samenhang tussen het verliezen van een ouder als kind en de leeftijd waarop psychopathologie zich ontwikkelt.

De overeenkomst tussen deze twee onderzoeken met betrekking tot gevolgen van een ingrijpend verlies op lange termijn zijn de aanwezigheid van angststoornissen en paniekstoornis.

Onderzoek naar therapie voor jongeren met rouw heeft uitgewezen dat therapie weinig effect heeft omdat kinderen en jongeren zelf heel goed in staat zijn om rouw te verwerken. Dit geldt echter niet voor gecompliceerde rouw (Foolen & van Rooijen, 2013).

Als er sprake is van gecompliceerde rouw hebben kinderen en jongeren hulp nodig.

De interventie RouwHulp (Spuij & Boelen, 2014a) is sinds kort beschikbaar voor kinderen en jongeren met gecompliceerde rouw en is interessant. Door deze interventie te bestuderen is het mij duidelijk geworden dat cognitieve gedragstherapie een belangrijk theoretisch-methodisch kader biedt om jongeren met gecompliceerde rouw te helpen.

Daarnaast is, in het weinige onderzoek dat er gedaan is, muziektherapie succesvol gebleken bij rouwverwerking (K. McFerran et al., 2010). Voor muziektherapie is de interventie “Using Orff-based techniques in children’s bereavement groups: A cognitive-behavioural music therapy approach” (Register & Hilliard, 2008) geschreven. Deze therapie laat zien dat muziektherapie gecombineerd kan worden met cognitieve gedragstherapie. Deze interventie is echter ontwikkeld voor kinderen in de rouw, niet met gecompliceerde rouw.

In dit onderzoek wil ik dan ook de vraag stellen op welke manier muziektherapie gecombineerd met cognitieve gedragstherapie ingezet kan worden voor jongeren met gecompliceerde rouw.

# 3. Hoofdvraag, deelvragen en doelstellingen.

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

*In dit hoofdstuk lanceer ik de hoofdvraag, formuleer ik de deelvragen en geef ik de doelstellingen voor mijn onderzoek weer.*

3.1 De hoofdvraag.

|  |
| --- |
| Hoe kan muziektherapie in combinatie met cognitieve gedragstherapie, betekenisvol ingezet worden voor jongeren tussen de 12-18 jaar met gecompliceerde rouw? |

3.2 De deelvragen.

1. Waar hebben rouwende jongeren behoefte aan?
2. Welke interventies worden al ingezet voor jongeren in de rouw en hoe zijn de resultaten?
3. Welk aanbod is er al op het gebied van muziektherapie en hoe zijn de resultaten?
4. Welke doelstellingen en (contra)indicatiestellingen worden er gehanteerd?
5. Welke bijzonderheden worden er over het algemeen in de literatuur over de therapieën gegeven?
	* Vanaf welk moment kan er begonnen worden met de behandeling?
	* Hoe lang duurt een therapeutische behandeling en wat is het aantal sessies?
	* Groepstherapie of individuele therapie?
	* Leeftijd?
6. Op welke manier kan improvisatie een rol spelen in muziektherapie bij jongeren die in de rouw zijn of met rouwverwerkingsproblemen?
7. Op welke manier kan analogie een rol spelen in muziektherapie bij jongeren die in de rouw zijn of met rouwverwerkingsproblemen?
8. Waarom muziektherapie voor rouwende jongeren en niet een andere therapie?

3.3 Doelstellingen.

De module voor muziektherapie in combinatie met cognitieve gedragstherapie voor jongeren tussen de 12-18 jaar met gecompliceerde is van belang voor:

Jongeren met gecompliceerde rouw:

* Het verbreden van het aanbod voor jongeren met gecompliceerde rouw.

Muziektherapeuten:

* Voor het verbreden van het werkveld van muziektherapeuten.
* Voor het verkrijgen van inzicht hoe muziektherapie aan te bieden aan jongeren met gecompliceerde rouw.

**4. Onderzoeksmethoden.**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

*In dit hoofdstuk beschrijf ik de systematiek van het uitvoeren van mijn onderzoek. Tevens geef ik de verantwoording voor de onderzoeksmethoden.*

4.1 Onderzoeksdesign.

Het onderzoek is kwalitatief van aard. Ik verzamel gegevens vanuit de literatuur. Mijn onderzoek is open en flexibel. Dat wil zeggen dat ik gedurende het onderzoek steeds bezig geweest ben met het aanpassen van data en het aanpassen van de structuur. Telkens als ik nieuwe data tegenkwam vergeleek ik deze met wat ik al had en voegde ik de data wel of niet toe (zie bijlage 2a).

4.2 Onderzoekstype.

Mijn onderzoek is een ontwikkelingsonderzoekomdat ik iets nieuws wil ontwikkelen. Mijn module is innovatief omdat er bij mijn weten nog geen muziektherapie bestaat die zich expliciet richt op jongeren met gecompliceerde rouw.

Mijn onderzoek bestaat uit 3 fasen (Migchelbrink, 2006).

* Voorbereidingsfase
* Ontwikkelingsfase
* Implementatiefase
* Voorbereidingsfase:

In de voorbereidingsfase heb ik gezocht naar literatuur over het onderwerp. Ik ontdekte dat er wel al muziektherapie wordt aangeboden voor jongeren in de rouw, maar niet expliciet voor jongeren met gecompliceerde rouw. In de inleiding van dit verslag leg ik uit waarom ik voor gecompliceerde rouw gekozen heb.

De Orff-gebaseerde muziektherapie beschreven in paragraaf 2.2 van dit verslag was interessant omdat er veel met improvisatie wordt gewerkt, maar niet gericht op mijn doelgroep.

De interventie RouwHulp, (Spuij & Boelen, 2014a) was ook interessant, maar bestaat uit cognitieve gedragstherapie en dus geen muziektherapie. Door het bestuderen van deze interventie werd mij wel duidelijk dat cognitieve gedragstherapie een belangrijk theoretisch-methodisch kader biedt om jongeren met gecompliceerde rouw te helpen.

Daarnaast wekten de therapieën met songwriting mijn interesse. Songwriting kan namelijk een positieve invloed hebben op rouwverwerking bij jongeren (Thomas E. Dalton, 2005) omdat songwriting jongeren in staat stelt het verdriet op alle schalen van emoties te kunnen verwerken (Roberts, 2006).

Mijn hypothese was dat als ik bovengenoemde drie interventies (improvisatie, cognitieve gedragstherapie en songwriting) zou combineren ik een succesvolle muziektherapie zou kunnen ontwikkelen voor jongeren met gecompliceerde rouw.

* Ontwikkelfase:

Ik ben op zoek gegaan naar informatie over de mogelijkheden voor het ontwerpen van een interventie en heb uiteindelijk de keuze gemaakt om een module te ontwikkelen.

De module moest:

* praktisch uitvoerbaar zijn
* innovatief zijn
* resultaat opleveren
* de doelgroep aanspreken.

Met de literatuurstudie als basis ontwikkelde ik een module voor improvised songwriting met geïntegreerde cognitieve gedragstherapie als muzikale interventie voor jongeren van 12-18 jaar met gecompliceerde rouw.

Voor het beschrijven van de module maakte ik gebruik van de concepthandleiding interventiebeschrijving vaktherapie van de Federatie Vaktherapeutische Beroepen (2015).

* Implementatie fase:

De conceptmodule legde ik voor aan muziektherapeuten in de praktijk die het voorzagen van feedback. Ik vind het belangrijk dat ik de resultaten van mijn literatuurstudie zoals ik ze verwerkt heb in mijn module heb voorgelegd aan muziektherapeuten. De verkregen feedback verwerkte ik daarna naar eigen inzicht in de module. Dat is een kwaliteitscriterium dat ook de credibility ten goede komt.

4.3 Kwaliteitscriteria.

4.3.1 Credibilitiy.

Mijn literatuurverslag is ontstaan nadat ik data verzameld heb en gerubriceerd naar onderwerp. De rubrieken die ik hanteerde waren: rouw algemeen, therapie en rouw, rouw bij kinderen en jongeren en gecompliceerde rouw.

Nadat ik de literatuur gerubriceerd had ben ik de literatuur gaan lezen. Tijdens het lezen heb ik de tekst verdeeld (geknipt en geplakt) onder de deelvragen (zie bijlage 2a).

4.3.2. Dependebility

Ik merkte dat ik bij het lezen van de eerste artikelen veel aan het “knippen en plakken” was. Naarmate ik meer artikelen had gelezen werd dit steeds minder. Dat vond ik een teken dat ik de belangrijkste informatie intussen verzameld en verdeeld had.

Data die ik daarna nog verzamelde vergeleek ik eerst met wat ik al had. Als de nieuwe data iets toevoegde, voegde ik dat toe aan het verslag (repeated analysis).

4.3.3 Conformability

Nadat ik de gelezen tekst verdeeld had onder de vragen heb ik de tekst waarin een antwoord werd gegeven op mijn deelvragen samengevat en bij elkaar gevoegd. Hierbij lette ik erop dat data die niet te controleren waren weggelaten werden. Bijvoorbeeld: “Het Centraal Bureau voor de Statistiek (2008) meldt dat er 3832 ouders van minderjarige kinderen overleden en dat er meer vaders dan moeders overlijden.” Deze zin heb ik verwijderd omdat ik niet kon achterhalen of het aantal overlijdens over het jaar 2008 gaan of over een andere periode. Ook andere bronnen konden dit niet bevestigen.

4.3.4 Transferability.

Door de data bij elkaar te voegen in bij de juiste deelvraag toe te voegen kreeg ik een overzicht van data die met elkaar overeen kwamen. Voorbeeld: In bijna alle muziektherapieën voor kinderen of jongeren met rouw werd het belang van het uiten van emoties door deze kinderen en jongeren genoemd. Hierdoor kon ik aannemen dat het uiten van emoties een belangrijk aspect van mijn module moest zijn.

4.3.5. Authenticity.

Over het literatuurverslag heb ik feedback gevraagd aan rouwconsulente Gertie Mooren (member checking). Haar feedback is te lezen in bijlage 3a. Wat ik naar aanleiding van deze feedback heb aangepast in het verslag is te lezen in dezelfde bijlage.

4.4 Triangulatie.

De triangulatie bij mijn onderzoek bestaat uit literatuur en feedback en is daardoor niet meer dan een poging.

In de voorbereidingsfase ben ik op zoek gegaan naar muziektherapeuten die ruime ervaring hadden met het werken met jongeren met gecompliceerde rouw. Ik heb geen muziektherapeut kunnen vinden met deze ervaring waardoor ik geen interview af heb kunnen nemen.

Wel heb ik mijn module voorgelegd aan muziektherapeuten uit het werkveld. Hun feedback is de toetsing van mijn module aan de praktijk. Hun feedback heb ik verwerkt in de module (zie bijlage 9b).

Member checking heb ik toe kunnen passen door het literatuurverslag voor te leggen aan een rouwconsulente met veel ervaring met jongeren in de rouw. Haar feedback heb ik verwerkt in het verslag van de literatuur (zie bijlage 3a).

# 5. Resultaten.

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

*In dit hoofdstuk geef ik antwoord op de deelvragen.*

5.1 De behoefte van rouwende kinderen

**Deelvraag 1: Waar hebben rouwende jongeren behoefte aan?**

Worden (in Roberts, 2006) heeft 125 rouwende kinderen in de leeftijd tussen 6 en 17 gevraagd naar hun behoeften en deze op een rijtje gezet:

1. ze willen weten dat ze verzorgd zullen blijven
2. ze willen weten dat zij de dood niet veroorzaakt hebben
3. ze willen beschikken over duidelijke informatie over de dood
4. ze willen belangrijk gevonden worden en betrokken worden
5. ze willen met de gewone dagelijkse routines door blijven gaan
6. ze hebben iemand nodig om naar hun vragen te luisteren
7. ze willen manieren vinden om verbonden te blijven met hun geliefden

5.2 Interventies en resultaten.

**Deelvraag 2: Welke interventies worden al ingezet voor jongeren in de rouw en hoe zijn de resultaten?**

Resultaten van interventies bij jongeren met rouw algemeen:

Er wordt gezegd dat de resultaten van interventies voor jongeren in de rouw zeer gering zijn. Jongeren die behandeld worden met een rouwinterventie blijken niet beter af dan jongeren die deze interventie niet kregen. We willen rouwende jongeren zo graag helpen, dat we alle jongeren die hiermee te maken krijgen een aanbod doen. Dit is echter helemaal niet nodig, de meeste kinderen, jongeren en volwassenen redden het prima zonder extra hulp.

Hoewel de effecten van rouwinterventies klein zijn, blijven deze bij kinderen en jongeren wel op de langere termijn bestaan (Currier et al., geciteerd in Foolen & van Rooijen, 2013).

Omdat de resultaten van de interventies bij jongeren met rouw klein zijn, heb ik verder geen onderzoek gedaan naar behandelprogramma’s voor deze kinderen.

Bij gecompliceerde rouw ligt dat anders:

Grofweg zijn er drie belangrijke categorieën behandelingen te onderscheiden voor en jongeren met rouw- en traumaverwerkingsproblemen: (Spuij & Boelen, 2014b)

(a) Trauma Focused Cognitive Behavioural Therapy (TF-CBT);

Cognitieve gedragstherapie is een mengvorm van cognitieve therapie en gedragstherapie. Cognitieve therapie gaat vooral uit van de invloed van het denken op het gevoelsleven en het doen. In gedragstherapie staat het gedrag centraal; hoe iemand handelt bepaalt in belangrijke mate hoe iemand zich voelt (VGCT, 2015).

(b) Interpersoonlijke Psychotherapie voor Adolescenten (IPT-A);

Interpersoonlijke psychotherapie is een kortdurende, focale, steunende gesprekstherapie specifiek ontworpen voor de behandeling van ambulante depressieve patiënten. IPT is gebaseerd op de gedachte dat veranderingen in het aantal of de aard van belangrijke relaties een depressie kunnen uitlokken bij mensen die daar gevoelig voor zijn (IPT, 2015).

(c) Groepsinterventies voor kinderen in rouw. De inhoud van deze groepsinterventies lopen uiteen van ondersteunende gezinsinterventies, lotgenotencontact tot specifieke methodieken (bijvoorbeeld muziektherapie).

RouwHulp:

Spuij & Boelen (2014b) hebben een cognitief gedragsmatig model ontwikkeld voor kinderen en jongeren in rouw in de leeftijd van 8 tot 18 jaar die een dierbare ander hebben verloren en waarbij de rouwverwerking stagneert (zie schema paragraaf 1.3.3). Het uitgangspunt van het model is dat drie kernprocessen een rouwverwerkingsproces kunnen stagneren:

(a) problemen met het integreren van het verlies met bestaande autobiografische kennis die is opgeslagen in het langetermijngeheugen

(b) negatieve cognities en misinterpretaties van de eigen rouwreacties

(c) angstig en somber vermijdingsgedrag.

Beide laatstgenoemde processen belemmeren het verwerken van een verlies; deze processen leiden ertoe dat het verlies niet geïntegreerd wordt in het autobiografisch langetermijngeheugen van de betrokkene. Het verlies blijft beschikbaar in het werkgeheugen en blijft daardoor voelen als een actuele ervaring.

Spuij en Boelen hebben hun hulp programma als volgt ontwikkeld:

Het eerste deel van de therapie bevat verschillende cognitief gedragstherapeutische technieken, o.a. ontspanningsoefeningen, gevoelenseducatie, cognitieve procedures en exposure via het maken van het traumaverhaal om de traumaverwerking te bevorderen.

In het tweede deel worden verschillende procedures beschreven om de gecompliceerde rouw te verminderen. De verschillende onderdelen die hierboven al werden uitgelegd komen hierin terug.

Resultaten:

Er is al een pilotstudie gepubliceerd waarin de effectiviteit van het protocol werd onderzocht. De resultaten lijken veelbelovend. Het protocol is zeer gebruiksvriendelijk en kan een belangrijke bijdrage leveren bij de therapie aan kinderen en jongeren met een gecompliceerde trauma- en rouwverwerking.

Voor jongeren die wel kampen met gecompliceerde rouw maar zonder posttraumatische

stressklachten zijn voorlopig nog geen evidence-based interventies beschreven (Heyns, 2008).

Currier et al. (in Foolen & van Rooijen, 2013) categoriseerden studies in drie groepen in hun meta-analyse naar interventies voor volwassenen en kinderen. Hieruit blijkt dat alleen voor de geïndiceerde interventies, specifiek gericht op rouwenden die problemen hebben met het verwerken van het verlies, zoals depressie, angst, schuldgevoelens betere effecten werden gevonden.

Ook Rosner et al. (2010) zegt dat rouwbehandeling vooral effect heeft bij gecompliceerde en langdurige rouw. Zij vindt muziektherapie en trauma = rouwgerichte behandeling op school op basis van korte psychotherapie veelbelovend.

5.3 Aanbod muziektherapie en resultaten.

**Deelvraag 3: Welk aanbod is er al op het gebied van muziektherapie en wat zijn de resultaten?**

Orff-based cognitieve gedrags- en muziektherapie:

De groepstherapie voor kinderen in rouw met behulp van Orff-based cognitieve gedrags- en muziektherapie (Register & Hilliard, 2008) bevat een specifieke, gestructureerde procedure om verandering op gang te brengen op de manier zoals Orff based muziektherapie muzikale ervaringen met behulp van improviseren tot stand brengt. De therapie is ontwikkeld door Gertrud Orff (1989) en geeft kinderen in een gestructureerde muzikale omgeving de gelegenheid om succesvol om te gaan met rouw.

De groepstherapie is verdeeld over 8 wekelijkse sessies. De sessies bestaan uit vaststaande onderwerpen maar er is ook ruimte voor de specifieke behoefte van ieder kind. Iedere sessie begint met een begroetingslied of een muzikale improvisatie waarin de leden één voor één begroet worden gevolgd door een terugblik op de vorige sessie. Daarna wordt er een rap gezongen waarin de kinderen duidelijk wordt gemaakt dat alles wat er in de groep besproken wordt vertrouwelijk is.

Iedere week wordt er een nieuw onderwerp geïntroduceerd. Dit wordt gepresenteerd met behulp van een lied of een interventie. De onderwerpen zijn gericht op identificatie, het hart luchten en bevestiging. Iedere sessie wordt afgesloten met een lied of met een interventie die er op gericht is een probleem op te lossen dat tijdens deze sessie naar voren is gekomen. De kinderen krijgen een huiswerk opdracht om gedurende de week erop gericht te blijven gedragspatronen te veranderen.

Hier volgt een overzicht van de inhoud van de sessies per week:

Week 1:

De eerste sessie is gericht op kennismaking en het vaststellen van de richtlijnen. Het normaliseren van het rouwproces en de herkenning dat kinderen niet alleen zijn in hun rouw is een belangrijk onderdeel. Om te voorkomen dat ze zich na 8 weken verloren of in de steek gelaten voelen, wordt hen in de eerste sessie duidelijk gemaakt dat na 8 weken de sessies beëindigen.

Week 2:

De tweede sessie staat in het teken van informatie over rouwverwerking. Misleidende mythes worden verhelderd en de kinderen leren de cyclus van geboorte tot dood begrijpen.

Week 3.

Het doel van deze sessie is om verandering te bespreken in relatie tot de dood. Voor iedereen worden de veranderingen die door de dood teweeg zijn gebracht besproken.

Voorbeeld van een interventie in week 3:

Een spreektekst wordt 3 stemmig ingeoefend en kan eventueel ondersteund worden door klappen of kleine ritmische instrumenten.

Naar aanleiding van de spreektekst kan er een gesprek gevoerd worden.

Week 4 en 5:

De gevoelens over het verlies worden besproken. In week 4 verdriet en in week 5 boosheid. Hoe uiten de kinderen deze emoties? Hoe geven ze de emoties een functie in hun leven? De kinderen leren hoe met deze emoties om te gaan. Bijvoorbeeld met behulp van de volgende interventie:

Er wordt uitgegaan van een gedicht. De groep leest het hele gedicht samen. Bij ieder woord met een symbool verzinnen de kinderen een passende bodysound. Daarna word het gedicht gelezen en worden de bodysounds vervangen door de staaf instrumenten van Orff. Er wordt geluisterd naar de instrumenten; welke kleur heeft het geluid, bij welk onderdeel van het gedicht past het?

Na oefening laten de kinderen een intro horen op de instrumenten, wordt het gedicht voorgelezen met verbuigingen van de stem. Daarna wordt het gedicht voorgelezen met ondersteuning van de instrumenten en als laatste worden alleen de instrumenten bespeeld. Een uitbreiding van deze interventie bestaat eruit dat de kinderen het gedicht aanvullen met eigen emoties.

Week 6:

De nadruk ligt op herinnering. Zowel positieve als negatieve herinneringen aan de overledene worden gedeeld.

Week 7 en 8:

In deze laatste twee weken wordt gekeken hoe de kinderen in de toekomst om kunnen gaan met hun verdriet. Er wordt een contract afgesloten met de kinderen en wordt er gesproken over identificatie en het bevestigen van het nieuwe contact dat ze met elkaar de afgelopen 8 weken opgebouwd hebben. Het is belangrijk om terug te kijken op wat ze samen als groep beleefd hebben en hoe ze elkaar gesteund en geholpen hebben en wat ze voor elkaar betekend hebben.

Voorbeeld van een interventie in week 7 en 8:

In deze interventie wordt het boek van Judith Voirst, “dat is heel wat voor een kat” dat gaat over de dood van een huisdier, als uitgangspunt gebruikt. De therapeut introduceert een 3 tonig muzikaal thema dat ondersteund wordt door gebaren en improvisatie. De emoties die bij de karakters passen die in het boek voorkomen worden gespeeld op diverse ritmische instrumenten. Zo wordt het boek verteld en gespeeld met als steeds terugkerend het 3 tonig thema dat in het begin van de sessie werd gespeeld.

Een vervolg hierop kan zijn dat de kinderen op dezelfde manier hun eigen verhaal gaan schrijven en samen uitvoeren. Eventueel kunnen de ouder(s) uitgenodigd worden om te komen luisteren.

Songwriting (Roberts, 2006).

Een lied schrijven geeft kinderen en jongeren de kans om hun verhaal te vertellen, of liever, te zingen. Kinderen en jongeren kunnen het moeilijk vinden om hun verdriet te uiten. Songwriting lijkt het voor de kinderen en jongeren gemakkelijker te maken. De song kan opgenomen worden en de cd kan als een tastbare herinnering functioneren aan hun geliefde wat kan helpen in het rouwproces.

Er zijn 4 soorten songwriting gedefinieerd:

1. Een nieuwe tekst maken op een bestaande melodie:

Een voordeel hiervan is dat het minder eisen stelt aan de muzikale bekwaamheden van de cliënt en er ontstaat onmiddellijk een product. Door het schrijven van de tekst kunnen de kinderen en jongeren hun overleden geliefde herdenken. Daarnaast zorgt het schrijven van een lied voor toename van gevoel van eigenwaarde, creatieve zelfexpressie en plezier

1. Computerbased songwriting met gebruik making van een computer programma:

Kinderen vanaf 5 jaar vinden computerbased songwriting aantrekkelijk en vertrouwd. Apparatuur dat gebruikt kan worden zijn o.a. een keyboard, een laptop met een songwritingprogramma en eventueel een Sony minidisc recorder om de songs op te nemen.

Met behulp van een computerprogramma worden kinderen in staat gesteld eigen muziek te componeren. Bij de muziek kunnen ze een eigen tekst maken. Diverse stijlen kunnen worden opgenomen, variërend van hard rock tot hip hop, rap, soul, funk en techno.

Computerbased songwriting stelt kinderen in staat om hun verhaal te vertellen, hun emoties te uiten en om coping-vaardigheden te ontwikkelen.

1. Original songwriting: er wordt een complete nieuwe compositie inclusief tekst geschreven:

Deze manier van songwriting vergt veel tijd en vereist bepaalde muzikale vaardigheden. Deze vorm van songwriting is vooral populair bij jongeren.

1. Improvised songwriting: al improviserende ontstaat er een lied:

Traditioneel gezien werden improviseren en songwriting als afzonderlijke muziektherapeutische interventies gezien. Nu worden deze twee interventies steeds vaker door muziektherapeuten gecombineerd. Geïmproviseerde songwriting ondersteunt de behoefte van jonge kinderen om via spel verlies te begrijpen en verdriet via symbolisch spel, creatie en exploratie een plek te geven. Vooral jonge kinderen (2 t/m 11 jaar) kunnen genieten van geïmproviseerde songwriting vanwege hun ongeremde karakter. Het verschil met improviseren bestaat hieruit dat de “songs” die ontstaan tijdens het improviseren worden opgenomen en daar door een blijvend karakter krijgen.

In het artikel “music therapy with bereaved youth, expressing grief en feeling better” verhaalt Katrina McFerran (2011) over haar onderzoek naar twee muziektherapieën voor rouwende jongeren.

De eerste therapie is gebaseerd op songwriting en bestond uit een zeven weken durende songwriting muziektherapie die 60-90 min duurde per sessie.

De eerste sessie was een oriëntatie voor de groep en het proces voor de komende zeven weken werd uitgelegd. Sessies twee tot zes waren gericht op de vijf gebieden van rouw: begrip, voelen, herinneren, integreren en groeien (Thomas E. Dalton, geciteerd in McFerran, 2011). Sessie zeven was voor de afsluiting en beëindiging.

In elke sessie werden de leden van de groep in verschillende technieken van het componeren begeleid. De teksten baseerden ze op hun eigen ervaringen. Bij het ten gehore brengen van het lied werden leden van de groep bijgestaan ​​door muzikanten in het spelen van verschillende instrumenten en het maken van keuzes in ritmische patronen, akkoordenschema's, en diverse muzikale stijlen.

De leden van de groep kozen hun eigen instrument om hun lied van een “solo” te voorzien. De groep luisterde naar en reageerde op elkaars muziek wat een positief effect had op het songwriting proces.

Een lied dat af was werd opgenomen op CD of cassette voor leden van de groep, zodat ze het in de loop van de week konden beluisteren voordat de volgende sessie plaatsvond.

Sessie zeven vond plaats op een bijzondere locatie in de door de deelnemers gekozen provincie. Deze laatste sessie was een herdenking en viering van het leven van hun dierbaren. Locaties waren o.a. het strand, een park, de weide van het rouw centrum of een speciale plek op school. De herdenking vormde een erkenning en afsluiting van het werk dat zij in het zeven weken durende programma hadden volbracht. Het werd een herdenking vol rituelen, liederen, muziek, gedichten en foto's. Deze vertegenwoordigden hun gedachten en gevoelens over de steun die ze de afgelopen weken hebben ervaren.

De tweede therapie is gebaseerd op improvisatie en receptieve muziektherapie:

Improvisatie in groepstherapie geeft de jongeren de vrijheid om hun emoties te uiten en zodoende zichzelf te veranderen. Ook het luisteren naar elkaar werd in dit verband als zeer zinvol ervaren. Bij de receptieve muziektherapie werd de muziekvoorkeur van de jongeren gebruikt als een bron voor het uiten van hun identiteit alsook voor het uiten van hun gevoelens over het verlies.

Resultaten:

Informeel onderzoek heeft uitgewezen dat kinderen heel positief reageren op de Orff-gebaseerde cognitieve gedragstherapie. Ze reageren positief op de structuur, de interventies, de gesprekken, en het maken van muziek. De interventies benaderen de kinderen op een creatieve en actieve manier.

Als kinderen zich veilig voelen tijdens de groepssessies zullen ze vele malen in een korte tijd steeds een klein stukje van hun ervaring delen (Register & Hilliard, 2008).

Songwriting kan een positieve invloed hebben op rouwverwerking bij jongeren (Thomas E. Dalton, 2005). Onderzoekers hebben 123 nummers, geschreven door nabestaande adolescenten geanalyseerd. Uit deze analyse kwamen 5 aspecten van songwriting naar voren:

a) begrip

b) gevoel

c) herinnering

d) integratie

e) groei.

Daarnaast kwam in het onderzoek naar voren dat songwriting de deelnemers in staat stelt het verdriet op alle schalen van emoties te kunnen verwerken. (Roberts, 2006)

Songwriting, improvisatie en receptieve muziektherapie, biedt een kans voor preventie van psychische problemen. Jongeren die deelnamen aan muziektherapie voelden zich beter omdat ze de mogelijkheid hadden om met behulp van leuke, creatieve muzikale activiteiten hun emoties te uiten. Dit leidde tot ontspanning waardoor ze zich gelukkiger voelden en verder konden gaan met hun leven. Dit proces zou zich in theorie ook met behulp van beeldende therapie, danstherapie en drama therapie kunnen voltrekken (McFerran, 2011).

5.4 Doelstellingen en (contra)indicaties.

**Deelvraag 4: Welke doelstellingen en (contra)indicatiestellingen worden er gehanteerd?**

Doelstellingen:

Rouwhulp (Spuij & Boelen, 2014a):

* Kinderen en jongeren informeren over rouw en verliesverwerking.
* Kinderen en jongeren laten stilstaan bij de eigen gevoelens.
* Kinderen en jongeren leren hoe ze zich beter kunnen gaan voelen.
* Kinderen en jongeren inzicht geven in invloed van denken en doen op hoe ze zich voelen.
* Kinderen en jongeren leren omgaan met moeilijke situaties die betrekking hebben tot hun verlies.

Orff based muziek therapie (Register & Hilliard, 2008):

* Kinderen in rouw krijgen te maken met diverse uiteenlopende emoties, afname van sociale contacten, vervormde gedachten en gedragsproblemen. Met behulp van de Orff – based muziektherapie kunnen kinderen werken aan hun emotionele genezing door positieve sociale relaties op te bouwen, hun gedachten opnieuw te vormen waardoor er een afname van gedragsproblemen bewerkstelligd wordt.

Songwriting (Dalton & Krout, 2005):

* Door middel van songwriting kunnen jongeren hun verdriet uiten. Een opname van het lied kan als een tastbare herinnering functioneren aan hun dierbare wat kan helpen in het rouwproces.

Indicatiestelling:

Voor volwassenen hanteert Keizer (2013) de volgende behandelindicaties:

* Er moet een rouw gerelateerde hulpvraag zijn
* De cliënt heeft minimaal 6 maanden een hoog niveau van rouwsymptomen
* Er is een klinische significant lijden, of stoornis op sociaal-, beroeps-, of ander belangrijk gebied’
* Er is geen verbetering geweest in de loop van het rouwproces (bij herhaalde metingen)
* Er zijn aanwijzingen voor vroegere hechtingsproblemen
* Er zijn problemen in de gezinscommunicatie
* De cliënt heeft een ernstige mate van hopeloosheid of suïcide ideatie: Het actief denken aan of overwegen van suïcide of een suïcidepoging als gedrag om ervaren problemen te verminderen of op te lossen. (Rider, onbekend).

Contra-indicaties:

Rouwhulp (Spuij & Boelen, 2014a):

* als er sprake is van een vorm van autisme, ernstige vormen van ADHD of andere gedragsstoornissen, of van een verstandelijke handicap.
* als er gelijktijdig andere psychosociale hulp wordt ontvangen.
* alcohol en/of drugsmisbruik door kind of ouder(s).

5.5 Bijzonderheden over de therapie.

**Deelvraag 5: Welke bijzonderheden worden er over het algemeen in de literatuur over de therapieën gegeven?**

Vanaf welk moment kan er begonnen worden met de behandeling?

Onderzoek is niet duidelijk over het moment dat een interventie het beste kan worden ingezet. Uit een meta-analyse van Rosner en collega’s (2010) blijkt dat interventies meer effect hebben als het overlijden langer geleden is. Echter, uit de meta-analyse van Currier en collega’s (2007) blijken de resultaten slechter als interventies meer dan anderhalf jaar na het overlijden worden ingezet. De onderzoekers menen dat dit komt doordat kinderen zo lang na het overlijden al een heel rouwproces hebben doorlopen, waardoor een interventie weinig toegevoegde waarde meer heeft.

De meeste kinderen starten ongeveer anderhalf jaar na het overlijden met de behandeling. (Foolen & van Rooijen, 2013). Deze conclusie komt overeen met de bevindingen van Spuij en Boelen (2014b). Zij starten de behandeling niet eerder dan zes maanden na het verlies. Dit sluit aan bij de criteria van Persistente Complexe Rouwstoornis (PCRS) die in de DSM-5 zijn geformuleerd.

Hoe lang duurt een therapeutische behandeling en wat is het aantal sessies?

* Het onderzoek van Foolen en collega (2013) wijst uit dat 12 van de 13 studies gebruik maakt van groepstherapie, bestaande uit gemiddeld 8 wekelijkse sessies.
* Songwriting: zeven weken durende muziektherapie van 60-90 min. per sessie.
* Rouwhulp (Spuij & Boelen, 2014a):

9 Sessies van 45 minuten die bij voorkeur wekelijks plaatsvinden.

Daarnaast zijn er 5 (2-wekelijkse) sessies ouderbegeleiding die 45-60 minuten duren.

* Orff-based cognitieve gedragsmuziektherapie: (Register & Hilliard, 2008)

Groepstherapie verdeeld over 8 wekelijkse sessies.

Verband tussen duur en aantal van de sessies en het resultaat:

* In studies waarin de kinderen in totaal 17 uur of meer behandeling kregen, waren de resultaten het best. De resultaten waren het slechtst voor de groep die minder dan 9 uur behandeling kreeg (Foolen & van Rooijen, 2013).
* Currier et al. (in Rosner et al., 2010) vonden geen significante correlatie van aantal sessies of totale interventietijden ten opzichte van het resultaat van de behandeling.

Groepstherapie of individuele therapie?

Studies hebben uitgewezen dat jongeren in de rouw veel baat hebben bij groepstherapie. In een groep kunnen jongeren:

1. Het verdriet delen
2. Hun gevoelens uiten
3. Verdriet herkennen bij anderen
4. Elkaar steunen

Hierdoor kan het gevoel van eenzaamheid afnemen (Blanche & Smith, 2000; Wilkinson, 2001; Roberts, 2006).

Om inzicht te krijgen in het eigen rouwproces kan het belangrijk zijn om het verdriet te herhalen. Daarom kan het zijn dat voor sommige kinderen individuele therapie meer geschikt is. Een combinatie van groeps- en individuele therapie is een goed alternatief (Roberts, 2006).

Leeftijd:

Interventies voor rouwverwerking zijn even effectief voor kinderen jonger dan twaalf jaar als voor kinderen ouder dan twaalf jaar (Rosner et al., in Foolen & van Rooijen, 2013).

5.6 De rol van improvisatie.

**Deelvraag 6: Op welke manier kan improvisatie een rol spelen in muziektherapie bij jongeren die in de rouw zijn of met rouwverwerkingsproblemen?**

Improvisatie is de essentie van muziektherapie. Iedereen kan improviseren. Alle muziek is ontstaan vanuit improviseren (Wigram, 2004). Improviseren is het voortdurend zoeken naar vormgeving en vormverandering. Deze vormgeving laat zien hoe iemand met gecompliceerde rouw met de werkelijkheid omgaat (Tüpker en Lenz, 1998).

Bij de Bruscia technieken staat de interactie centraal (Bruscia, 1987). De muzikale componenten: dynamiek, ritme, klank, melodie en vorm verwijzen naar een psychologisch gebied (Hegi, 1998, 1986). Improvisatie is het meest belangrijke methodisch gereedschap in de muziektherapie voor communicatie, dialoog en transfer. Impliciete belevingen krijgen door de improvisatie een verhoogde kans om tot expressie en communicatie te komen (Ruud, 1998).

Alvin en Priestly (Wigram, 2004) kwalificeren improvisatie als volgt: Improvisatie is het totaal vrij gebruik maken van klanken en muziek die niet vooraf gecomponeerd zijn. Het geeft vrijheid door niet voorgeorganiseerd te zijn en vereist geen muzikale vaardigheden of trainingen en wordt niet aan de hand van muzikale criteria geëvalueerd. De therapeut geeft geen voorzet vooraf ten aanzien van muzikale regels, restricties, richtlijnen, behalve als de cliënt deze nodig heeft. Improvisatie vormt de sleutel voor het contact tussen therapeut en cliënt.

Vaardigheden van de muziektherapeut:

* De muziektherapeut moet een vaardige en eclectische muzikant zijn. Volgens Bergstroem-Nielson ( 2004) moet de muziektherapeut mee kunnen doen in de gekte en de muzikale clichés en in staat zijn deze te doorbreken.
* Arnason (2003) zegt dat de muziektherapeut spontaan moet zijn, moet kunnen spelen en risico’s moet durven aangaan.

Effect van improvisatie:

* Improvisatie verbetert de communicatie, de expressieve vormgeving en de emotionele beleving. In de psychiatrie geeft dit de cliënten met een geringe Ik-sterkte en emotioneel vlakke cliënten de mogelijkheid de intensiteit van alledaagse ervaringen te vergroten. De jongere met gecompliceerde rouw kan tijdens het improviseren emotionele overgangen helder krijgen.
* De vrije improvisatie met de stem geeft de mogelijkheid te ervaren hoe het is over grenzen en normen heen te stappen. Voor jongeren met gecompliceerde rouw kan stemimprovisatie leiden tot zeer authentieke ervaringen.

5.7 De rol van analogie.

**Deelvraag 7: Op welke manier kan analogie een rol spelen in muziektherapie bij jongeren die in de rouw zijn of met rouwverwerkingsproblemen?**

Analogie in de muziektherapie (Beele-Teeuwen, 2014):

Frohne-Hageman: “de bouwstenen van de muziek (melodie, klank, ritme, dynamiek en vorm) zijn analogieën van de wijze waarop we denken, voelen en handelen“.

Analogie in de muziektherapie houdt enerzijds in dat er een verband bestaat tussen de psychische stoornis of beperking (gecompliceerde rouw) en de manier waarop de cliënt zich uitdrukt in de muziek. Anderzijds is het mogelijk om door middel van muzikale processen psychische processen in gang te zetten die tot verbetering, ontwikkeling, stabilisatie en acceptatie leiden.

Door het veranderen van de parameters van de waarneming helpt de muziektherapeut de cliënt met het veranderen van de vitality affects van het gevoel. Bijvoorbeeld: de jongere met gecompliceerde rouw kan door middel van accelerandi en crescenti gestimuleerd worden andere vitality affects te ervaren.

De muziekimprovisatie gaat gepaard met gesprekken waarin de analoge beleving van de cliënt wordt uitgediept. Dit kan op fenomenologische wijze gebeuren (door te beschrijven wat er in de psyche in de muziek is gebeurd) of op de hermeneutische wijze, door aan de improvisatie verder reikende interpretaties te verbinden.

Het analogieconcept heeft als consequentie dat muziek therapeutische methoden afgestemd moeten zijn op de specifieke eigenschappen van de psychische stoornis of beperking, in dit geval: gecompliceerde rouw.

In receptieve muziektherapie fungeren de gecomponeerde muzikale patronen als de verklanking van vitality affects die in het kernzelf van de persoon klinken of kunnen klinken. De typische structuren en processen van gecomponeerde muziek nodigen de luisteraar uit bepaalde hiermee overeenkomende vitality affects te ervaren.

De muzikale patronen en de patronen van de vitality affects komen door dezelfde parameters (ritme, tempo, dynamiek, melodie, harmonie, vorm) tot stand en zijn daardoor identiek (analoog) aan elkaar; wat de luisteraar in zijn kernzelf voelt, hoort hij in de muziek en omgekeerd.

In de actieve muziektherapie creëren cliënten en muziektherapeut al improviserend hun eigen muzikale analogieën. Ook hierbij is er een samengaan van wat innerlijk gevoeld wordt en de muzikale processen waartoe de parameters uitnodigen. Bij actieve muziektherapie speelt de analogie zich tevens af in de muzikale intersubjectiviteit, in de muzikale interactie en communicatie tussen de partners.

Samenvattend:

Muziektherapie kan zinvol ingezet worden als er een analogie bestaat tussen de problematiek van de cliënt (gecompliceerde rouw) en muzikale processen, zodat de problematiek beïnvloed kan worden door sturing van het muzikale proces (beroepsprofiel van de Muziektherapeut, in Smeijsters, 2008).

5.8 Waarom muziektherapie?

**Deelvraag 8: Waarom muziektherapie voor rouwende jongeren en niet een andere vorm van therapie?**

Het antwoord op deelvragen 3 en 6 geven volgens mij een antwoord op de vraag waarom muziektherapie een goede vorm van therapie is voor jongeren in de rouw. Improvisatie in combinatie met songwriting geven de jongeren kansen om hun emoties te uiten en hun verlies een plek te geven. Als dit in combinatie met cognitieve gedragstherapie de jongere kan helpen het verlies onder ogen te zien kan het verlies geïntegreerd worden in het autobiografisch langetermijngeheugen waardoor de gecompliceerde rouw ophoudt te bestaan.

Hierbij kan analogie door de muziektherapeut ingezet worden om het proces van de jongere te ondersteunen en bij te sturen.

# 6. Conclusie.

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

6.1 Probleemstelling.

De probleemstelling was:

Onderzoek naar therapie voor kinderen en jongeren met rouw heeft uitgewezen dat therapie weinig effect heeft omdat kinderen en jongeren zelf heel goed in staat zijn om rouw te verwerken. Dit geldt echter niet voor gecompliceerde rouw (Foolen & van Rooijen, 2013).

Als kinderen en jongeren maanden na het overlijden nog steeds het verlies ontkennen, terugvallen naar een eerder ontwikkelingsstadium, sterke angsten en fobieën ontwikkelen of last hebben van overdreven schuldgevoelens, langdurige apathie of een karakterverandering (Uniken-Venema, 2005), dan is er sprake van gecompliceerde rouw en hebben ze hulp nodig.

De interventie RouwHulp (Spuij & Boelen, 2014a) is sinds kort beschikbaar voor kinderen en jongeren met gecompliceerde rouw en is interessant. Door deze interventie te bestuderen is het mij duidelijk geworden dat cognitieve gedragstherapie een belangrijk theoretisch-methodisch kader biedt om jongeren met gecompliceerde rouw te helpen.

Daarnaast is, in het weinige onderzoek dat er gedaan is, muziektherapie succesvol gebleken bij rouwverwerking (K. McFerran et al., 2010). Voor muziektherapie is de interventie “Using Orff-based techniques in children’s bereavement groups: A cognitive-behavioural music therapy approach (Register & Hilliard, 2008) geschreven. Deze therapie laat zien dat muziektherapie gecombineerd kan worden met cognitieve gedragstherapie. Deze interventie is echter ontwikkeld voor kinderen in de rouw, niet met gecompliceerde rouw.

In dit onderzoek wilde ik dan ook de vraag stellen op welke manier muziektherapie gecombineerd met cognitieve gedragstherapie ingezet kan worden jongeren met gecompliceerde rouw.

Dit leidde tot de volgende hoofdvraag:

|  |
| --- |
| Hoe kan muziektherapie in combinatie met cognitieve gedragstherapie, betekenisvol ingezet worden voor jongeren tussen de 12-18 jaar met gecompliceerde rouw? |

6.2 Conclusie:

Het is belangrijk om de behoeftes van jongeren te verwerken in de module.

De resultaten van therapieën voor kinderen in de rouw zijn gering. De resultaten van therapieën voor kinderen en jongeren met gecompliceerde rouw lijken door de combinatie met cognitieve gedragstherapie veelbelovend. Het uitgangspunt van de cognitieve gedragstherapie “RouwHulp” (Spuij & Boelen, 2014b) is dat drie kernprocessen een rouwverwerkingsproces kunnen stagneren:

(a) problemen met het integreren van het verlies met bestaande autobiografische kennis die is opgeslagen in het langetermijngeheugen

(b) negatieve cognities en misinterpretaties van de eigen rouwreacties

(c) angstig en somber vermijdingsgedrag.

Beide laatstgenoemde processen belemmeren het verwerken van een verlies; deze processen leiden ertoe dat het verlies niet geïntegreerd wordt in het autobiografisch langetermijngeheugen van de betrokkene. Het verlies blijft beschikbaar in het werkgeheugen en blijft daardoor voelen als een actuele ervaring.

Orff-based cognitieve gedrags- en muziektherapie (Register & Hilliard, 2008) bevat een specifieke, gestructureerde procedure om verandering op gang te brengen en geeft kinderen met behulp van improvisatie en cognitieve gedragstherapie de gelegenheid om succesvol om te gaan met rouw. Bij deze therapie krijgen de kinderen huiswerk mee naar huis.

Songwriting, improvisatie en receptieve muziektherapie, bieden een kans voor preventie van psychische problemen.

Er zijn 4 soorten songwriting gedefinieerd (Roberts, 2006):

1. Een nieuwe tekst maken op een bestaande melodie
2. Computerbased songwriting
3. Original songwriting
4. Improvised songwriting

Songwriting geeft kinderen en jongeren de kans om hun verhaal te vertellen (Roberts, 2006) en kan een positieve invloed hebben op rouwverwerking bij jongeren (Dalton& Krout, 2005). Jongeren kunnen het moeilijk vinden om hun verdriet te uiten. Songwriting lijkt het voor de jongeren gemakkelijker te maken en stelt de deelnemers in staat het verdriet op alle schalen van emoties te kunnen verwerken (McFerran, 2011). De song kan opgenomen worden en de cd kan als een tastbare herinnering functioneren aan hun geliefde wat kan helpen in het rouwproces.

Traditioneel gezien werden improviseren en songwriting als afzonderlijke muziek therapeutische interventies gezien. Nu worden deze twee interventies steeds vaker door muziektherapeuten gecombineerd. Het verschil met improviseren bestaat hieruit dat de “songs” die ontstaan tijdens het improviseren worden opgenomen en daar door een blijvend karakter krijgen

Improvisatie in groepstherapie geeft jongeren de vrijheid om hun emoties te uiten en zodoende zichzelf te veranderen. Ook het luisteren naar elkaar wordt in dit verband als zeer zinvol ervaren. Met improvisatie werk je met iets dat nog geen vorm of kader heeft. Improvisatie moet onvoorspelbaar zijn om iets te kunnen betekenen voor de behandeling. Het is belangrijk voor de emotionele beleving, communicatie, dialoog en transfer en het kan cliënten helpen tot expressie en communicatie te komen. Iedereen kan improviseren (Wigram, 2004). Een improvisatie wordt niet beoordeeld als goed of slecht en door bijvoorbeeld te improviseren met je stem kun je ervaren hoe het is over grenzen en normen heen te stappen.

Bij de receptieve muziektherapie wordt de muziekvoorkeur van de jongeren gebruikt als een bron voor het uiten van hun identiteit alsook voor het uiten van hun gevoelens over het verlies.

Jongeren die deelnamen aan muziektherapie voelden zich beter omdat ze de mogelijkheid hadden om met behulp van leuke, creatieve muzikale activiteiten hun emoties te uiten. Dit leidde tot ontspanning waardoor ze zich gelukkiger voelden en verder konden gaan met hun leven. Dit proces zou zich in theorie ook met behulp van beeldende therapie, danstherapie en drama therapie kunnen voltrekken (McFerran, 2011).

De feiten dat analogie inhoudt in dat er een verband bestaat tussen de gecompliceerde rouw en de manier waarop de jongere zich uitdrukt in de muziek en dat het mogelijk is om door middel van muzikale processen psychische processen in gang te zetten die tot verbetering, ontwikkeling, stabilisatie en acceptatie leiden zouden van belang kunnen zijn bij de ontwikkeling van de module.

De doelstellingen voor de aangeboden interventies liggen op het gebied van informatie verschaffing, uiten van gevoelens en inzichtgeven in, en om leren gaan met het eigen verdriet.

Om deel te nemen aan een behandeling moet de jongeren een diagnose hebben voor gecompliceerde rouw (Keizer, 2013).

(Spuij & Boelen, 2014a) vinden dat er niet deelgenomen kan worden aan de behandeling als er bij de jongere een (andere) gedragsstoornis aanwezig is, als er gelijktijdig andere psychosociale hulp wordt ontvangen en als er alcohol en/of drugsmisbruik plaatsvindt door kind of ouder(s).

Bijzonderheden over de therapieën:

* Behandeling niet eerder starten dan 6 maanden na het verlies (Spuij en Boelen, 2014b).
* De meeste therapieën worden in groepsverband gegeven.
* Therapieën bestaan gemiddeld uit 8 wekelijkse sessies.
* De resultaten waren het slechts voor groepen die minder dan 9 uren behandeling kregen (Foolen & van Rooijen, 2013).

6.3 Samenvatting.

Op de vraag hoe muziektherapie in combinatie met cognitieve gedragstherapie betekenisvol ingezet kan worden voor jongeren tussen de 12 en 18 jaar met gecompliceerde rouw heb ik geen duidelijk antwoord kunnen vinden.

Wel is duidelijk geworden dat zowel muziektherapie als cognitieve gedragstherapie belangrijke onderdelen kunnen zijn voor een succesvolle therapie.

De muziektherapie zou dan kunnen bestaan uit improvised songwriting omdat zowel improvisatie als songwriting worden beschreven als zeer zinvolle onderdelen van therapieën voor jongeren met rouw.

De cognitieve gedragstherapie zal voornamelijk als apart onderdeel van de therapie aangeboden worden.

# 7. Aanbevelingen.

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Vervolgonderzoek:

In dit onderzoek is geen onderscheid gemaakt tussen het soort verlies; ouder, broer, zus, opa, oma,…. Het kan zijn dat verschillende typen verlies om verschillende interventies vragen.

Ook is er geen onderscheid gemaakt tussen de manier waarop het verlies heeft plaats gevonden; dood ten gevolge van ziekte, ongeluk, ouderdom, doodslag of zelfdoding. Ook dit kan om verschillende soorten interventies vragen.

Volgens Foolen en van Rooijen (2013) is er nog maar weinig onderzoek gedaan naar gecompliceerde rouw bij kinderen en jongeren. Om in de therapie rekening te kunnen houden met bovenstaande soorten verlies en de manier waarop verlies heeft plaats gevonden zal er meer onderzoek gedaan moeten worden naar dit onderwerp.

Om triangulatie toe te passen zou ik in de toekomst alsnog muziektherapeuten met ervaring in het werken met jongeren met gecompliceerde rouw willen interviewen.

Preventie:

Dit onderzoek gaat over jongeren met gecompliceerde rouw. Als jongeren weten dat er open over de dood gepraat mag en kan worden en hoe ze dat aan kunnen pakken kan het hen helpen wanneer ze in een verlies situatie terecht komen.

Onderzoek moet nog uitwijzen of bijvoorbeeld voorlichting over dood en verlies op scholen preventief kan werken voor gecompliceerde rouw bij jongeren.

# \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Literatuurlijst.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

K. McFerran et al. (2010). Music therapy with bereaved teenagers, a mixed method perpective. *Death Studies*, pp. 541-565.

Beele-Teeuwen, M. v. (2014, April). Methodische thematisering. Amersfoort.

Boelen, P., van den Hout, M. A. en van den Bout J. (2006). A cognitive-behavioral conceptualization of complicated grief. *Clinical Psychology: Science and Practice*, p. 109-128.

Bruscia, K. E. (1987). *Improvisatietechnieken.* Springfield: Charles C. Thomas.

Dalton& Krout. (2005). Development of the Grief Process Scale through music therapy songwriting with bereaved adolescents. *The arts in psychotherapy*, 131-143.

De Bil, M., & De Bil, P. (2006). *Praktijkgericht ontwikkelingspsychologie. Van wieg tot hangplek; de ontwikkeling van 0 tot 18 jarigen.* Soest: Uitgeverij Nelissen.

Dillen, L. (2007, december 4). Kinderen in rouw. Rouwsluiers ontsluierd? *Tijdschrijft Klinische Psychologie, 37e jaargang*, 249-264.

Fiddelaers-Jaspers, R. (2014). *Jong verlies.* Utrecht: Ten Have.

Fiddelaers-Jaspers, R. (2014). *Rouwen, jong geleerd is oud gedaan.* Opgeroepen op maart 9, 2015, van Expertisecentrum omgaan met verlies: http://www.rietfiddelaers.nl/

Foolen, N., & van Rooijen, K. (2013, februari). *Wat werkt bij rouwverwerking.* Opgeroepen op Maart 24, 2015, van Nederlands Jeugd Instituut: http://www.nji.nl

Heyns, E. (2008). Traumaverwerking en rouw bij kinderen en adolescenten. *NedKAD/Silhouet*, p. 18-22.

IPT, V. (2015, April 11). *Vereniging IPT Nederland*. Opgeroepen op April 11, 2015, van Vereniging IPT Nederland: http://www.iptnederland.nl/pages/nl/wat-is-ipt

Keirse, M. (2014). *Kinderen helpen bij verlies, een boek voor al wie van kinderen houdt.* Tielt: Uitgeverij Lannoo nv.

Keirse, M., & Kuijper, M. (2010, 8 10). *Nederlands jeugdinstituut.* Opgeroepen op Mei 30, 2015, van Rouw, landelijke richtlijn, versie 2.0: http://www.nji.nl/nl/Landelijke-richtlijn-rouw.pdf

Keizer, J. d. (2013, Mei 13). Diagnostiek en behandeling van complexe rouw. Groningen.

*Landelijk Steunpunt Rouw*. (sd). Opgeroepen op mei 9, 2015, van Landelijk Steunpunt Rouw: http://www.landelijksteunpuntrouw.nl/2013-02-06-08-02-27/rouwmodellen

Maarel, L. v. (2014, Mei 16). Even stilstaan bij jongeren en rouw. Apeldoorn: Monuta.

McFerran, K. (2011). Muscic therapy with bereaved youth, expressing grief and feeling better. *The prevention researcher*, p. 17-20.

Migchelbrink, F. (2006). *Praktijkgericht onderzoek in zorg en welzijn.* Amsterdam: SWP.

Pennings, A. W. (2001). *Leven duurt een leven lang.* Nijmegen: eigen beheer.

Register & Hilliard. (2008). Using Orff-based techniques in children’s bereavement groups:A cognitive-behavioral music therapy approach. *The Arts in Psychotherapy*, p. 162–170.

Rider. (onbekend). *Suïcide.* Opgeroepen op april 8, 2015, van Oase: http://www.home.zonnet.nl/jelnet/Gestoord%20gedrag/suicide.htm

Roberts, M. (2006). I want to play and sing my story”: home-based songwriting for bereaved children and adolescents. *Australian Journal of Music Therapy*, p. 18-34.

Rosner R. et al. (2010). A meta-analysis of interventions for bereaved children and adolescents. *Death Studies*, p. 99-136.

Ruud, E. (1998). *Music therapy: Improvisation, communication and culture.* Gilsum: Barcelona Publishers.

Smeijsters, H. (red.). (2005). *Praktijkonderzoek in vaktherapie.* Bussum: Uitgeverij Coutinho.

Smeijsters, H. (2006). *Handboek Muziektherapie.* Houten: Bohn Stafleu vanLoghum.

Smeijsters, H. (2008). *Handboek Creatieve therapie.* Bussum: Uitgeverij Coutinho.

Spuij, M. (2012, december 17). *Rinogroep*. Opgeroepen op mei 9, 2015, van Rinogroep: www.rinogroep.nl/images/html/Presentatie\_Verlies\_verwerken\_in\_de\_rouwkamer\_-\_Mariken\_Spuij.pdf

Spuij, M., & Boelen, P. (2014a). *Rouwhulp*. Opgeroepen op Maart 12, 20015, van Rouwhulp, voor kinderen en jongeren in rouw: http://www.rouwhulp.nl/

Spuij, M., & Boelen, P. (2014b). Gecompliceerde rouw bij kinderen en jongeren; meting en behandeling. *Psychopraktijk*, p. 14-17.

Thomas E. Dalton, R. E. (2005). Development of the Grief Process Scale through music therapy songwriting with bereaved adolescents. *The arts in psychotherapy*, p. 131-143.

Uniken-Venema, M. (2005). Rouw bij kinderen . *Bijblijven*, p. 7-11.

VGCT. (2015, April 11). *VGCT*. Opgeroepen op April 11, 2015, van Vereniging voor gedragstherapie en cognitieve therapie: http://www.vgct.nl/over-cgt/wat-is-cgt

Wigram, T. (2004). *Improvisation, methods and techniques for music therapy clinicians, educators and students.* Londen: Jessica Kingsley publishers.

Wijnroks, L., Janssen, C., Epskamp, S., Kloosterman, D., Mispelblom-Beyer, I., Post, T., et al. (2006). *Vilans.nl.* Opgeroepen op Mei 30, 2015, van Onveilig gehecht of een hechtingsstoornis: http://www.vilans.nl/docs/producten/onveiliggehecht.pdf

Worden, J. (1992). *Verdriet en rouw. Gids voor hulpverleners en therapeuten. .* Amsterdam/Lisse: Swets & Zeitlinger.