

Ik, jij en de muziek: Ontmoeting in de Muziektherapie

Eindthesis

Kwalitatief Onderzoek gezien monotoon clientspel in de open volwassenen
psychiatrie.

Zuyd Hogeschool Heerlen

Faculteit Gezondheit en Zorg – Opleiding Creatieve Therapie B. A. (Muziek)

Juliane Tissen (scriptiebegeleider) en Yvonne Coolen (tweede examiner)

Eva Stolper (0952907)

Düsseldorf, 05.06.2013

Danke

Danke an Juliane Tissen für die professionelle, aber auch sehr persönliche Begleitung dieser Arbeit, aber auch meines gesamten Ausbildungsweges zur Musiktherapeutin. Dein authentisches Auftreten und deine Offenheit haben mir geholfen, diesen Seiten an mir selbst mehr Raum zu geben.

Ein ganz großes Danke geht auch an David Wild, der sich durch die gedanklichen und sprachlichen Wirren dieser Arbeit gekämpft und mir mit seinem Feedback geholfen hat, diese zu entdecken und nach Möglichkeit verständlicher zu machen.

Ich danke auch Andreas Brünen, Franz Mecklenbeck, Franz Josef Plum, Han Kurstjens und Wolfgang Soost, die sich viel Zeit und Herz für meine Fragen, Ideen, Meinungen und Unsicherheiten genommen haben. Durch euch war es überhaupt möglich, zu den in dieser Arbeit gefundenen Ergebnissen zu kommen. Die Gespräche mit jedem von euch gaben mir neue Impulse - auch persönlich - und haben den doch sehr trockenen Untersuchungsprozess mit Leben gefüllt und mich in meiner Berufswahl noch einmal bestätigt.

Zu guter Letzt danke ich meiner Studiengruppe - Sirik, Caro, Teresa, Desirée, Julia, Rebecca, Lotte, Esther und Eva - mit denen ich die vergangenen vier Jahre des Studiums gelebt, gelitten, gefeiert und vor allem Psycho-Hygiene betrieben habe. Es ist großartig, euch alle und jeden einzeln kennen zu dürfen und als Freund zu haben!!!

En stap voor stap en trap voor trap

Gaan wij nu vooruit - VOORUIT!

Wij hebben nieuwe vrienden en ook blij geluid,

Wij hebben nieuwe vrienden en ook blij geluid.

Inhoudsopgave

Voorwoord.....	3
1 Inleiding.....	4
2 Probleemstelling.....	5
2.1 Aanleiding.....	5
2.1.1 Casus.....	5
2.1.2 Setting.....	5
2.1.3 Probleemstelling.....	6
2.2 Diagnoses en doelstellingen.....	6
2.2.1 Stemningsstoornissen.....	7
2.2.2 Persoonlijkheids- en gedragsstoornissen.....	8
2.2.3 Psychotische Stoornissen	9
2.3 Muziek als continue vormverandering.....	10
2.4 Muziektherapeutische Improvisatie	11
2.5 De groepsfuncties en fases van groepsontwikkeling.....	11
2.6 De groep als systeem en het medium muziek.....	12
2.7 Ontwikkeling van de vraagstelling.....	13
2.7.1 Zoekstrategie en wat mist?.....	13
2.7.2 Relevantie voor aanvullend onderzoek.....	13
2.7.3 Vraagstelling.....	14
2.7.4 Belangrijke Begrippen	14
2.8 Doelstelling	14
3 Onderzoeksopzet	15
3.1 Onderzoekstype en Methode.....	15
3.2 Onderzoekspopulatie	15
3.3 Dataverzameling	16
3.4 Het Interview	17
3.5 Kwaliteitscriteria	18
3.5.1 Dependability.....	18
3.5.2 Confirmability.....	19
3.5.3 Transferability.....	19
3.5.4 Credibility	20
3.5.5 Authenticiteit.....	20
3.6 Datapreparatie.....	20
3.7 Data-Analyse.....	21
3.7.1 Open coderen.....	22
3.7.2 Axiaal Coderen.....	22
4 Resultaten.....	24
4.1 Monotoon spel.....	24
4.2 Van cliënten en therapeuten.....	25
4.2.1 Begrip van de eigen therapeutische rol.....	25

4.2.2 Therapeutische Attitude.....	26
4.2.3 Therapeutische Relatie	26
4.2.4 Vaardigheden van cliënten.....	27
4.3 Muziektherapeutische Setting	28
4.3.1 Opbouw en Focus binnen de muziektherapeutische setting.....	28
4.3.2 Aandacht tijdens de groepsimprovisatie.....	39
4.4 Interventies.....	29
4.4.1 Individueel Kennismaking.....	30
4.4.2 Interventies binnen het Groepsproces	31
5 Discussie	34
5.1 Reflectie op de uitvoering van dit onderzoek.....	34
5.1.1 Vraagstelling.....	34
5.1.2 Onderzoekspopulatie.....	35
5.1.3 Het Interview	36
5.2 Tekortkomingen en sterkten van het onderzoek.....	36
5.3 Verklaring en interpretatie van de resultaten	37
5.3.1 Elk mens klinkt anders	38
5.3.2 Van vertrouwen over acceptatie naar containment.....	38
5.3.3 Individuele Kennismaking.....	41
5.3.4 Het is alles over contact	45
5.4 Antwoorden.....	48
5.4.1 Beantwoording van de casus.....	48
5.4.2 Beantwoording van de vraagstelling	49
5.5 Aanbevelingen.....	50
5.5.1 Voor de praktijk.....	50
5.5.2 Voor de beroepsontwikkeling	51
5.5.3 Voor vervolgonderzoek	51
6 Samenvatting	52
Literatuuropgave.....	53
Bijlage.....	56
Bijlage 1: Geselecteerd en reduceert voorbeeld uitgeschreven interview	56
Bijlage 2: Geselecteerde voorbeeld open codeert interview.....	57
Bijlage 3: Voorbeeld eerste stap axiaal coderen.....	58
Bijlage 4: Axiaal coderen Interventies.....	61
Bijlage 5: PICO-vragen.....	63
Bijlage 6: Zoekgeschiedenis en Verklaring Zoekmethode.....	63

Voorwoord

'Ich finde, die Ausbildungsinstitute sollten mehr in die Pflicht genommen werden.

Nicht alle Krankheiten auswendig lernen, sondern darin geschult zu werden persönlich zu wachsen, denn das sind die Dinge die wichtig sind.

Wie gestalte ich eine professionelle, gute Beziehung zu anderen Menschen?

Der zweite Punkt ist Improvisationsfähigkeiten und damit meine ich nicht Bruscia-Techniken runter zu spielen, sondern auszuprobieren und dabei die Fähigkeit zu schulen, was tue ich, wenn ein Patient nur eine Melodie spielt?

*Es geht darum Erfahrungen zu sammeln!*¹

Andreas Brünen¹

Ik ben klaar.

Wat u nu in handend houdt, is het eindproduct van mijn B. A. studie creatieve therapie muziek aan de Hogeschool Zuyd in Heerlen. Het is het resultaat van een onderzoek die ik in de laatste maanden heb opgezet en uitgevoerd. Naar mijn gevoel beschrijft deze ook het laatste stap, dat ik in het kader van deze opleiding moest doen: het verbinden en begrijpen van muziektherapeutische theorieën en eigen ervaringen die ik in de laatste vier jaren heb geleerd en opgedaan. Het creëren van een stevige theoretische en persoonlijke basis, op die ik nu in de beroepswereld verder kan opbouwen. Zoals Andreas Brünen, een respondent van dit onderzoek, heeft gezegd: 'Es geht darum Erfahrungen zu sammeln!'²

De aanleiding om een onderzoek in de volwassene psychiatrie over muziektherapie te doen kwam uit mijn derde jaar stage. Over tien maanden heb ik het muziektherapeutische werken van Anne-Katrin Behr en Franz Mecklenbeck binnen het LVR-Klinikum in Düsseldorf³ begeleid en onder hun begeleiding mijn eerste eigen stappen gedaan. Plaatsvervangend voor een hoeveelheid aan ervaringen die ik in deze tijd heb gedaan, begint de probleemstelling van dit onderzoek met een casus uit mijn stage. De casus beschrijft een situatie uit een muziektherapeutische groepssetting. In de beschreven situatie kwam ik tegen, dat monotoon cliëntspel sterk confronterend voor de muziektherapeut kan zijn. Op dat moment miste ik iets om de onderliggende dynamiek te begrijpen en zelf stevigheid te kunnen ervaren. Ik was niet in staat om voor structuur en veiligheid in de groep zorg te dragen. In een eerste literatuurstudie vond ik veel theoretische werkmodellen, maar geen praktisch georiënteerde handleiding met betrekking tot geschikte werkvormen of handvatten voor dit soort situaties. Ik ben daarom op zoek gegaan, wat meer ervaren muziektherapeuten doen, als zij in een groepssetting met monotoon cliëntspel te maken hebben. Hiervoor heb ik met Han Kurstjens, Franz Mecklenbeck, Andreas Brünen, Franz Josef Plum en Wolfgang Soost persoonlijke interviews gedaan. De uitwisseling met andere muziektherapeuten en de daarbij gewonnen data geven ten eerste een mogelijk verklaring, waarom monotoon spel in een groepsimprovisatie ontstaat. Verder kon ik door data-analyse verschillende aspecten uithalen, die voor het muziektherapeutische werken in de open volwassenen psychiatrie belangrijk zijn. Deze hebben vooral betrekking op de therapeutische attitude en relatie. Uiteindelijk worden gebaseerd op de analyseerde data nieuwe werkmodellen opstellen en de casus aan de hand van deze nog eens kritisch bekijken. Juliane Tissen heeft het gehele onderzoeksproces persoonlijk en professioneel begeleid.

De uitkomsten van dit onderzoek, zijn vooral bedoelt voor andere beginnende muziektherapeuten of studenten muziektherapie die in de open volwassenen psychiatrie willen werken en dus nog over weinig praktische ervaring beschikken. Doel was, om interventies te verzamelen, die in Duitsland van muziektherapeuten worden ingezet, als deze over meerdere sessie met monotoon spel in een groepssetting in de open volwassenen psychiatrie te maken hebben en zo een eerste handleiding voor het werken met deze doelgroep te geven.

¹ Andreas Brünen (Interview, 2013).

² Het draait alles om het verzamelen van ervaringen. (Brünen, 2013, Vertaling E. Stolper).

³ Landschaftsverband Rheinland (LVR). Kliniken der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf.

1 Inleiding

In het volgende geef ik een beknopte beschrijving wat in de daaropvolgende hoofdstukken aan de orde komt. Om overzichtelijkheid te waarborgen gaat dit volgens de opbouw van de scriptie gebeuren.

De scriptie is in totaal in zes hoofdstukken opgedeeld. De hoofdstukken 2 Probleemstelling, 3 Onderzoeksopzet, 4 Resultaten en 5 Discussie geven gezien een logische en chronologische volgorde het gehele onderzoeksproces weer. Deze worden door hoofdstuk 1 Inleiding en 6 Samenvatting ingelijst. Hoofdstuk 2 begint met paragraaf 2.1.1, de aanleiding voor dit onderzoek. Plaatsvervangend voor een hoeveelheid aan stage-ervaringen wordt hierin een uitgezocht casus beschreven. In deze wordt het onderzoeksfenomeen duidelijk en de moeilijkheden met die ik geconfronteerd was en die uiteindelijk de aanleiding voor dit onderzoek gaven. Het volgt een doelgroepbeschrijving en daaraan gekoppeld, mogelijkheden, die het medium muziek biedt. Er wordt verder een uiteenzetting van resultaten uit bestaande literatuur gegeven, die voor het begrijpen van het onderzoeksverschijnsel belangrijk zijn. Dit eerste grote hoofdstuk, de probleemstelling, wordt door het formuleren van de relevantie en noodzaak voor aanvullend onderzoek zoals mijn vraagstelling en doelstelling afgerond. Onder het kopje vraagstelling zijn tevens belangrijke begrippen gedefinieerd. In de doelstelling is beschreven, wat de uitkomsten kunnen bijdragen aan het eigen werkmodel, de praktijk en theorie van het muziektherapeutische beroep.

Het derde hoofdstuk omvat het onderzoeksopzet. Het eerste paragraaf 3.1 Dataverzameling en Methode geeft een beschrijving en argumentatie voor de gekozen onderzoekstype en methode. Voor de uitvoering van dit onderzoeksproces was voor een kwalitatieve onderzoek en open interviews gekozen. Hoe de interviews zijn gedaan, is in paragraaf 3.3 Dataverzameling algemeen en 3.4 Het Interview meer precies beschreven. Hoe de kwaliteit van de gewonnen resultaten is gewaarborgd, is aan hand van verschillende kwaliteitscriteria in paragraaf 3.5 Kwaliteitscriteria toegelicht. Erop volgt een paragraaf over data-preparatie (paragraaf 3.6) en data-analyse (paragraaf 3.7). Deze omvat een beschrijving van hoe en argumentatie waarom en op basis van welke criteria de data bij dit onderzoek zijn geprepareerd. Hier is voor analysetechnieken van de Grounded Theory gekozen. Dit wordt vervolgens beargumenteerd en beschreven. Voorbeelden van de data-analyse zitten in de bijlage. Het volgt hoofdstuk 4 Resultaten. Als resultaten van de data-analyse zijn de gevonden kerncategorieën beschreven. Deze categorieën zijn met behulp van de paragrafen-indeling overzichtelijk in dit hoofdstuk geplaatst en daarin toegelicht. De discussie rond als laatste grote hoofdstuk het onderzoeksproces af. Dit hoofdstuk start met een kritische analyse op de verrichte onderzoek. Er wordt zowel op tekortkomingen als sterkten van het onderzoek ingegaan. Vervolgens worden de resultaten uit het voorafgaande hoofdstuk verklaart en interpreteert - onder andere door koppeling met bestaande literatuur en vanuit vooraf gedane kritische analyse van het onderzoek. De resultaten worden in nieuwe werkmodellen integreert. Aan hand van deze wordt beschreven of, en hoe de vraagstelling beantwoord is. Aanbevelingen voor de praktijk, beroepsontwikkeling en vervolgonderzoek ronden dit hoofdstuk af. Afsluitend staat hoofdstuk 6 en geeft een samenvatting van de scriptie en het onderzoek.

2 Probleemstelling

Hoofdstuk 2 Probleemstelling begint met de aanleiding voor dit onderzoek: een persoonlijk ervaring uit de stagepraktijk, die door middel van een casus wordt weergegeven. Hierop volgt een beschrijving van de doelgroep - open volwassenen psychiatrie - in verbinding met de rol van het medium muziek. Resultaten uit bestaande literatuur, eigen ervaring en praktijk met betrekking tot het onderzoeksfenomeen worden voor het vinden van een onderzoeksvraag geraadpleegd en toegelicht. Deze is gebaseerd op een noodzaak en relevantie voor aanvullend onderzoek, die vooral uit een gebrek aan bestaande literatuur komt.

2.1 Aanleiding

De aanleiding voor dit onderzoek komt vooral uit eigen stage-ervaringen en een ten eerste waargenomen gebrek aan interventiemogelijkheden. Met behulp van een casus uit de tien maanden stage in de open volwassenen psychiatrie in Düsseldorf, wordt meer inzicht over de persoonlijke motivatie voor het onderzoeksfenomeen gegeven en de daarbij gebruikte werkmodellen.

2.1.1 Casus

'Bamm-Bamm-Bamm-BamBamm-Bamm-Bamm-Bamm' klinkt het ritme door de ruimte en het gehele lichaam. Er lijkt geen tijd maar alleen een drukke eindeloosheid te bestaan. We zijn in een grote ruimte met acht mensen. Iedereen bespeelt een eigen instrument, maar eigenlijk wordt alleen het 'Bamm-Bamm-Bamm' van een man van klein statuut spelend op de bongo's waargenomen. Zijn blik is nergens na toe gericht. Zijn armen bewegen heen en weer in een duidelijke cadans en hij slaat met de kloppers op de vellen van de trommels. 'Bamm-Bamm-Bamm-BamBamm-Bamm-Bamm-Bamm'.

Bovenstaande beschrijft een muziektherapeutische situatie die ik in het laatste jaar tijdens mijn stage in een psychiatrisch ziekenhuis in Düsseldorf meermaals ben tegen gekomen. De setting was een muziektherapeutische groepstherapie met cliënten uit de open volwassen psychiatrie. Voor mij leek die hierboven beschreven cliënt op dat moment in zijn eigen marsritme gevangen en nam de groep en mij daarin me.

Mijn oorspronkelijke plan was om met deze cliënt in muzikaal contact te komen, zodat hij zich meer ondersteund zou voelen en richting aan zijn spel kon geven. Ondanks alle interventies die ik gebruikte, lukte het mij niet om zowel muzikaal als non-verbaal met hem in contact te komen. Integendeel, de van mij ervaren afstand naar toe de cliënt werd alsmaar groter en het ritme alsmaar sterker. Ik voelde mij in de muziek hulpeloos, uitgedaagd en tegelijkertijd geïrriteerd. De enige mogelijkheid die ik naar mijn gevoel had, was het reflectieve gesprek aan het einde van elke sessie. Toen het voor mij uiteindelijk niet meer uit te houden was, confronteerde ik de cliënt met mijn woede en teleurstelling en vroeg vervolgens de groep naar feedback. Net zoals in de afgelopen sessies toonde de cliënt ook nu geen emoties en hij liet geen reactie op mijn woede zien. De groep reageerde daarentegen wel, maar geheel tegen mijn verwachting in. Ze verdedigden juist de cliënt.

Als er ooit vertrouwen in de groep ten opzichte van mij was, had ik deze nu verloren. Het spel van de cliënt veranderde ook in de volgende sessies niet.

De ervaringen en emoties waarmee ik in deze situatie werd geconfronteerd, zijn in mijn geheugen blijven hangen. Ik miste iets om de aanwezige (groeps-)dynamica te begrijpen om vooral muzikaal daarop te kunnen reageren.

2.1.2 Setting

Om beter zicht op de casus te krijgen, wordt nu de muziektherapeutische setting meer toegelicht, met die bij dit casus gewerkt wordt:

Op mijn stage-inrichting werd gewerkt met open groepen met maximaal acht cliënten. De cliënten kwamen van open afdelingen zelfstandig naar de muziektherapie toe. Om aan de muziektherapie te mogen deelnemen moest de muziektherapie door een arts worden voorgeschreven. Dit gebeurde over het algemeen zonder afspraak met de desbetreffende muziektherapeut. De cliënten mochten dan als er een vrije plek was, direct aan de groepsmuziektherapie deelnemen.

In het psychiatrische ziekenhuis in Düsseldorf wordt volgens een psychodynamisch georiënteerd werkmodel muziektherapie gegeven. Dit houdt in dat het reflectieve gesprek een groot aandeel heeft binnen de therapie. Over het algemeen wordt de therapie met een kort gespreksrondje geopend. Dit deel duurt tussen de tien en dertig minuten. Aansluitend daarop mogen de cliënten een instrument uit een grote instrumentenkring kiezen. Muzikaal wordt meestal met vrije of semi-gestructureerde improvisaties gewerkt. Dit betreft het kortste gedeelte van de therapie en duurt tussen de tien en vijftien minuten. Achteraf wordt met een inzichtgevend groepsgebesprek de therapie afgerond en het muzikale gebeuren nabesproken. In totaal duurt een sessie zestig minuten.

Bij de groep uit de bovenstaande casus wordt alleen gebruik gemaakt van vrije improvisaties. De opbouw van de sessies was zoals boven beschreven.

Gedurende mijn stage ben ik meer cliënten tegen gekomen, die wat betreft hun muzikaal spel, na lange tijd geen verandering lieten horen. Het spel kon dan niet alleen sterk ritmisch zijn, maar ook zeer kinderlijk, melodisch of het kon zelfs bestaan uit slechts twee tonen. Bij deze cliënten was het moeilijk om in (muzikaal) contact te komen. Voor mij als beginnend muziektherapeut was het zeer moeilijk om het muzikale gedrag van deze cliënten te begrijpen en interventies voor hen in het groepsproces aan te passen.

2.1.3 Probleemstelling

De probleemstelling die uit de zo net beschreven persoonlijke aanleiding ontstond, was de vraag: Hoe moeten of kunnen muziektherapeuten met monotoon spel in een groepssetting aan de slag? Verder vroeg ik mij af, wat er procesmatig in dit muzikale uitdrukking van een cliënt überhaupt aan de hand is.

Smeijsters (2006) en Töpker (2001) beschrijven het muziektherapeutische proces als continue verandering van vormen wat daarom altijd in beweging is. Het is minder iets dat bestaat dan iets dat continue groei ervaart (Baerends & Kurstjens, 2006, p. 140). Voor mij klonk het monotoon spel van de beschreven cliënten stagnerend. Ik had moeite een beweging of proces daarin te herkennen.

Toen ik op zoek ging naar bestaande literatuur, heb ik nauwelijks iets gevonden wat monotoon cliëntspel beschrijft of mogelijkheden voor interventies in een groepssetting noemt. In een persoonlijk gesprek in oktober 2012 vertelde Han Kurstjens dat ik met mijn vraagstelling zeer persoonlijke thema's van muziektherapeuten raak. Monotoon cliëntspel kan een groot tegenoverdracht in de therapeut oproepen, wat ten gevolge heeft, dat weinig mensen daarover open schrijven. In Duitsland bestaat veel filosofische literatuur met betrekking tot vrije muziektherapeutische groepsimprovisatie, maar deze geeft geen richtlijnen voor praktisch handelen in de muziek.

Om meer grip theoretische grip op de uitgangssituatie van mijn probleemstelling te krijgen, die uiteindelijk tot de onderzoeksvraag heeft geleid, ga ik ten eerste de doelgroep beschrijven met die een muziektherapeut in de open volwassenen psychiatrie te maken heeft. Hier geef ik verder toelichting over mogelijk doelstellingen die gezien het ziektebeeld in een muziektherapeutische setting kunnen worden bereikt. Er sluit paragraaf 2.3 Muziek als continue vormverandering op aan, die het fenomeen van monotoon spel vanuit de morfologische zienswijze verklaart. Er bestaan twee grote werkmodellen binnen de muziektherapie in de open volwassenen psychiatrie. Deze zijn het werken met gestructureerde werkvormen en zoals in de casus, het werken met vrije improvisaties. Omdat in de casus gebruik van vrije improvisatie gemaakt wordt, staat dit werkmodel in paragraaf 2.4 Muziektherapeutische Improvisatie centraal. Tot slot staat het werken met therapeutische groepen in het focus. Ten eerste worden groepsfuncties en fases van groepsontwikkeling algemeen bekeken. Paragraaf 2.6 De groep als systeem en het medium muziek rondt het literatuuronderzoek ten minste in het kader van de probleemstelling af.

2.2 Diagnoses en doelstellingen

De aanleiding voor dit onderzoek komt duidelijk uit mijn stage-ervaringen. Hier heb ik met volwassen cliënten gewerkt, die op open psychiatrische afdelingen waren opgenomen.

De DSM-IV (American Psychiatric Association, 2000) geeft een verzameling van de verschillende stoornissen die in psychiatrische instellingen terecht komen. In de volgende paragrafen worden de meest voorkomende doelgroepen binnen een volwassen-psychiatrisch muziektherapie-setting beschreven. Deze zijn stemmingstoornissen, persoonlijkheids- en gedragsstoornissen en psychotische stoornissen. Dit doe ik om een overzicht te geven met welke ziektebeelden een muziektherapeut in de open volwassenen psychiatrie te maken heeft en welke therapeutische doelen bij deze cliënten met een muziektherapeutische setting kunnen worden bereikt.

2.2.1 Stemmingsstoornissen

Definitie

Stemmingsstoornissen behoren volgens Laansma en Riemke (2006, p. 165) tot de 'meest voorkomende psychiatrische aandoeningen'. Hier is vooral depressie te noemen. Zoals de naam al zegt, wordt bij deze doelgroep vooral de stemming door de psychische ziekte beïnvloed. Deze beschrijft een langdurige gemoedstoestand die het waarnemen en denken van een mens beïnvloedt. Een stemmingsstoornis kan zich zowel in een pathologische terneergeslagenheid (depressie) als uitgelatenheid (manie) uiten. De mate van terneergeslagenheid of uitgelatenheid is bij een stemmingsstoornis buiten proportie. Verder heeft dit ziektebeeld een verandering van innerlijke motivatie zoals concentratie en opmerkzaamheid ten gevolge. Depressieve stoornissen gaan vaak samen met angst en meervoudig lichamelijke klachten (vitale stoornissen). Bij manische stoornissen is de vitaliteit juist buiten verhouding vergroot en de innerlijke motivatie verhoogd. Dit groep van symptomen treed vaak in episodes op. Het begin van enkel episodes hangt meestal samen met bezwarende belevenissen of situaties (Behr et al., 2012).

Doelen Muziektherapie

Omdat de muziek een direct appèl op de emotionele waarneming doet, is behandeling met muziektherapie vooral bij deze stoornis geïndiceerd. Hierbij is het belangrijk, dat zonder eisen in het medium wordt gewerkt. Het vertrouwen in het zelf tot klank brengen van emoties verhoogd het zelfvertrouwen en bevordert het voor zichzelf zorgen (Laansma & Riemke, 2006, p. 172). Innerlijk ervaren spanningen krijgen ruimte in het muzikale spel. Door een speelse omgang daarmee worden verschillende fases van emotionele en lichamelijke spanning ervaren en in het spel verandert. Dit leidt tot een grotere subjectieve controle. Vooral negatieve emoties zoals agressie worden door het muzikale uitdrukking ervaarbaar en kunnen worden geïntegreerd. Dit leidt tot een verhoging van coherentie tegenover de eigen waarneming (Behr et al., 2012). In de muziektherapeutische behandeling staat daarom het gedrag van de cliënt in het hier en nu verbonden met de directe oorzaken centraal. Doelstellingen zijn vooral het veranderen van extreme en belastende gedachten en het aanvoelen van bewuste zelfregulatie (Laansma & Riemke, 2006, p. 172).

Muziektherapie is niet geïndiceerd bij acute manische episodes bij een gebrek aan zelfreflectie en zelfregulatie (Behr et al., 2012).

Doelen die door een muziektherapeutische behandeling bij stemmingsstoornissen die volgens Behr et al. (2012, p. 8, vertaling E. Stolper) bereikt kunnen worden:

- Spanningsregulatie afhankelijk van het ziektebeeld (Bevordering en verhoging van eigen motivatie bij depressieve klachten; Verbetering van eigen ervarings- en beleveniskwaliteiten)
- Regulatie van het affect gezien de symptomen
- Bevordering van de integratie van afgesplitste negatieve emoties (bijv. agressie) en van de affectieve waarneming en differentiatie
- Bevordering van het accepteren van de eigen ziekte en motivatie tot behandeling
- Interruptie en verandering van depressieve gedachtegangen
- Bevordering van de relatievormgeving (Regulatie van nabijheid & distantie; Verbetering van het eigen en vreemd waarneming; Bevordering van eigen hechtingsmogelijkheden en realiteitswaarneming)
- Bekrachtiging van het eigen ik (Bevordering van het vermogen om voor zich zelf te zorgen en zelfvertrouwen; Ontwikkeling van een positieve zelfwaardering; Verbetering van de mogelijkheid tot imaginatie)
- Bevordering van de eigen frustratiegrens (Verbetering van concentratie; Omgang met prikkeloverlast; Vermindering van de mate van afleiding)
- Inoefenen van een betere zelfcontrole
- Verbetering van de eigen lichamelijke waarneming

- Activatie zonder eisen of waardering
- Motorische ontlasting van gedrevenheid (manie)
- Reguleren van bewegingsimpulsen en intensiteit

2.2.2 Persoonlijkheids- en gedragsstoornissen

Definitie

Hieronder vallen langdurige en ingewortelde gedragspatronen die de individuele manier van leven, het ervaren van de eigen persoon en de relatie naar anderen toe beïnvloeden. Dit heeft in veel situaties een star, nauwelijks veranderbaar en duidelijk onaangepaste reactie ten gevolge, waardoor de cliënt in significante mate lijdt of beperkingen in zijn sociaal en beroepsmatige functioneren ervaart. Er bestaat vaak een comorbiditeit met andere psychische stoornissen zoals angst, depressie of verslaving (American Psychiatric Association, 2000).

In de DSM-IV (American Psychiatric Association, 2000) zijn als typen onder andere de specifieke persoonlijkheidsstoornissen, de gecombineerde en andere persoonlijkheidsstoornissen en persoonlijkheidsveranderingen beschreven. Hieronder vallen gecategoriseerde toestandsbeelden en gedragspatronen. Deze zijn als gevolg van uiterlijke factoren en sociale ervaringen al vroeg in het verloop van de individuele persoonlijkheidsontwikkeling ontstonden en daarom sterk ingeworteld en in zich star zijn. Dit betekent, dat nu als symptomatisch ervaren gedragspatronen of gedachtegangen in de vroege kindertijd zijn ontwikkeld als reactie / mechanisme op uiterlijke factoren of sociale ervaringen. Het waarnemen, denken, voelen en creëren van relaties is bij mensen met deze diagnoses sterk afwijkend in vergelijking met andere mensen op dezelfde leeftijd en sociale status (Behr et al., 2012).

Doelen Muziektherapie

Cliënten met de diagnose van een persoonlijkheids- of gedragsstoornis laten qua symptomen een duidelijk incoherentie op verschillende gebieden zien. Deze zijn vooral met betrekking tot het waarnemen en uitdrukken van stemmingen, motivatie, impulscontrole, opvattingen en gedachten en het ingaan van relaties (Vandereycken & van Deth, 2004). De muziektherapeutische focus richt zich op deze aspecten.

Volgens Behr et al. (2012) kan muziektherapie tot een reductie van innerlijk ervaren spanningen leiden. Het medium muziek biedt vormen van uitdrukking, die verbaal (nog) niet toegankelijk zijn en stimuleert de communicatiebereidheid. Werken in de muziek biedt op een veilige manier de mogelijkheid om agressie te voelen en door het spel af te bouwen. Het vinden van structuur is een belangrijk doel binnen het kader van muziektherapie.

In de muziek kan op een speelse manier nabijheid en distantie worden ervaren zonder lichamelijk contact. Dit biedt mogelijkheid tot experimenten hiermee. Op die manier kunnen relaties en daarmee verbonden gevoelens symbolisch gevormd worden, wat een integratie mogelijk maakt. Interactiepatronen kunnen gecorrigeerd worden (Behr et al., 2012).

Muziektherapie is niet geïndiceerd voor het werken met cliënten met zeer impulsief gedrag en tegelijkertijd gebrek aan zelfreflectie en zelfregulatie (Behr et al., 2012).

Doelen die door een muziektherapeutische behandeling bij persoonlijkheids- en gedragsstoornissen volgens Behr et al. (2012, pp. 15 - 16, vertaling E. Stolper) bereikt kunnen worden:

- Reductie van innerlijke spanningen (Structurering en stabiliteit; Bevordering van affectenregulatie; Bevordering van impulscontrole; Affectendifferentiatie)
- Bekrachtiging van het eigen ik (Bevordering van een meer positieve zelfwaardering en acceptatie; Herkennen en gebruiken van resources; Verbetering van het realiteitswaarneming)
- Verbetering van reflectie- en verbale mogelijkheden (Belevenis van gemeenschappelijkheid en geborgenheid)

- Mogelijkheid van een 'gevaarloos' relatie⁴, omdat de muzikale relatie minder bedreigend voor de cliënt is
- Bevordering van vaardigheden tot symbolisatie
- Creëren van symbolen met een functie als plaatsvervangers
- Reflectie van de relatieopbouw (Contactopbouw via non-verbaal communicatie; Ontwikkeling van eigen en vreemd waarneming)
- Opbouw van contact- en communicatievaardigheden (Non-verbaal oefenen en leren reguleren van nabijheid en distantie; Vergroting van sociale competenties; Bevordering van adequate conflict- en kritiekvaardigheden)

2.2.3 Psychotische Stoornissen

Definitie

Er bestaat een hoeveelheid van verschillende ziektebeelden binnen deze doelgroep. Zij hebben allen ten minste een van volgende symptomen: wanen, hallucinaties, onsamenhangende spraak, ernstig chaotisch of katatoon gedrag en negatieve symptomen zoals effectvervlakking, gedachte- en spraarmoede of apathie (American Psychiatric Association, 2000). Het algemeen psychotische ziektebeeld staat vaak in samenhang met stoornissen in het contact maken. Cliënten zijn wantrouwig of trekken zich sterk terug. Emotionele blokkades en in de war zijn leiden tot wisselende stemmingen. De waarneming is tevens meestal vervormd (Vandereycken & van Deth, 2004). De eerste behandeling van een psychotische stoornis is het geven van antipsychotica. Verder is psycho-educatie noodzakelijk om een groter ziekte-inzicht en therapiebereidheid te bereiken (Smeijsters, 2008). Als meest voorkomend ziektebeeld is schizofrenie te noemen. Deze valt wereldwijd onder de ernstige psychotische stoornissen met aanzienlijke beïnvloeding van het sociale functioneren en een hoog risico van chroniciteit (Isermann & Ulrich, 2006).

Doelen Muziektherapie

Bij muziektherapie is het van belang om structuur te bieden zonder veel prikkels. Door middel van muziektherapie is het mogelijk een verbetering gezien relatie- en contactvaardigheden te bereiken. Dit komt door het oefenen van een betere zelfregulatie van nabijheid en distantie. Door een gestructureerde manier van werken kan de cliënt controle, initiatief nemen en mogelijkheden tot besluitneming ervaren. Non-verbale communicatie in het medium muziek geeft meer interactionele zekerheid. Interactiepatronen worden verbeterd. Spelvormen met resonantie creëren een harmonische basis die het oplossen van blokkades bevordert (Behr et al., 2012).

Als er een actieve psychose⁵ bestaat, is dit over het algemeen een contra-indicatie voor muziektherapie, omdat muziek deze kan bevorderen (Smeijsters, 2008).

Doelen die door een muziektherapeutische behandeling bij psychotische stoornissen volgens Behr et al. (2012, p. 7, vertaling E. Stolper) bereikt kunnen worden:

- Structurering en Stabiliteit (Affectenregulatie; Verbetering van de gestoorde affectenwaarneming en affectenuitdrukking; Bevordering van de belevenis zelf te kunnen controleren; Initiatief te nemen en besluiten te maken)
- Bevordering van vaardigheden gezien afgrenzing en relatieopbouw
- Verbetering en verzekering van interactie binnen het actuele situatie
- Bevordering van ziekte- en therapie-inzicht
- Bekrachtiging van de zelfwaardering en de eigen ik-grenzen
- Correctie van de gestoorde lichaamswaarneming
- Verbetering van de realiteitswaarneming en bevordering van prikkelverwerking

⁴ Volgens Wöller (2006) hebben cliënten met persoonlijkheids- of gedragsstoornissen vaak negatieve ervaringen met betrekking tot relaties gemaakt. Relatieopbouw wordt als mogelijk gevaar waargenomen.

⁵ Actieve psychose: de cliënt lijdt onder wanen en hallucinaties (American Psychiatric Association, 2000).

- Herstelling van autonomie en emotie-expressie
- Verbetering cognitieve functies (Ontwikkeling van strategieën voor de omgang met crisis; Bevordering van ausdauer en belastbaarheid)
- Bevordering praktischer socialer competentie

2.3 Muziek als continue vormverandering

Aan hand van de laatste hoofdstukken is meer helder geworden met welke problematieken een muziektherapeut in de open volwassenen psychiatrie wordt geconfronteerd, maar ook welke mogelijkheden het medium muziek biedt. In de casus is duidelijk te zien, dat de muziektherapeut het monotoon spel van de cliënt stagnatie ervaart. Er gebeurde naar mijn persoonlijk gekleurde observatie niets en door het gebrek aan contact voelde ik mij hulpeloos. 'Vanaf het moment, dat een cliënt naar de muziektherapie komt – hij moet niet eens actief worden – is er iets in proces en daarom kan er geen stagnatie zijn!' (Mecklenbeck, Interview, 2013, vertaling E. Stolper). Wat gebeurt er meer objectief vanuit de theorie gekeken dus, als het cliëntspel blijkbaar niet beweegt en toch iets in proces is? Het morfologisch georiënteerde werkmodel geeft een mogelijk verklaring.

Morfologisch georiënteerde muziektherapie

De morfologisch⁶ georiënteerde muziektherapie is gebaseerd op de morfologische psychologie. Deze gaat terug op een algemeen morfologie die door een eigen manier van het denken in verschillende wetenschappen te vinden is. Voor deze algemeen wetenschappelijke stroming is J. W. v. Goethe als grondlegster te noemen.

Wilhelm Salber heeft de morfologische psychologie als wetenschappelijke richting gegrond. In zijn theorie legt hij een eerste verbinding tussen psyche en creatieve media. Er is sprake van een 'kustanaloge Behandlung'⁷. Volgens de morfologische psychologie worden psychologische processen als het ontstaan en transformeren van gestalten verstaan (Baerends & Kurstjens, 2006; Smeijsters, 2006). Zij zijn daardoor meer gelijkwaardig aan creatieve processen, dan formeler of lineair logica (Tüpker, 2001). Dit is een mogelijkheid van verklaring waarom muziektherapie in de behandeling van psychiatrische cliënten goede effecten laat zien.

De morfologisch georiënteerde muziektherapie is tevens gebaseerd op deze zienswijze. Hier zijn vooral Rosemarie Tüpker, Frank Grootaers, Tilman Weber en Eckhard Weymann te noemen. Deze hebben in 1988 het 'Institut für Morphologie und Musiktherapie' in Münster opgezet.

Ook in de morfologisch georiënteerde muziektherapie gaat het met name om het actief zijn. Alleen door actief werken⁸ bestaat mogelijkheid tot verandering. Binnen de actieve muziektherapie moet vorm gegeven worden aan innerlijke processen of de hoedanigheid op dat moment. Door het vormgeven van wat ervoor vormloos is geweest, ontstaat iets zinvol. Het krijgt betekenis. De constructie van dit beeld dat ontstaat kent een innerlijke logica die deels afhankelijk is van het middel (muziek), deels van de logica die de vormgever in zich draagt (Baerends & Kurstjens, 2006). In de actieve muziektherapeutische improvisatie wordt daarom de figuratie van de speler – zijn psyche – hoorbaar en komt naar voren. De vormen die ontstaan zijn zoals de muziek: totaal en in zich logisch. Dit wil zeggen, dat het spel (muzikale vormgeving) van een cliënt altijd in zich compleet is en voor het cliënt op dat moment logisch. Het therapieproces van de cliënt beschrijft met deze in zich logische vormgeving op het moment zelf een doorlopende verandering en dus een therapeutische proces. De werking ervan kan niet worden opgesplitst in enkel delen (werking van de muziek, therapeut, etc.) maar moet als geheel worden gezien en ervaren. Het is een werking die plaatsvindt in het ertussen⁹, in de overgangen en in het samenwerken van cliënt en therapeut. Door het spel komt het psychische naar voren en vindt erin nieuwe betekenis en vorm. Dit proces wordt volgens Tüpker (2001, p. 5) 'Ganzheit / Gestaltlogik'¹⁰ genoemd. Vanuit deze opvatting heeft elke muzikale uitdrukking zijn betekenis – ook als deze een sterke monotone vorm heeft. Verder zegt dit, dat de muzikale uitdrukking van de cliënt altijd

⁶ Morfologie beschrijft algemeen een lering van vormveranderingen (Booij, Lehmann & Mugdan, 2000).

⁷ Kunstanaloge Behandlung: een behandeling die analoog naar het creatieve proces kan worden gezien (vertaling E. Stolper).

⁸ Vertaling E. Stolper. Tüpker (2001) gebruikt hier het Duitse woord 'Arbeit'.

⁹ Vertaling E. Stolper. Tüpker (2001) gebruikt hier het Duitse woord 'dazwischen'.

¹⁰ Vertaling E. Stolper: Heelheid en Gestaltlogica.

een wisselwerking is met het spel van de therapeut en de muziek zelf is. Volgens de morfologisch georiënteerde muziektherapie (Smeijsters, 2006; Töpker, 2001) bestaat er daarom op geen moment stagnatie in de muziektherapeutische proces. Er wordt door het actief muziek maken altijd vorm gegeven. Het blijven hangen op een melodielijn of ritme-patroon is dus ook een muzikaal vormgeving. Door dit gegeven heeft het figuratie op dat moment betekenis en een eigen logica. Omdat deze vorm door het samenspel van therapeut en cliënt of / en de groep in en met het medium muziek ontstaat, komt meer de vraag op in hoe verre de therapeut en de groep het individuele cliëntspel beïnvloeden. Het is daarom aan de muziektherapeut om kritisch naar en improvisatie te luisteren en de betekenis van het muzikaal proces van het individuele cliënt en de muzikale vormgeving aan zijn hoedanigheid op dat moment – hoe die ook klinkt – te begrijpen.

2.4 Muziektherapeutische Improvisatie

In de volwassene psychiatrie wordt veel met vrije improvisaties gewerkt. Timmermann (2008) zegt, dat een vrije improvisatie vanuit het Hier en Nu van improviserende personen met hun geheel biologische, psychologische en sociale verhaal ontstaat. Van buiten is deze muzikale vorm alleen door 'de potentiaal van innerlijke vrijheid en psychische kracht van het therapeut beperkt' (Timmermann, 2008, p. 67, vertaling E. Stolper). Dit betekent, dat een muziektherapeutische improvisaties bijvoorbeeld alleen zo emotioneel diepgaand of dynamisch krachtig kan zijn als de therapeut deze proces kan begeleiden. Hiervoor zijn de eigen angsten van de therapeut met betrekking tot de werkelijkheden die hoorbaar zouden worden of zijn vaardigheden vast te staan en zekerheid en veiligheid te bieden bepalend. De cliënt kan aan zijn psychische hoedanigheid alleen in zoverre uitdrukking in de improvisatie geven, als hij zich in de therapeutische relatie veilig en zeker voelt.

Lijkt een cliënt in zijn spel gevangen – dit bij de casus het geval was – moet de therapeut zich afvragen, in hoeverre de therapeutische relatie stand houdt en zich de cliënt gedragen kan voelen / hij de cliënt met zijn emotionele proces kan begeleiden.

Timmermann (2008) zegt verder, dat het voordeel van de vrije improvisatie is, dat ontmoeting actief ervaren en vorm gegeven kan worden. Er ontstaan verschillende momenten van nabijheid en distantie die van elk lid zelf gestuurd kunnen worden. Verder wordt door middel van de vrije improvisatie een creatieve ruimte open gemaakt, waarin alles mag gebeuren, maar niets moet. Dit te ervaren is vooral voor mensen met een persoonlijkheidsstoornis of stemmingsstoornis van grote belang (Smeijsters, 2006).

Een muziektherapeutische improvisatie kan ook meer of minder gestructureerd worden. Voorbeelden hiervan zijn het spelen volgens een vooraf gegeven thema of beeld, of spelen met vooraf gegeven muzikaal materiaal. Door middel van deze werkvormen kan meer doelgericht worden gewerkt. Verder ervaren veel cliënten deze voorgestructureerde opbouw als veiliger, omdat er al vanaf het begin een bekende vorm is gegeven.

De keuze voor een van de twee werkvormen moet bewust worden gedaan. Een gestructureerde improvisatie geeft meer zekerheid – ook voor de therapeut, maar beperkt de mogelijkheden tot volledige ontplooiing.

2.5 De groepsfuncties en fases van groepsontwikkeling

Om interventies doelgericht te gebruiken is het noodzakelijk om te begrijpen hoe de groep qua structuur in elkaar zit en de groepsdynamica werkt. 'Een groep kan alleen zo snel lopen als het zwakste lid daarin' zei Franz Josef Plum (Interview, 2013, vertaling E. Stolper). In het verloop van een groepsmuziektherapie laten zich bevorderende en belemmerende factoren herkennen. Deze zijn belangrijk om een functionerende groepsdynamica te laten ontstaan. Het is noodzakelijk voor de groep om bevorderende groepsfuncties zelf te kunnen overnemen en belemmerende factoren samen te overwinnen. Anders blijft elk groepslid op het niveau van het zwakste lid in plaats van samen te helpen om een nieuw, gezamenlijk niveau te bereiken. Dit is vooral bij het werken met heterogene groepen (niet-indicatiespecifiek) en open groepen het geval (Mayr, 2009). Mayr (2009) benoemt verder bevorderende functies gezien het groepsproces zoals doel- en opdrachtgerichtheid (de deelnemers doen actief mee) en functies die helpen de groep samen te houden (er wordt feedback gegeven en er heerst een aangename sfeer in de groep). Mensen die deze vaardigheden beheersen zijn noodzakelijk om de groep samen te houden, zodat een positieve groepsdynamica kan ontstaan. In een groepstherapie met een open groep kan deze rol van cliënten worden ingenomen, die in hun therapieproces al verder zijn dan cliënten die nieuw erbij zijn gekomen. Als het nodig is kan ook de therapeut deze rol innemen. Zijn taak is om de groep therapeutisch te begeleiden en persoonlijke en groepsprocessen te ondersteunen.

Valt een cliënt duidelijk uit de groepsdynamica en is de groep qua groepsproces niet in staat om dit op te vangen, dan kan dit het gezamenlijke groepsproces belemmeren, zo Mayr (2009). Met het systemische begrip van een therapeutische groep¹¹ gecombineerd betekend dit: kan een cliënt geen relatie met de groep of enkel leden daarin opbouwen, kan ook het systeem (de groep) in zijn geheel niet bestaan.

2.6 De groep als systeem en het medium muziek

Hoe wordt nu muziektherapeutisch van de groep en het medium muziek gebruik gemaakt?

Volgens Timmermann (2012) ligt de focus en de kracht van een psychotherapeutisch oriënteerde muziektherapie¹² op de relatie tussen cliënt en therapeut ofwel zoals het in een groepssetting het geval is, de relatie naar toe de groep en enkel individuele lid daarin. Dit betekend ten eerste, dat het werkfocus op het vormgeven aan relaties ligt. Er wordt gekeken hoe de cliënt in relaties in gaat en aan deze vorm geeft. Verder probeert de therapeut bewust en doelgericht een therapeutische relatie¹³ te laten ontstaan. 'Als we de menselijke samenleving bestuderen, dan zien we, hoe we er ook tegenover staan, dat relaties tussen mensen een fundamentele rol spelen' (Yalom, 2001, p. 20). Naar ons alledaagse leven gekeken, bewegen wij ons altijd in verschillende systemen (familie, werkplek, vereniging). Het begrip systeem benoemd hierbij de ordening van enkel individu gezien zijn relatie in een groter complex. Op de ene kant heeft het begrip betrekking op het geheel van een in zich gesloten complex en op de andere kant betoond hij tegelijkertijd de openheid van het gedeelte in zijn samenhang naar het gehele complex. Een gezin kan bijvoorbeeld in zijn geheelheid worden gezien (familie XY) maar ook elk individu daarin. Het begrip systeem omvat alle twee visies. Aan systemen wordt daarom door verschillende relaties vorm gegeven (vrienden, baas - werknemer, echtgenoten).

Mensen met psychische aandoeningen hebben vaak last om zich binnen dit veelvoudige netwerk van relaties zeker te bewegen (American Psychiatric Association, 2000). Volgens Timmermann (2012) kan de therapeutische groep als een soort systeem begrepen worden. Door het begrijpen van de therapeutische groep en de therapeutische relatie daarin als systeem, komen er meer gedifferentieerde relatieaspecten bij. Het gaat niet alleen om de relatie tussen therapeut en cliënt, maar ook om hoe aan deze bijvoorbeeld binnen de groep vorm wordt gegeven. De relatie tussen twee mensen en hun relatie met en binnen een groep beïnvloeden elkaar. Dit kan analoog naar het cliënt zelf worden gezien. De mens als levend wezen en individu is niet deelbaar. Hij wordt daarom als spiegel van het geheel begrepen (Timmermann, 2012). Als hij met zich zelf in eenklank is, staat hij ook met het groter geheel (de groep) in eenklank. Terwijl hij niet met het geheel in eenklank kan zijn, als hij met zich zelf niet in eenklank is. Gezien de casus wil dit zeggen, dat, als een cliënt met zijn spel duidelijk van het groepsspel afwijkt en hij verder niet in verbinding (muzikale relatie) naar toe zijn medespelers is, dan staat hij verder niet in verbinding met zijn eigen emotionele waarneming.

Door het werken met een groepstherapeutische setting met het non-verbale aspect van muziektherapie worden hechtingspatronen en relatieaspecten hoor- en ervaarbaar. Terugkijkend op het voorafgaande hoofdstuk valt nu op dat bij elk ziektebeeld doelen gericht op hechtingsvaardigheden met betrekking tot de anderen en het eigen ik zijn genoemd.

'Lijken de ziektebeelden en mensen op het eerste moment sterk heterogeen, heeft toch iedereen gelijke angsten, onzekerheden maar ook wensen. Veel staan in directe verbinding met geleefde of ervaren relaties' (Plum, Interview, 2013, vertaling E. Stolper).

In betrekking tot de casus betekend dit, dat wanneer een cliënt door monotoon spel in meer dan twee sessies uit het muzikale groepsproces valt, dan laat dit zien, dat hij niet in contact is met zichzelf. Tevens maakt hij zijn geleerde en ervaren hechtingspatronen zowel voor de groep als voor de therapeut hoor- en ervaarbaar. Het medium biedt de mogelijkheid om oude hechtingspatronen op een non-verbale en veiligere manier te herhalen. Dit gebeurt meestal in de relatie tussen cliënt en therapeut (dyadische aspect). Verder wordt ook duidelijk hoe zich de cliënt in een groter systeem of milieu opstelt (systemische aspect). Omdat deze patronen in de muziek ervaarbaar worden, kunnen zij veranderd worden (Timmermann, 2012).

¹¹ Zie het volgende paragraaf 2.6 De groep als systeem en het medium muziek.

¹² Dit is het geval in de beschreven muziektherapeutische setting, van welke dit onderzoek uitgaat.

¹³ Therapeutisch relatie: beschrijft een professionele relatie. Dit betekend volgens Küchenhoff & Mahrer Klemperer (2009) enerzijds een zeer intieme contact, anderzijds een objectieve waarneming van de therapeut.

2.7 Ontwikkeling van de vraagstelling

De ontwikkeling van de vraagstelling is gebaseerd op de net gedaan uiteenzetting met bestaande literatuur zoals persoonlijke ervaringen. Bij de literatuurstudie verworven kennis wordt gebruikt om de relevantie voor aanvullend onderzoek te benoemen en uiteindelijk de vraagstelling voor dit onderzoek op te stellen. Belangrijke begrippen gezien hun betekenis gezien de vraagstelling worden tevens toegelicht.

2.7.1 Zoekstrategie en wat mist?

Het kopje 2.7.1 Zoekstrategie en wat mist? geeft ten eerste een inzicht, hoe bestaande literatuur en kennis voor dit onderzoek wordt verzameld en wat naar de net gedaan uiteenzetting met daarbij gevonden resultaten gezien het onderzoeksfenomeen mist. De PICO-vragen en zoekgeschiedenis zitten in de bijlage.

Het verzamelen van informatie gezien dit onderzoek is vanuit persoonlijke gesprekken met andere deskundigen opgestart. Door gesprekken met Han Kurstjens en Kathinka Poismans ontstonden eerste ideeën over belangrijke literatuur en theorieën gezien dit onderzoek die ik meestal in bibliotheken heb opgezocht. Het daarbij verworven nieuwe kennis met betrekking tot bestaande theorieën gezien het onderzoeksfenomeen wordt tevens door gesprekken gereflecteerd, uitgebreid en vervolgens met het lezen van aanvullend literatuur steviger. Dit was een herhalend proces, wat ook door de gedaan interviews nieuwe input heeft gekregen.

Uit de beschreven literatuuronderzoek wordt duidelijk dat er veel filosofische literatuur bestaat over het werken met muziek in de open volwassenen psychiatrie en met vrije improvisaties. De hoeveelheid van werkmodellen, verklaringsmethoden en werkingstheorieën heeft mij bijna uitgeput. Voor mij was het moeilijk om de relevante zaken te scheiden van de irrelevante zaken. Hetgeen ik niet tegen ben gekomen is literatuur, die echte praktische tips geeft over het muziektherapeutische werken met vrije groepsimprovisaties in de open volwassenen psychiatrie. Volgens mij komt dat, omdat door middel van deze zeer vrije werkvorm ook elk therapeut de mogelijkheid heeft om deze zelf vorm te geven. Dit kan van grote meerwaarde zijn. Op de andere manier heb ik tijdens mijn stage ervaren, dat daardoor in moeilijkere situaties - zoals bijvoorbeeld in de casus - houvast ontbreekt. Op dat moment was ik niet in staat om de situatie vanuit verschillende meer filosofische theorieën te bekijken om het te begrijpen. Ik heb een samenvatting nodig met alle belangrijke aspecten gezien het muziektherapeutische werken, die ik in het hier en nu snel kan toetsen. Dit ontbreekt de literatuur.

2.7.2 Relevantie voor aanvullend onderzoek

De relevantie voor aanvullend onderzoek komt vooral uit de praktijk.

Tijdens mijn stage heb ik geleerd om naast de theoretische kennis, opgedaan in de eerste twee leerjaar, meer praktisch te werken en daarbij af te gaan op mijn intuïtie. Dit heeft het voordeel, dat ik tijdens de therapie open sta voor prikkels van buiten en snel erop kan reageren. De valkuil is, dat intuïtie pas door ervaring kan ontwikkelen en groeien. Als ik daarom met een nieuwe doelgroep aan de slag moet, of juist een jonge muziektherapeut ben, is mijn intuïtie op sommige momenten 'overvraagd'. Ik ontbreek de ervaringen en belevingen om een situatie snel in te schatten en doelgericht te kunnen reageren.

Ik als therapeut, die op dat moment over het algemeen vanuit zijn intuïtie werkt, beschik op die momenten niet over een houvast om op een professionele manier verder te kunnen werken. Door de moeilijk ervaren momenten te begrijpen, krijg ik als professional overzicht van wat er aan de hand is en kan daarom mijn therapeutische interventies / werkvormen beter toepassen. Het theoretisch begrijpen kan helpen om een beter overzicht te verkrijgen. Dit geeft houvast en stevigheid, die voor het professionele begeleiden van het therapeutische proces van de cliënt noodzakelijk is.

Binnen het kader van literatuuronderzoek heb ik modellen gevonden, hoe ik een cliëntspel theoretisch kan analyseren en in het persoonlijk proces van de individuele cliënt kan plaatsen. Het wordt duidelijk voor mij, dat er altijd iets beweegt – ook als het klein of onzichtbaar lijkt – en ik als therapeut een aandeel heb in het cliëntspel en de daarbij ontstane muziek.

Er was geen literatuur te vinden, die over het algemeen handvatten voor het werken met groepen geeft in de open volwassene psychiatrie. Tevens was er ook geen literatuur te vinden die het fenomeen en praktische mogelijkheden beschrijft, als zich een cliënt duidelijk van de groepsdynamica afgrenst en in zijn eigen monotoon spel blijft. Zoals uit het literatuuronderzoek blijkt, kan dit wel de geheelheid van een systeem beïnvloeden. Bij gesprekken met andere muziektherapeuten gezien mijn eindthesis werd vaak 'in dit geval is

gewoon levenservaring en praktische ervaring van enorme waarde' genoemd. Op dit moment bestaat geen literatuur die praktische ervaringen gezien het werken met vrije improvisaties in de open volwassene psychiatrie weergeeft. De relevantie voor aanvullend onderzoek is daarom, om deze praktische ervaringen van muziektherapeuten op te schrijven en voor onervaren of jongere therapeuten toegankelijk te maken.

2.7.3 Vraagstelling

Uiteindelijk kom ik daarom bij deze vraagstelling zitten:

Welke muziektherapeutische interventies worden in Duitsland ingezet wanneer cliënten uit de open volwassene psychiatrie, over tenminste twee sessies, monotoon blijven spelen binnen een groepsimprovisatie?

2.7.4 Belangrijke Begrippen

Naar de vraagstelling gekeken is het nodig om voor de begrippen 'muziektherapeutische interventie' en 'monotoon spel' een algemeen definitie te geven hoe deze in het kader van dit onderzoek worden gebruikt:

Muziektherapeutische Interventie

Het DUDEN noemt als synoniem voor interventie het woord 'beïnvloeding' (Dudenredaktion, 2004). Door een muzikale interventie te doen, heeft de muziektherapeut invloed op het muzikale, maar ook interactieve groepsproces. Het beschrijft een muzikaal reageren op een moment in het Hier en Nu. Verder worden interventies altijd doelgericht gebruikt. De therapeut verwacht een verandering (beïnvloeding) van het moment / situatie waarin hij gebruikmaakt van een interventie. In het kader van deze onderzoek houdt dit zowel muzikale als verbale interventies binnen, die in van muziektherapeuten in Duitsland worden ingezet.

Monotoon Spel

Monotoon is van het hoofdwoord 'monotonie' afgeleid. Het beschrijft iets gelijkmatig, eentonig dat niet in zijn vorm verandert en daardoor vaak saai of vermoeiend gaat werken (Dudenredaktion, 2004).

'Monotoon spel' heeft in dit onderzoek altijd betrekking op de individuele muzikale manier van vormgeving binnen het kader van een muziektherapeutisch groepsproces. Het beschrijft een manier van spelen die gekenmerkt wordt door een vaste / rigide vorm en het gebruik maken van enkel muzikale parameters. Het ritme of de melodie wordt over langer tijd herhaald zonder van dynamiek of vorm te veranderen.

2.8 Doelstelling

De doelstelling van dit onderzoek is het verkrijgen van een inventarisatie van interventies van muziektherapeuten die in de open volwassene psychiatrie met groepen werken. Door middel van deze inventarisatie ben ik in staat mijn vraagstelling te beantwoorden. Door de verzamelde interventies van muziektherapeuten die met deze doelgroep werken kom ik verder tot nieuwe inzichten. Hierdoor ben ik in staat kritisch naar mijn eigen werkmodel te kijken en dit vervolgens aan te passen. Mijn werkmodel wordt meer evidence based en ik ben in staat mijn manier van werken beter te onderbouwen. Uiteindelijk zorgt dit ook voor een verbetering van mijn beroepsmatig handelen, omdat ik over een groter repertoire gezien mijn muziektherapeutische handelen beschik.

De uitkomsten van het onderzoek zijn niet allen van belang voor mijzelf als toekomstig muziektherapeut, maar kunnen ook voor de praktijk en theorie van het beroep belangrijk zijn. Bruscia (1987) heeft verder een hoeveelheid aan mogelijk interventies opgesteld, die aan therapeutische doelen zijn gekoppeld. Er ontbreekt literatuur waarin praktische ervaringen zijn genoemd en ingezet interventies worden beschreven. Doel van dit onderzoek is daarom om een soort handvat op te stellen met praktische tips (interventies) en belangrijke aspecten gezien het werken met groepen in de open volwassene psychiatrie in het algemeen, maar ook meer specifiek voor het werken met cliënten die over meer dan twee sessies in de groep monotoon blijven spelen.

3 Onderzoeksopzet

Hoofdstuk 3 Onderzoeksopzet geeft inzicht en verklaring over de gekozen onderzoekstype en -methode. Veder zijn de gebruikte dataverzamelingstechnieken genoemd en beschreven. Dit wordt op uitgaand van de vraagstelling beargumenteerd. Aan de kwaliteit van resultaten is door best mogelijk waarborgen van de kwaliteitscriteria van trustworthiness zorg gedragen. Deze worden enkel toegelicht. Ten slot wordt beschreven hoe de data zijn geprepareerd en waarom, zoals een beschrijving van de analysetechnieken van Grounded Theory. Voorbeelden van selecteerde analysestappen zitten in de bijlage.

3.1 Onderzoekstype en Methode

Vraagstelling en doelstelling zijn volgens Migchelbrink voor het type onderzoek bepalend (Migchelbrink, 2008). De onderzoeksvraag van dit onderzoek, geeft een behoefte aan informatie gezien het beschreven onderzoeksverschijnsel aan. In de doelstelling wordt verder duidelijk het verzamelen van interventies als onderzoeksdoel genoemd. Dit zijn volgens Migchelbrink (2008) duidelijk indicaties voor een inventariserend onderzoek. Hij noemt verder als doel voor dit type onderzoek het in beeld brengen van de 'huidige stand van zaken' (Migchelbrink, 2008, p.135). De onderzoeksvraag is daarom een beschrijvende of inventariserende vraag. Omdat het doel van het onderzoek niet het uitvinden van een bepaalde frequentie of de omvang van het beschreven verschijnsel is, zoals het meestal bij een kwantitatieve onderzoek het geval is, valt het onderzoek onder het beschrijvende type. Het gaat dus over het beschrijven, benoemen, inventariseren en categoriseren van mijn onderzoeksverschijnsel. Hierbij heb ik gebruik gemaakt van verschillende perspectieven en situatiedefinities. Volgens Baarde, de Goede en Teunissen (2005) is in zo een geval de kwalitatieve survey het meest geschikt. Doel van deze is in eerste instantie het beschrijven van de onderzoeksverschijnsel. Door dit te doen is het mogelijk om een bredere beeld van de onderzoeksverschijnsel te krijgen. Om een dwarsdoorsnede van verschillende opvattingen en interventies gezien het verschijnsel te verzamelen biedt een survey de mogelijkheid om verschillende personen (onderzoekseenheden) te benaderen. Het verzameld beeld wordt breder. Hierdoor is voor een kwalitatieve survey gekozen. Door middel van de onderzoeksvragen wordt geïnventariseerd welke muziektherapeutische interventies in Duitsland ingezet worden, als monotoon spel over meer dan twee sessies bij de behandeling van cliënten uit de open volwassenen psychiatrie in een groepssetting optreed. Door een antwoord hierop te vinden wordt in kaart gebracht, wat nodig is om cliënten in een muziektherapeutische groepssetting te behandelen, die met hun spel over langer tijd monotoon blijven, en welke interventies worden ingezet om deze cliënten in het groepsproces te kunnen integreren. Omdat er nog weinig over is geschreven gaat het daarom in eerste instantie over het expliciteren van verborgen kennis. Vanuit dit reden was het niet mogelijk om een kwantitatieve onderzoek te doen. Er was van te voren te weinig informatie om een vragenlijst te kunnen opstellen. Vanuit dit gebrek aan informatie werd ervoor gekozen om met open interviews te werken. Aan het begin was dus niet bekend, wat allemaal te weten gaat komen. Daarom wordt redelijk open in de dataverzameling in gestapt. Dit is volgens Maso en Smaling (2004) en Baarda (2009) typisch voor een kwalitatieve survey. Er wordt met open interviews en open of weinig gestandaardiseerde observatiemethoden gewerkt. Over de manier van dataverzameling bestaat in het volgende een extra paragraaf 3.3 Data-verzameling.

3.2 Onderzoekspopulatie

Baarda en de Goede (2006) definiëren de onderzoekspopulatie als de totale groep van mensen op die een onderzoek betrekking heeft en waarover een uitspraak wordt gedaan. De onderzoekspopulatie wordt daarom meer of minder al in de vraagstelling gedefinieerd: Welke interventies worden in Duitsland ingezet als het muzikale uitdrukking van een cliënt uit de open volwassene psychiatrie over ten minste twee sessies monotoon blijft binnen het kader van een muziektherapeutische groepsimprovisatie?

De centrale onderzoekseenheid van dit onderzoek zijn daarom muziektherapeuten uit Duitsland die in de open volwassene psychiatrie met muziektherapeutische groepsimprovisaties werken.

Om een diversiteit gezien mijn respondentengroep te bereiken, wordt op verschillende voorwaarden voor de keuze van de respondenten gelet. Hierdoor krijgt het onderzoek een bredere beeld en meer gedetailleerde beschrijvingen van de onderzoeksverschijnselen (Baarda, 2009). Doel van de opgestelde voorwaarden was daarom om van een beperkte aantal respondenten zo veel informatie als mogelijk te verkrijgen.

Bij de keuze van respondenten wordt daarom op mogelijkst diversiteit gezien volgende indicaties gelet:

- Opleiding
- Werkervaring
- Geslacht
- Werkplek
- Verschillen binnen de doelgroep (Depressie, Persoonlijkheidsstoornis, Psychose-patiënten; enz.)
- Leeftijd

Om contactgegevens van muziektherapeuten te achterhalen wordt vooral van een contactlijst gebruikt gemaakt, welke gepubliceerd wordt door de 'Deutsche musiktherapeutische Gesellschaft' (DmtG). Op deze zijn muziektherapeuten met hun werkplek genoemd. In totaal zijn vijftientwintig mails aan muziektherapeuten verstuurd, die volgens deze lijst in de open volwassene psychiatrie werken. Van de vijftientwintig muziektherapeuten hebben dertien gereageerd. In totaal zijn door deze manier van respondentenbenadering twee interviews tot stand gekomen. De andere elf muziektherapeuten werkten niet meer met die doelgroep of konden geen tijd vrijmaken voor een interview. Andreas Brünen en Wolfgang Soost waren geïnteresseerd en in staat om een persoonlijk interview te doen. De andere twee respondenten die aan dit onderzoek hebben deelgenomen, zijn door persoonlijke contacten gevonden. Franz Mecklenbeck heeft mij als een van de twee muziektherapeuten tijdens mijn stage begeleid en heeft tevens contact met het vierde respondenten Franz Josef Plum als respondent gelegd. De enige vrouwelijke respondent heeft helaas op het laatste moment vanwege persoonlijke reden moeten afzeggen. In totaal zijn dus data uit vier interviews voor dit onderzoek verzameld en geanalyseerd.

Met doel en zo goed mogelijke toestand van thick discription te bereiken, heb ik voor respondenten gekozen, die alle verschillend zijn opgeleid. Dit heeft ten gevolge, dat elk muziektherapeut vanuit een ander theoretische achtergrond werkt:

Tabel 1. Opleiding en Werkmodel respondenten

	Franz Mecklenbeck	Andreas Brünen	Franz Josef Plum	Wolfgang Soost
Werkmodel / Opleiding	Psychodynamisch georiënteerd / geen klassieke muziektherapeutische opleiding; studie van muziek en psychologie	Mix van gedrags- en psychodynamisch georiënteerd / studie muziektherapie in Heerle; studie in psychologie en opleiding gedragstherapeut daarop gedaan	Morfologisch georiënteerd / Masteropleiding Muziektherapie Münster	Antroposofisch georiënteerd / Muziektherapeut (opleiding niet bekend) en geneeskundige

3.3 Dataverzameling

De dataverzameling voor dit onderzoek heeft door middel van open interviews¹⁴ plaats gevonden. In het verloop van deze was het mogelijk om een topiclijst¹⁵ op te stellen. Met behulp van deze was het mogelijk om de interviews meer gestructureerd en dus doelmatiger te doen. Dit is volgens Maso en Smaling (2004) een van de meest gebruikte dataverzamelmethode. Door middel van deze kan aan het open en flexibel karakter van een kwalitatieve survey worden voldaan. Om zo dicht mogelijk bij de feitelijke gegevens te komen en een breedheid van resultaten te waarborgen is dit nodig.

De dataverzamelmethode open interviews wordt gezien dit onderzoek gebruikt, om bestaande kennis¹⁶ van muziektherapeuten te verzamelen met de focus op interventies die ingezet worden, als monotoon spel

¹⁴ Open interview: niet door middel van vaste vragen of topics gestructureerde interview.

¹⁵ Topiclijst: op deze zijn belangrijke aspecten of begrippen gezien het onderzoeksfenomeen genoemd. Door deze wordt een open interview meer gestructureerd: het is dan semi-gestructureerd.

over meer dan twee sessie in een groepssetting in de open volwassene psychiatrie optreed. Dit als doel wordt tevens in de doelstelling (paragraaf 2.8) beschreven. Door middel van literatuuronderzoek was weinig informatie over geschikte interventies of belangrijke aspecten gezien het muziektherapeutische werken met deze doelgroep. Met behulp van open interviews was het mogelijk om ten eerste een hoeveelheid aan informatie gezien het onderzoeksfenomeen te verzamelen. De onderzoek was dus daarop gericht om nieuwe en onverwachte data te verzamelen en van daaruit ook tot onverwachte resultaten te komen. Afgezien van een telefonisch interview met Wolfgang Soost zijn voor de data-verzameling persoonlijke face-to-face-interviews gedaan. Deze hebben op de werkplek van de desbetreffende respondent plaats gevonden. Hierdoor was het mogelijk om meer inzicht over de werksituatie van elk respondent te krijgen. Deze persoonlijke indruk heeft geholpen om interviewvragen individueel op elk muziektherapeut af te stemmen. De drempel om aan het onderzoek deel te nemen wordt tevens verlaagd, omdat de deelname geen rijstijd en geld van de deelnemers vraagde. Ook het gevaar van sociaal wenselijke antwoorden wordt minder, omdat het interview individueel en op bekende terrein plaatsvond. Er bestond minder prestatiedruk, waardoor probeert wordt, de authenticiteit¹⁷ van de gevonden antwoorden te waarborgen.

Bij dit onderzoek zijn respondenten geïnterviewd, die vanuit verschillende theoretische uitgangspunten werken (zie tabel 1. 'Opleiding en Werkmodel respondenten'). Er is daarom binnen het dataverzameling van dit onderzoek gebruik gemaakt van theoretische triangulatie (Baarda et al., 2005). Dit veronderstelt, dat er metingen gedaan zijn vanuit verschillende gezichtspunten, wat de kwaliteit van onderzoek verhoogt (Maso & Smaling, 2004).

Kenmerkend voor een kwalitatieve onderzoek is verder het iteratieve proces¹⁸ (Baarda, 2009). Bij deze worden niet allen de beoogde gegevens verzameld en daarnaar geanalyseerd, het beschrijft veelmeer er integratie en afwisseling van data-verzameling en data-analyse. Op grond van in de eerste interviews opgedaan ervaringen en data kon zo bijvoorbeeld de onderzoeksvraag bijgewerkt worden. Door het onderzoeksfenomeen meer precies te benoemen¹⁹, was het gemakkelijker resultaten te verzamelen die vergelijkbaar zijn.

3.4 Het Interview

De interviews zijn zoals in paragraaf 3.3 Data-verzameling beschreven, persoonlijk en individueel op de werkplek van de desbetreffend respondent afgenomen. De gesprekken worden met behulp van een klein opnameapparaat opgenomen. Het moment van afname bleef zo meest mogelijk authentiek. Gezien de onderzoeksvraag was het niet noodzakelijk om notities voor non-verbaal gedrag bij te houden. Dit komt, omdat het onderzoeksfenomeen op het verzamelen van muziektherapeutische interventies gericht was en niet op de hoedanigheden van muziektherapeuten of cliënten in de beschreven situatie. De daarbij bevonden emoties, die in non-verbaal gedrag terug gezien zouden kunnen worden, waren dus voor het beantwoorden van de onderzoeksvraag niet van belang. De interviews hebben verder in een ontspannen sfeer zonder storingen van buiten plaatsgevonden, waardoor op geen moment sprake van emotionele kleuring gezien de verworpen data was. Het moment van afname waarin de data verzameld wordt, was gezien de onderzoeksvraag prospectief (Baarda, 2009). Dit betekend, dat de vraagstelling en dus het onderzoeksfenomeen niet op een (emotioneel) ervaring of belevenis was gericht, maar op het gezamenlijke kennis en ervaring van een respondent daarover. De vraagstelling van dit onderzoek doelde op een momentopname: de interventies die op dat moment van muziektherapeuten in Duitsland worden ingezet. De kennis over geschikte interventies is niet door de belevenissen van een situatie ontwikkeld, maar wordt samengevoegd uit het geheel aan beroeps- en levenservaring. Dit ontwikkelingsproces (opleiding, leeftijd, werkervaring) was gezien het onderzoeksfenomeen niet van belang, wel voor de keuze van de onderzoekspopulatie. Doel van de interviews was dus niet, om data over het ontwikkelingsproces aan zich te verzamelen, maar wel de daarbij ontwikkelde ervaring en kennis (Baarda et al., 2005).

Het interview met Franz Mecklenbeck was die opstart van de data-verzameling voor dit onderzoek. Zijn theoretische werkmodel en manier van werken was door tien maanden stage onder zijn aanleiding en begeleiding bekend. Verder was hij als persoonlijkheid bekend en het interview heeft onder de veiligheid van de tijdens de stage ontwikkelde relatie plaats gevonden. Voor het eerste praktische induiken en uitvoeren

¹⁶ Bestaande kennis: dit wordt ook tacit knowledge genoemd.

¹⁷ Authenticiteit: kwaliteitscriteria, wordt in paragraaf 3.5.5 Authenticiteit verder uitgelegd.

¹⁸ Iteratief proces: Integratie en afwisseling van data-verzameling en analyse.

¹⁹ In de oorspronkelijke onderzoeksvraag was sprake van stagnatie in plaats van monotoon spel. De eerste data maakte duidelijk, dat muziektherapeuten onder stagnatie veel verschillende fenomenen begrijpen. Het was lastig om tijdens het interview bij het eigenlijke onderzoeksdoel - het verzamelen van muzikale interventies - te blijven.

van het onderzoek, was dit het meest veilige opzet. Vanuit de resultaten die ik uit het eerste interview heb gekregen was het mogelijk om een topiclijst op te stellen die aan de volgende interviews meer structuur gaaf. Deze gaaf een inhoudelijke houvast, die meer ruimte gaaf om persoonlijk en individueel op elk respondent te reageren. Dit was belangrijk om een ontspannen sfeer tijdens de afname van het interview ook met onbekende muziektherapeuten te laten ontstaan. Aan hand van de topiclijst was het mogelijk om tijdens de interviews de vraagstelling (wat?) en doelstelling (waarom?) niet uit ogen te verliezen en binnen het kader van open interviews meer 'to the point' te komen. De ontspannen sfeer heeft het interesse en motivatie van de respondenten verhoogt met betrekking tot de beantwoording van de interviewvragen en het actieve meedenken gezien het onderzoeksfenomeen.

Punten op de topiclijst waren:

- Definitie monotoon spel
- Voorbeelden uit eigen praktijk --> gepleegde interventies
- Begrip van de therapeutische rol
- Therapeutische relatie
- Rol van het medium muziek
- Werkmodel

3.5 Kwaliteitscriteria

De resultaten van een kwalitatief onderzoek zijn voor een deel afhankelijk van toevalligheden (Baarda et al., 2005). Het is een momentopname dit op andere of latere momenten tot andere resultaten kan komen. Op een later moment is het bijvoorbeeld mogelijk, dat de respondenten met andere interventies bezig zijn of de structuur binnen de instelling is veranderd. De onderzoeker zelf kan zijn veranderd en andere vragen stellen, waardoor andere data verzameld worden. Om de onderzoeksresultaten zo inzichtelijk en controleerbaar als mogelijk te laten zijn, wordt daarom rekening gehouden met de kwaliteitscriteria voor Trustworthiness²⁰ (Baarda et al., 2005). Dit houdt in dat de resultaten niet de resultaten van de onderzoeker zijn, maar dat er sprake van een gecontroleerde subjectiviteit is. De conclusies zijn gebaseerd op de verzameld data in het kader van dit onderzoek.

In het volgende wordt uitgelekt hoe met de verschillende kwaliteitscriteria van kwalitatief onderzoek bij deze onderzoeksopzet is rekening gehouden. Dit gebeurt door een kort algemeen uitleg van elk kwaliteitscriteria en aansluitend een praktische uitleg hoe met deze binnen dit onderzoek wordt rekening gehouden.

3.5.1 Dependability

Dependability wordt door het Nederlandse begrip verzadiging vervangen. In de context van onderzoek doen houdt dit in, dat een verzadiging gezien de verzameld data en hun informatie is bereikt. Het kwaliteitscriteria dependability gaat dus naar, of de onderzoeker zich voldoende heeft ingezet om zoveel mogelijk informatie te verzamelen om en zo hoog mogelijk verzadiging gezien het onderzoeksfenomeen te waarborgen (Pënzes, 2013).

Doel van het onderzoek was een diversiteit van interventies te verzamelen, die op dit moment gezien het onderzoeksfenomeen worden ingezet. Dit wordt tacit knowledge genoemd (Baarda et al., 2005). Hieraan te voldoen was het belangrijk om niet alleen binnen een instelling data te verkrijgen, maar door middel van een inventariserend onderzoeksproces en triangulatie zo breed mogelijk naar informatie te zoeken. De breedheid van data-verzameling van het onderzoeksproces was door de beschikbare tijd van het afstudeerproject sterkt beperkt. Het was daarom niet mogelijk en tevens niet raadzaam om willekeurig interviews te doen tot dat een verzadiging bereikt wordt - zoals dit eigenlijk gezien dit kwaliteitscriteria moet worden gedaan (Baarda, 2009). Het was wel mogelijk om een toestand van thick discription aan te streven. Om deze informatiestand te bereiken, zijn de data door een iteratieve proces verzameld en geanalyseerd (Baarda et al., 2005). Verder wordt door het bewust kiezen van respondenten geprobeerd om gezien de tijdelijke mogelijkheden een grootst mogelijk diversiteit gezien de onderzoekspopulatie te waarborgen. Daarvoor gebruikte criteria zijn in het desbetreffende paragraaf 3.2 Onderzoekspopulatie genoemd.

²⁰ Trustworthiness: Betrouwbaarheid (Pënzes, 2013).

Er wordt tevens met een multimethode-triangulatie gewerkt (Maso & Smaling, 2004). Voor deze onderzoek zijn niet alleen interviews gedaan, maar worden de verworven data en resultaten van anderen deskundigen gelezen. Deze methode wordt peer debriefing genoemd (Baarda et al., 2005). Hierdoor wordt gewaarborgd, dat de getrokken conclusies niet uit de lucht komen, maar ook van anderen deskundigen uit de verworpen data getrokken kunnen worden. Voor deze onderzoek hebben Juliane Tissen, Guna Schwanen en David Wild de peer debriefing gedaan. Alle drie zijn muziektherapeuten. Juliane Tissen en Guna Schwanen zijn bovendien ervaren muziektherapeuten met betrekking tot die doelgroep. De onderzoeksproces en daarbij ontstonden conclusies van deze onderzoek zijn dus van buiten gecontroleerd (Baarda et al., 2005).

3.5.2 Confirmability

Confirmability wordt door het Nederlandse begrip navolgbaarheid vervangen. In de context van onderzoek doen houdt dit in, dat de gevonden resultaten gezien te onderzoeksopzet navolgbaar zijn. Het kwaliteitscriteria confirmability gaat dus na of de onderzoeker zich voortdurend heeft afgevraagd, of de gevonden antwoorden daadwerkelijk dat weergeven wat de deelnemers hebben gezegd en of de onderzoeksvraag beantwoord wordt (Pènzès, 2013).

Kwalitatief onderzoek doen is volgens Baarda et al. (2005) een, zich afwisselende proces van dataverzameling en -analyse. Voor dat een nieuwe interview wordt gedaan, was het daarom altijd nodig, om de al gedaan interviews eerst uit te schrijven en conclusies hieruit te trekken. Op grond van de nieuw verworven informatie was het mogelijk om de onderzoeksvraag tijdens het onderzoeksproces aan te passen en een topiclijst voor de interviews op te stellen. Dit vergroot de cohesie van verzameld data. Het bijwerken van de vraagstelling heeft het onderzoeksfenomeen meer concretiseert. Voor de respondenten was vanaf het begin meer helder waar het onderzoek over gaat. Verder wordt het verzamelen van vergelijkbare data beter gewaarborgd. De geanalyseerde data en resultaten met betrekking tot interventies, worden aan de respondenten teruggelegd om de toetsen, of de nieuwe data met de oorspronkelijke data van de respondenten overeenkomt. Baarda (2009) noemt dit member-checking.

Verder zijn de interviews door middel van audiotieve opnames en een uitgeschreven document na te lezen. De gezamenlijke interviews kunnen bij de auteur aangevraagd worden.

3.5.3 Transferability

Transferability wordt door het Nederlandse begrip overdraagbaarheid vervangen. Het bestaat uit de volgende drie componenten: begrijpelijkheid, overdraagbaarheid en bruikbaarheid. Elk component wordt vervolgens in een extra onderdeel toegelicht. Over het algemeen gaat het kwaliteitscriteria Transferability na, of het voor anderen duidelijk is wat de onderzoeker heeft gedaan en hoe hij zijn gegevens heeft verzameld, geanalyseerd en op welke basis hij zijn conclusies heeft getrokken (Pènzès, 2013).

1. Begrijpelijkheid

Om begrijpelijkheid te kunnen waarborgen zijn tijdens het gehele onderzoeksproces veldnotities bijgehouden. Dit gebeurde door middel van een soort dagboekverslag, wat zich uiteindelijk samen met gedane memo's tot een logboek heeft samengevoegd. De genomen stappen binnen het onderzoeksproces en onderzoeksanalyse zijn daarin opgeschreven en kunnen nageetrokken worden (Baarda et al., 2005). Door dit te doen is geprobeerd het onderzoeksproces begrijpelijk en transparant te maken. Het opschrijven van gedachtegangen gaf tijdens het onderzoeksproces tevens helderheid gegeven. Het was meer gemakkelijk om bewuster met getrokken conclusies omgegaan.

Verder was het mogelijk door het continue bijwerken van de onderzoeksvraag het onderzoeksfenomeen meer en meer helder te laten zijn. De doelstelling en vraagstelling wordt van buitenaf transparanter. Dit wordt tevens ook tijdens de peer-debriefting als feedback gegeven.

2. Overdraagbaarheid

Overdraagbaarheid houdt in, dat de randvoorwaarden onder die het onderzoek heeft plaatsgevonden op andere (onderzoeks-)situaties kunnen overdragen worden om de gewonnen resultaten te heertoetsen. Omdat als dataverzamelmethode voor interviews in plaats van observaties was gekozen, is bij dit onderzoek nauwelijks sprake van een onderzoekssituatie gezien het onderzoeksfenomeen. Door het precies bepalen van voorwaarden gezien de onderzoekspopulatie en een kritisch discussie binnen de data-analyse

is geprobeerd een inhoudelijk generalisatie te waarborgen. De door de data-verzameling en analyse gewonnen conclusies zullen daarom op vergelijkbare of overeenkomende situaties overdraagbaar zijn. Door het bewust vastleggen van relevante criteria gezien de onderzoekspopulatie²¹ is het verder meer gemakkelijk om de resultaten uit mijn eigen onderzoek over te dragen op vergelijkbare situaties (Baarda, 2009).

In het totaal was het doel gezien het bereiken waarborgen van overdraagbaarheid, om door middel van een bewust omgang met interne en externe geldigheid de overdraagbaarheid van dit onderzoek zo hoog mogelijk scheppen (Baarda et al., 2005). Dit houdt het bewust kiezen van de onderzoekopzet (interne geldigheid) en het 'streven om de gewone, alledaagse situatie zo veel mogelijk intact te laten' (externe geldigheid; Baarda et al., 2005, p. 199) in.

3. Bruikbaarheid

Het derde aspect van transferability beschrijft de bruikbaarheid van de gewonnen resultaten. Hier betekend transferability, dat de aanbevelingen bruikbaar zijn, dus of de onderzoeker aanbevelingen voor de praktijk doet en hoe bruikbaar het onderzoek voor anderen is. Het toetst, of lezers van een onderzoek de transfer van de gewonnen resultaten naar de praktijk kunnen maken (Pènzès, 2013).

Doel van dit onderzoek was juist om interventies te verzamelen die gezien het onderzoeksfenomeen daadwerkelijk in de praktijk worden ingezet. Binnen het kader van dit onderzoek was het niet mogelijk om de verzamelde interventies daadwerkelijk in een onderzoekopzet te testen. Er wordt wel geprobeerd om door middel van vraagstellingen tijdens de interviews duidelijk te maken, dat het alleen om interventies gaat, van welke de respondenten daadwerkelijk in de praktijk gebruik maken. Verder zijn de resultaten en het gehele onderzoek van drie muziektherapeuten gezien de bruikbaarheid van resultaten en de navolgbaarheid van het onderzoeksproces correctie gelezen. Dit noemt peer debriefing en was in paragraaf 3.5.1 Dependability tevens beschreven.

3.5.4 Credibility

Credibility wordt door het Nederlandse begrip geloofwaardigheid vervangen. Dit kwaliteitscriteria gaat na, of de bevindingen van het onderzoek en de analyses van de gegevens alleen op de interpretatie van een onderzoeker berusten of andere onderzoeker erbij betrokken waren (Pènzès, 2013).

Om dit kwaliteitscriteria te kunnen waarborgen was het gedaan peer debriefing gezien dit onderzoeksproces het meest belangrijk (Baarda et al., 2005). Zoals al gezegd, wordt hiervoor met drie andere deskundige muziektherapeuten samen gewerkt. Deze waren Juliane Tissen, Guna Schwanen en David Wild. Dit was in paragraaf 3.5.1 Dependability al uitgelegd.

3.5.5 Authenticiteit

Authenticiteit wordt door het Nederlandse begrip gemeenschappelijkheid vervangen. Dit kwaliteitscriteria gaat na, of de resultaten van het onderzoek voorgelegd zijn aan de deelnemers en of zich deze in de conclusie van de onderzoeker herkennen (Pènzès, 2013).

Door individuele face-to-face interviews en het toekomen naar de verschillende inrichtingen wordt geprobeerd het gevaar van sociaal wenselijke antwoorden en dus minder authentieke antwoorden en resultaten zo min mogelijk te houden (Baarda et al., 2005). Verder wordt met de gewonnen conclusies en resultaten member-checking gedaan om de gewonnen conclusies met de daadwerkelijk gegeven antwoorden en meningen van de onderzoekspopulatie te vergelijken. Zie voor verder informatie met betrekking tot member-checking het stuk over Confirmability, paragraaf 3.5.2.

3.6 Datapreparatie

Datapreparatie beschrijft in het proces van kwalitatief onderzoek, het prepareren van de verworven data. Bij deze stap mag de verzamelde data op geen moment inhoudelijk verandert of interpreteert worden (Baarda et al., 2005).

Om de gesproken en via opnameapparatuur vastgehouden data te kunnen analyseren, worden de interviews letterlijk uitgetypt. De gesprekken worden daarbij zo opgeschreven als deze woordelijk zijn afgelopen. Naam

²¹ Zie paragraaf 3.2 Onderzoekspopulatie.

van de respondent, de datum van afname en hoe het interview heeft plaats gevonden²² worden erbij gezet. Na het uitschrijven van elk interview worden tekstgedeelten die niet relevant waren voor het beantwoorden van de onderzoeksvraag geschrapt. Er heeft een eerste reductie van materiaal plaats gevonden (Baarda et al., 2005). Alle beslissingen die tot tekstreductie hebben geleid, en de redenen daarvoor zijn in een logboek bij gehouden (Maso & Smaling, 2004). Het uitgetypt origineel wordt verder bijgehouden en kan via mail²³ aangevraagd worden. Elk stap, die qua datapreparatie gedaan wordt, is in een eigen document op computer opgeslagen.

Tekstpassagen zijn op grond van volgende indicaties geschrapt (Pènzès, 2013):

- Persoonlijke emoties daarbij
- Anekdoten / Uitstappen
- Problemen m.b.t. inrichting
- Ervaringen / Interventies gezien een ander doelgroep of individuele therapie

De inhoud van geschrapt tekst is door een korte samenvatting bijgehouden en was daardoor gemakkelijker te achterhalen (bijv. 'Ausflug Sommerurlaub'). Dit is zoals de interviews in het Duitse gebeurd.

3.7 Data-Analyse

De data-analyse van dit onderzoek is op basis van een theorie-ontwikkelingsmethode gedaan, die door Glaser en Strauss (1967) is ontwikkeld: de Grounded Theory. Deze geeft een handvat om gefundeerde theorieën stap voor stap te ontwikkelen, als nog weinig bestaande theorieën in de literatuur beschikbaar zijn en ten eerste door kwalitatieve onderzoek tacit knowledge moet worden verzameld (Pènzès, 2013) - zoals het in dit onderzoek is gedaan. Gebaseerd op het verzameld en geanalyseerde kennis van de onderzoekseenheid is de onderzoeker in staat om een gefundeerde nieuwe theorie op te stellen. Nieuwe theorieën worden naar de analyse-methode van Grounded Theory stapsgewijs op basis van systematisch verkregen en geanalyseerde onderzoeksgegevens ontwikkelt (Glaser & Strauss, 1967). Over het algemeen, begint de onderzoeker met het lezen van een klein gedeelte van de verzameld data. Vervolgens worden een of meerdere labels aan dit segment toegekend, die in het kort informatie verschaffen over de inhoud van het segment. Deze stap noemt open coderen (zie paragraaf 3.7.1 Open coderen). In een tweede analyse-stap worden deze labels (ook codes genoemd) vergelijken en categorieën opgesteld (Baarda et al., 2005). Deze stap noemt axiaal coderen (zie paragraaf 3.7.2 Axiaal coderen). In het kader van dit onderzoek zijn meningen en acties van verschillende muziektherapeuten verzameld en vergeleken. Hierdoor ontstaan theorieën of theoretisch modellen gebaseerd op bestaande kennis²⁴ uit de praktijk. Concluderend staat Grounded Theory voor een aanpak waarbij de onderzoeker door bijvoorbeeld interviews gaandeweg hypothesen opstelt en deze in volgende interviews alweer toetst en zo nodig aanpast²⁵. Dit wordt zo lang gedaan tot dat verzadiging²⁶ is bereikt. Dit wil zeggen, dat geen nieuwe hypothesen meer kunnen opgesteld worden, omdat bij het toetsen van de gevonden hypothesen geen nieuwe informatie opkomen. De zo ontstonden en getoetst hypothesen kunnen nu als theoretische stellingen beschouwd worden (Baarda, 2009).

Baarda et al. (2005) beschrijven drie stappen in het coderingsproces, die meestal op elkaar volgen, maar dit niet per se hoeven te doen. Deze noemen open coderen, axiaal coderen en selectief coderen. Deze coderingsprocessen worden volgens Corbin en Strauss (2008) gebruikt, om thema's in de uitgeschreven interviews te herkennen en te benoemen. Zij definiëren coderen als 'operations by which data are broken down, conceptualized, and put back together in new ways' (Corbin & Strauss, 2008, p. 56).

²² Telefonisch of persoonlijk.

²³ eva.stolper@musiktherapie.de.

²⁴ Ook Tacit Knowledge genoemd.

²⁵ Ook Iteratieve Proces genoemd.

²⁶ Zie 3.5.1 Dependability.

3.7.1 Open coderen

Open coderen is meestal het eerste coderings-stap, na het schrappen van interviewteksten. Corbin en Strauss (2008) omschrijven open coderen als volgt:

'... the analytic process by which concepts are identified and developed in terms of their properties and dimensions. The basic analytic procedures by which this is accomplished are: the asking of questions about the data; and the making of comparisons for similarities and differences between each incident, event or other instances of phenomena. Similar events and incidents are labeled and grouped to form categories.' (Corbin & Strauss, 2008, p. 74).

Open coderen breekt een tekst in fragmenten en staat daarmee de onderzoeker toe nieuwe codes te vinden door het vergelijken van deze. Deze fragmenten bestaan uit een of meerdere steekwoorden - labels genoemd. De gevonden fragmenten vormen uiteindelijk analyse-eenheden (Baarda, 2009). Voor een betere overzicht zijn de verschillende fragmenten en hun steekwoorden met verschillende kleuren gemarkeerd worden. Door dit te doen wordt de samenhangigheid tussen steekwoorden en fragmenten zoals hun hoeveelheid per interview en gezien de totale data duidelijk. De kennis over verschillende sensitizing concepts²⁷ heeft geholpen om de verworven data in het context te begrijpen. Dit was nodig omdat elk respondent vanuit een ander theoretische achtergrond werkte. Op grond van deze diversiteit moesten nieuwe analyse-eenheden gevonden worden. Op de was ook de topiclijst gebaseerd.

Opgesteld analyse-eenheden:

- Verbale Interventie / Muzikale Interventie / Andere Interventie
- Andere Interventie
- Therapeutische Relatie
- Afstand & Nabijheid
- Acceptatie
- Groepsproces
- Rol van het Medium Muziek

3.7.2 Axiaal Coderen

Axiaal coderen volgt meestal in het analyseproces van Grounded Theory op open coderen. In deze fase wordt gezocht naar 'verbanden tussen de verschillende categorieën van gegevens die uit de open codering zijn ontstaan (Lewis, Saunders & Thornhill, 2004, p. 420). Zijn verbanden tussen categorieën gevonden, worden deze in hiërarchische vorm gerangschikt. Het ontstaan subcategorieën. Door dit te doen ontstaan dimensies en het is mogelijk meer generaliserend over de gevonden data na te denken (Corbin & Strauss, 2008).

Op basis van gevonden categorieën met betrekking tot de verworven data van dit onderzoek, wordt een code-tabel (Pènzès, 2013) opgesteld. Deze geeft het verband tussen analyse-eenheden, hoeveelheid en context waarin deze genoemd zijn, weer. Dit vergroot ook de intersubjectiviteit²⁸ van de gevonden resultaten van dit onderzoek (Baarda, 2009).

²⁷ Concepten uit bestaande theorieën die gebruikt worden om een kwalitatieve onderzoek te beginnen (Tracy, 2012, p.28, vertaling E. Stolper).

²⁸ De resultaten zijn op grond van de gevonden categorieën voor anderen herhaalbaar. Gebaseerd op dezelfde data trekken zij dezelfde conclusies en resultaten daaruit.

Tabel 2. Voorbeeld Code-Tabel Data-analyse

	Muzikale Interventie	Verbale Interventie	Andere Interventie
Fase Therapieproces			
Doelstelling Interventie			
Therapeutische Relatie			
Cliënt			

4 Resultaten

Het volgende hoofdstuk dient een overzicht en inzicht van de verworpen en geanalyseerde data te geven, die door middel van persoonlijke interviews met muziektherapeuten in Duitsland worden verzameld. Hoe de data zijn verzameld, geanalyseerd en met welke kwaliteitscriteria rekening wordt gehouden, is in het voorafgaande hoofdstuk 3 Onderzoeksopzet beschreven. De volgende paragrafen beschrijven de resultaten van dit onderzoeksproces.

Gezien de tekst wordt gekozen om bepaalde Duitse woorden, die van de respondenten vaker in de interviews genoemd worden, niet te vertalen. Voor deze begrippen werd geen Nederlandse vertaling gevonden, die het desbetreffende fenomeen net zo goed beschrijft. Elk gebruikte Duitse begrip uit de tekst heeft wel een bijgevoegd voetnotitie, die een Nederlandse verklaring of beschrijving van het Duitse woord geeft. Verder zijn in de paragrafen cijfers tussen haakjes te vinden. Deze geven de hoeveelheid van respondenten aan, die het vooraanstaande begrip of aspect in de interviews genoemd hebben. Door dit te doen is in de tekst een gewichting aan de resultaten gegeven, gezien de context in welke zij staan. Omdat vier interviews gedaan zijn, geeft (4) het hoogst te bereikende cijfer aan. Gebruikte citaten aan het begin van elk paragraaf zijn uit de afgenomen interviews. De uitgeschreven interviews kunnen bij de auteur aangevraagd worden.

4.1 Monotoon spel

'Stagnation würde bedeuten:

'Der kriegt nichts auf die Reihe!'

Aber das stimmt nicht,

Auch wenn er beharrlich auf drei Tönen geklimpert,

Haben seine drei Tönen einen Wert für ihn und für die Situation.'

Franz Mecklenbeck²⁹

Monotoon spel wordt van twee respondenten 'zäh'³⁰ en van een respondent als 'karg'³¹ waargenomen. Er bestaat geen overeenstemming of de manier van monotoon spel en de daarachter liggend oorzaken in samenhang met de diagnose staan.

Een respondent noemt mogelijk oorzaken voor monotoon spel gezien de gestelde diagnose. Deze zijn in tabel 3. Resultaten: Muzikale vormgeving afhankelijk van diagnoses weergegeven.

Tabel 3. Resultaten: Muzikale vormgeving afhankelijk van diagnoses

	Psychose	Persoonlijkheidsstoornis	Depressie
Reden voor monotoon spel	Bangheid emoties toe te laten	Provocatie, Bangheid om anders niet voldoende opmerkzaamheid te krijgen	Heeft geen zin, monotoon spel / passieve deelname op grond van een gebrek aan eigen innerlijke motivatie
Muzikale vormgeving	Zeer gestructureerd spel, Geen expressie, Blijven in bekend motieven	Overdreven spel, Harde dynamiek, Geen / Weinig structuur	Speelt heel zacht, Doet niet mee, Gebruikt alleen enkel tonen

²⁹ Franz Mecklenbeck (Interview, 2013).

³⁰ Zäh: taai (Langenscheidt-Redaktion, 2005).

³¹ Karg: karig (Langenscheidt-Redaktion, 2005).

De tabel verbindt de stoornis van een cliënt met een mogelijk werkende onderliggende dynamiek die tot een bepaalde muzikale vormgeving kunnen leiden. Een symptoom van de psychiatrische stoornis 'Depressie' is bijvoorbeeld het gebrek aan eigen innerlijke motivatie. Dit kan volgens de respondent in de muziektherapie de oorzaak voor een passieve deelname of een monotoon klinkend spel zijn. Volgens de tabel zou bij de cliënt van de inleidende casus bangheid om eigen emoties in de muziek toe te laten tot het ritmisch starre muzikaal gedrag geleid hebben. De samenhang van diagnose en muzikale vormgeving wordt in deze duidelijkheid alleen van een respondent genoemd. Volgens een ander respondent bestaan geen analogieën tussen ziektebeeld of persoonlijke thema en het muzikale vormgeving. Hij geeft wel aan, dat een analogie bestaat tussen de muzikale vormgeving en het emotionele belevenis op het moment. Er bestaat wel een overeenstemming onder de respondenten, dat elk muzikale uitdrukking en vormgeving zin en zijn betekenis voor de mens in het moment heeft. Verder geven alle respondenten aan, dat elk cliënt individueel met zijn geschiedenis en in het hier en nu moet worden bekeken en waargenomen. Tabel 3 'Resultaten: muzikale vormgeving afhankelijk van diagnoses' kan daarom alleen als een vaker voorkomende mogelijkheid binnen een hoeveelheid aan mogelijkheden worden gezien.

4.2 Van cliënten en therapeuten

'In dem Moment,

Wo ich den Patienten mit dem Gefühl sehe

Und mich nicht mit der Krankheit herumschiebe,

Eröffnen sich Momente mit Möglichkeiten.'

Andreas Brünen³²

De verworpen data gaven een overzicht van kwaliteiten over die muziektherapeuten en cliënten volgens de respondenten moeten beschikken, om in het kader van een muziektherapeutische groepssetting samen te kunnen werken. Enerzijds worden dus therapeutische vaardigheden en aspecten genoemd, die nodig zijn om een psychiatrisch, volwassen cliënt muziektherapeutisch te kunnen begeleiden. Deze worden vooral in het begrip van de eigen therapeutische rol (paragraaf 4.2.1), de therapeutische attitude (paragraaf 4.2.2) en het creëren van de therapeutische relatie (paragraaf 4.2.3) zichtbaar. Anderzijds eigenschappen, die een cliënt moet meebrengen, om binnen de muziektherapeutische groepssetting in zijn persoonlijke therapieproces groei te kunnen ervaren. Deze zijn in paragraaf 4.2.4 Vaardigheden van cliënten opgenoemd.

4.2.1 Begrip van de eigen therapeutische rol

'Das hat natürlich mit Souveränität und Erfahrung zu tun.

Da gebe ich dir Recht.

Aber warum darf eine unerfahrene Therapeutin

Nicht unsicher oder nicht wütend sein?'

Franz Mecklenbeck³³

Onder het kopje 4.2.1 Begrip van de eigen therapeutische rol zijn de volgende vragen te beantwoorden: Hoe begrijpen zich de respondenten in hun rol als muziektherapeut? Hoe zien zij hun therapeutische opdracht?

Hier was niet in elk interview antwoord op te vinden. De concreet genoemd begrippen waren begeleider (1) en moderator (1). De respondenten stemmen wel overeen in hoe zij hun opdracht zien. Zij zien hun taak om door middel van interventies een aanbod (2) te maken om iets 'nieuws' of 'creatiefs' te laten ontstaan. Het is van belang, dat elk cliënt zelf de ruimte heeft om te kiezen of hij gebruik van het aanbod maakt of niet (4). Het is niet het opdracht om activiteiten aan te bieden met het doel plezier te maken of de muziek in gang te houden (4). De rol van de therapeut wordt veelmeer beschreven als begeleiding en ondersteuning van de groepsdynamica (3). Drie respondenten noemen, dat zij niet de rol inhouden om cliëntgedrag te toetsen of te veroordelen - het kritisch achtervragen van geobserveerd gedragingen en emoties en het therapeutisch begeleiden van deze wordt als werkbeschrijving gegeven.

³² Andreas Brünen (Interview, 2013).

³³ Franz Mecklenbeck (Interview, 2013).

4.2.2 Therapeutische Attitude

'Es geht um das Gefühl frei zu sein,

Selbst entscheiden zu dürfen!'

Franz Josef Plum³⁴

Onder het kopje 4.2.2 Therapeutische Attitude zijn de volgende vragen te beantwoorden: Welke innerlijke overtuiging geeft het werken van een muziktherapeut vorm? Naar welke spelregels ageren muziktherapeuten in de open volwassene psychiatrie?

Gezien het aspect 'Therapeutische Attitude' zijn volgende begrippen van de respondenten genoemd:

- Acceptatie (4)
- Muziektherapie als 'wertfreier Raum'³⁵ (4)
- De cliënt is mondig (3)
- De therapeut neemt ruimte (3)
- De therapeut geeft ruimte (2)
- De therapeut kan veranderen (2)

Acceptatie en het begrip van muziektherapie als 'wertfreier Raum' worden volgens de data-analyse van alle respondenten genoemd. De opvatting van de cliënt als volwassene en zelf verantwoordelijk persoon is in drie interviews gezegd. Dit geldt ook voor het uitspraak 'De therapeut neemt ruimte'. Het minst maar wel nog twee keer zijn 'De therapeut geeft ruimte' en 'De therapeut kan veranderen' genoemd.

4.2.3 Therapeutische Relatie

'Ich versuche einfach so weit es geht

Sie nicht zu verstoßen,

Sondern die Beziehung

Auf der emotionalen Ebene noch zu verstärken,

Noch mehr zu fesseln im übertragenen Sinne.

Das ich sie noch mehr binde

In die verlässliche Beziehung zum Therapeuten.'

Franz Mecklenbeck³⁶

Onder het kopje 4.2.3 Therapeutische Relatie zijn de volgende vragen te beantwoorden: Wat verstaan de geïnterviewde respondenten onder een therapeutische relatie? Over welke eigenschappen beschikt een functionerende therapeutische relatie?

In de data worden volgende begrippen genoemd:

- Vertrouwen (4)
- Zekerheid bieden (3)
- Begrip van de cliënt (2)

³⁴ Franz Josef Plum (Interview, 2013).

³⁵ Wertfreier Raum: ruimte / sfeer waarin geen waarderingen plaats vinden (vertaling E. Stolper).

³⁶ Franz Mecklenbeck (Interview, 2013).

- Stabiliteit / 'Halten können'³⁷ (2)
- Betrouwbaarheid (1)
- Hechting (1)

100% van de respondenten geven aan, dat het creëren van een 'veilige therapeutische relatie' de eerste stap in elk therapieproces is, voor dat aan ander therapeutische doelen kan worden gewerkt. Hieronder geven 50% woordelijk aan, dat een cliënt niet geconfronteerd mag worden met zijn monotoon spel voordat een functionerende therapeutische relatie is opgebouwd.

Bij een functionerende therapeutische relatie hoort voor vier respondenten vertrouwen. Drie noemen dat de individuele cliënt maar ook de groep 'Zekerheid' in een therapeutische relatie ervaart en twee noemen 'Stabiliteit' als belangrijk begrip in dit samenhang. Verder blijkt uit de data de een iemand een gevoel van 'Begrip van de cliënt' heeft, wil zeggen, dat zij de cliënt met zijn individuele verhaal en therapieproces in zijn gedragingen kunnen inschatten. 'Betrouwbaarheid' en 'Binding' zijn verder alleen van een respondent genoemd.

4.2.4 Vaardigheden van cliënten

'Er erfährt etwas, erlebt etwas,

Aber setzt es im Alltag nicht um.

Das hat etwas von Phantasie,

Von Kino gehen oder Cirque du Soleil gehen

Und sich dort beeindrucken lassen.

Aber im Grunde genommen die Stimmung nicht

In den Alltag transportieren zu können.

Das gibt es auch, Stimmungserlebnisse für uns Menschen.'

Franz Mecklenbeck³⁸

Onder het kopje 4.2.4 Vaardigheden van cliënten is de volgende vraag te beantwoorden: Wat is van zijde van de cliënt nodig om de muziektherapeutische groepssetting voor zijn eigen therapeutische proces te kunnen gebruiken?

Vier van vier respondenten noemen dat de cliënt actief aan zijn persoonlijk proces moet willen werken en de muziektherapie daarvoor wil gebruiken. Twee van de vier geïnterviewde therapeuten doen daarvoor een persoonlijke kennismaking met elk potentieel cliënt. Zij geven gemiddeld aan, dat 95% daarnaar bewust zelf voor de muziektherapeutische setting kiezen om aan hun relatieopbouw en emoties te willen werken. 5% beslissen om niet aan de muziektherapie deel te nemen. Deze therapeuten geven verder aan, dat ze minder last van weerstanden of blokkades binnen de groepssetting hebben. In vergelijking geven therapeuten, die geen individuele kennismaking doen en bij wie de cliënten van de artsen direct naar de muziektherapie worden verwezen, meer weerstanden of blokkades vooral in de eerste sessies tegen te komen.

Een respondent noemt, dat de cliënt in staat moet zijn om zelf actief om te zetten. Dit betekend, dat hij veranderingen in zijn muzikaal spel zelf moet kunnen doen om deze ook in het alledaagse leven te kunnen integreren. Het is niet voldoende om zich van het groepsspel of de therapeut te kunnen laten dragen.

Drie respondenten geven aan, dat de mondigheid van een cliënt een voorwaarde stelt om aan de muziektherapeutische groepssetting mee te kunnen doen.

³⁷ Halten können: houvast kunnen geven (vertaling E. Stolper).

³⁸ Franz Mecklenbeck (Interview, 2013).

4.3 Muziektherapeutische Setting

Uit de data blijkt, dat elk muziektherapeut op de ene of andere manier individueel aan de muziektherapeutische setting vorm geeft. Hoewel de grove opbouw dezelfde is, ligt de focus van elk respondent op een ander aspect. De hierbij ontstaande verschil gezien therapieopzet is in paragraaf 4.3.1 Opbouw en Focus binnen de muziektherapeutische setting gebaseerd op de data uitdrukking gegeven. Verder blijkt uit de data waar muziektherapeuten hun aandacht tijdens een groepsimprovisatie meest op richten. Dit is spannend om te weten, omdat een muziektherapeut tijdens een groepsimprovisatie veel verschillende indrukken moet verwerken en zijn handelen daarop afstemmen. Paragraaf 4.3.2 Aandacht tijdens de Groepsimprovisatie geeft een overzicht van de opgedaan resultaten. Verdiepend wordt daarop in hoofdstuk 5 Discussie ingegaan.

4.3.1 Opbouw en Focus binnen de muziektherapeutische setting

*'Es kommt darauf an,
Wie ich die Methode
In mein Gesamtpaket integriere.
Wie betrachte ich die Menschen
Mit denen ich zu tun habe?'*
Andreas Brünen³⁹

Onder het kopje 4.3.1 Opbouw en Focus binnen de muziektherapeutische setting is de volgende vraag te beantwoorden: Hoe geven de respondenten structuur aan hun muziektherapeutische setting?

Alle respondenten werken met hetzelfde opbouw van een muziektherapeutische setting: Gesprek - Muziek - Gesprek. Het tweede gesprek is daarbij van reflectief karakter. Over het algemeen werken de respondenten met heterogene groepen. Dit betekent, dat geen opdeling qua indicatie gebeurt en er dus cliënten met verschillende ziektebeelden en voorwaarden naar de muziektherapie komen en in een therapiegroep zitten. Dit komt omdat alle respondenten met groepen werken, waarin de cliënten uit verschillende afdelingen en verschillende ziektebeelden samen komen. Een respondent werkt wel met een zwakgestructureerde en een beter gestructureerde groep. De mate van structuur staat hier voor de doelgroep. Mensen die moeilijkheden hebben zelf structuur aan te brengen zitten dus in de zwakgestructureerde en mensen voor die het meer gemakkelijk is een eigen structuur te vinden zitten in de beter gestructureerde groep.

De waardering van elk therapieonderdeel (Gesprek - Muziek - Gesprek) is van therapeut tot therapeut verschillend. Een respondent legt zijn hoofdoogmerk gezien het onderzoeksverschijnsel op het voorgesprek. Dit wordt gebruikt om mogelijk destructief uitdrukking door de individuele cliënt of de groep te voorkomen. Een ander respondent geeft duidelijk aan, dat zijn focus op het muzikale handelen ligt. In zijn manier van werken gebeurt minder door verbale reflectie dan door muzikale belevenis. De derde muziektherapeut legt zijn focus in de opbouw duidelijk op het reflectieve nagesprek. De vierde respondent legt zijn focus niet op een gedeelte, maar op de atmosfeer die tijdens het gehele setting aanwezig is. Er zijn duidelijk analogieën te zien tussen de werkmodellen en opleidingen van de verschillende respondenten. Verder laat zich bij dit ook de rol van het medium muziek plaatsen, die elk respondenten aan deze door middel van de therapeutische setting geeft.

³⁹ Andreas Brünen (Interview, 2013).

Tabel 4. Resultaten: Werkmodel / Opleiding gekoppeld aan therapeutische focus

	Respondent 1	Respondent 2	Respondent 3	Respondent 4
Werkmodel / Opleiding	Psychodynamisch georiënteerd / geen klassieke muziektherapeutische opleiding; studie van muziek en psychologie	Mix van gedrags- en psychodynamisch georiënteerd / studie muziektherapie in Heerle; studie in psychologie en vervolgopleiding gedragstherapeut	Morfologisch georiënteerd / Masteropleiding Muziektherapie Münster	Muziektherapeut (opleiding niet bekend) en geneeskundige
Focus therapeutisch setting	Reflectieve Nagesprek	Voorgesprek	Muziek	Atmosfeer tijdens de sessie
Rol medium Muziek	Muziek is enkel 'bijwerk'	Geen constante rol, afhankelijk hoe het wordt gebruikt	De belevenis in de muziek is voldoende; het medium muziek heeft een hoge integratie-kwaliteit (contact van tegenstrijdige posities mogelijk)	'Muziek die tussen ons speelt is belangrijker dan de muziek, die op de instrumenten wordt gespeeld.'

Uit tabel 4 wordt duidelijk, dat elk geïnterviewd muziektherapeut het medium muziek en tegelijkertijd zijn therapeutische focus op verschillende punten binnen de muziektherapeutische setting legt. De omvattende structuur is daarentegen gelijk.

4.3.2 Aandacht tijdens de groepsimprovisatie

'Aber es kann ja auch sein,

Dass er keinen anderen Rhythmus kann.

Es ist sein Lebensrhythmus.'

Franz Mecklenbeck⁴⁰

Onder het kopje 4.3.2 Aandacht tijdens de groepsimprovisatie is de volgende vraag te beantwoorden: Waar leggen muziektherapeuten hun aandacht op tijdens de groepsimprovisatie?

Zoals in hoofdstuk 3 Probleemstelling beschreven, is het voor onervaren muziektherapeuten moeilijk om binnen het complexe systeem van een groepsimprovisatie een (observatie)structuur te vinden, die helpt om de dynamiek te begrijpen en interventies te vinden.

Drie van de respondenten geven aan, dat ze proberen zich in de groep en haar eigen dynamiek in te horen en deze als geheel te bekijken. Verder geven twee van vier respondenten aan, dat ze de individuele cliënt daarbij met zijn muziek willen kunnen voelen. Er beschrijven drie respondenten, dat ze niet expliciet van cliënt naar cliënt met hun aandacht wisselen maar door de groep 'umherschweifen'⁴¹. Zij stemmen erin overeen, dat zij proberen, de cliënt individueel, met zijn proces en zijn persoonlijke geschiedenis in het groepsproces te zien.

4.4 Interventies

De onderzoeksvraag is op het verzamelen van muziektherapeutische interventies gericht, die ingezet worden in het muziektherapeutische groepsproces in de open volwassene psychiatrie met cliënten die over langer termijn monotoon spel laten zien. In de interviews genoemde interventies worden in de paragrafen 4.4.1 Individuele Kennismaking en 4.4.2 Interventies binnen het groepsproces weergegeven. Er was volgens

⁴⁰ Franz Mecklenbeck (Interview, 2013).

⁴¹ Umherschweifen: rondzwerven (Langenscheidt-Redaktion, 2005).

de data een verschil te zien tussen respondenten die met individuele kennismaking werken en diegene die een nieuwe cliënt direct in de muziektherapeutische groepssetting opnemen. Dit verschil krijgt in hoofdstuk 5 Discussie meer uitleg.

4.4.1 Individueel Kennismaking

*'Das ist bei allen Menschen so.
Jeder Mensch ist stimmig in seinem Erleben
Und in seinem Ausdruck.
Erlebe ich das als unstimmig,
Habe ich noch nicht richtig verstanden,
Warum das so ist.'*
Andreas Brünen⁴²

Twee van de vier respondenten werken met individuele kennismaking. Alle twee geven aan, dat sinds zij met deze kennismaking werken, minder situaties met betrekking tot weerstanden blokkades die tot monotoon spel kunnen leiden optreden.

Beide respondenten plegen met deze interventie het doel, de therapeutische relatie al op een persoonlijk moment te laten ontstaan voordat de cliënt in de groep wordt opgenomen. Verder wordt in het kennismakingsgesprek de therapiemethode en het werkmodel aan de cliënt uitgelegd. Als tweede doel wordt het 'mondig maken' van de cliënt genoemd. Aan het einde van de individuele kennismaking mag de cliënt zelf beslissen of hij aan de groepsmuziektherapie wil deelnemen met het doel aan zijn persoonlijk proces daarin te werken. In het volgende worden te twee verschillende manieren van een individuele kennismaking gedetailleerder beschreven.

Kennismaking 1

In het multidisciplinaire team wordt samen overwogen welk nieuwe cliënt aan de muziektherapie zou kunnen deelnemen, als een plek in de groep vrij wordt. De therapeut bezoekt dan de cliënt op de afdeling. In een persoonlijk gesprek op de afdeling van de cliënt stelt zich de muziektherapeut bij de cliënt voor en legt ten eerste muziektherapie aan zich uit. Vervolgens beschrijft hij de afloop en setting waarin de therapie gaat plaats gaan vinden en hoe muziektherapie kan werken en aan welke doelen gewerkt kan worden. Achteraf is er ruimte voor vragen en eventuele onzekerheden. Dit duurt gemiddeld een half uur. De cliënt wordt afsluitend gevraagd of hij zich kan voorstellen om aan de groepsmuziektherapie deel te nemen en wordt voor een volgende sessie uitgenodigd. Worden in dit eerste gesprek weerstanden duidelijk, probeert de muziektherapeut deze samen met de cliënt te overwinnen. Heeft de cliënt bijvoorbeeld geen zin om aan het muziektherapeutische aanbod deel te nemen, kan bijvoorbeeld worden afgesproken om een keer aan de groepstherapie deel te nemen en pas dan een besluit te nemen.

Kennismaking 2

De therapeut krijgt een aanmelding van een arts voor een cliënt om aan de muziektherapie deel te nemen. De cliënt wordt dan van de therapeut uitgenodigd om eens persoonlijk naar de muziektherapieruimte te komen. De therapeut stelt zich en het medium muziek zoals de groepsmuziektherapie voor. Achteraf wordt de cliënt van de muziektherapeut geïnterviewd. Inhoudelijk gaat het hier vooral over doelen die de cliënt in zijn persoonlijk proces wil bereiken. Er wordt samen overwogen hoe dit met de muziektherapie kan gecombineerd worden.

In een tweede stap mag de cliënt de instrumenten uitproberen die in het ruimte staan. Doel hiervan is vooral het leren kennen van de verschillende klanken van instrumenten en de persoonlijk reactie daarop. Heeft de cliënt een voor zich aangenaam klinkend instrument gevonden, stapt de therapeut samen met de cliënt in de muziek in. Hier maakt de therapeut direct gebruik van een vrije of semi-gestructureerde improvisatie.

Naar afloop van de kennismaking wordt ook hier het cliënt persoonlijk gevraagd of hij aan de groepsmuziektherapie wil deelnemen. Dit is altijd gekoppeld aan de bereidheid om de muziektherapie voor het werken aan het persoonlijke therapieproces te gebruiken.

⁴² Andreas Brünen (Interview, 2013).

4.4.2 Interventies binnen het Groepsproces

'Die Gruppe geht immer so schnell,

Wie der Langsamste gehen kann.'

Franz Josef Plum⁴³

De volgende tabel 5 geeft inzicht over de in de interviews genoemde interventies. De cijfers tussen hakjes geven ook hier de hoeveelheid van respondenten aan, die de betreffende interventie hebben genoemd. Er wordt een indeling gemaakt aan de hand van het moment op welk een interventie binnen het therapeutisch proces wordt ingezet aan de hand van de aard (verbaal, muzikaal of anders) van de interventie. 'Verbaal' en 'Muzikaal' zijn vanzelfsprekend. 'Andere' houdt in, dat de interventies non-verbaal en niet met behulp van het medium muziek gedaan zijn. Deze kunnen of met verbale of muzikale interventies worden gecombineert. Uit de data blijkt verder, dat het individuele proces in het muziektherapeutische groepsproces in vier fases kan worden ingedeeld.

Deze zijn:

- Kennismaking (in de groep)
- Beginfase
- Middenfase
- Eindfase

Het onderzoeksverschijnsel komt volgens de data-analyse alleen in de eerste drie fases voor. Daarom is de eindfase in de volgende tabel niet genoemd. Verbale interventies worden of in de individuele kennismaking of bij het openings- of reflectiegesprek ingezet. Dit is in de tabel duidelijk aangegeven. Tijdens het werken in de muziek wordt volgens alle respondenten niet verbaal intervenieert. Van alle respondenten is tevens genoemd, dat ze het multidisciplinaire gesprek opzoeken als het lastig valt om het gedrag van een cliënt tijdens de muziektherapie in te ordenen. Dit is niet in de tabel genoemd, omdat het geen interventie is, zoals het in het kader van het onderzoek is gedefinieerd⁴⁴.

⁴³ Franz Josef Plum (Interview, 2013).

⁴⁴ Zie paragraaf 2.4.7 Belangrijke Begrippen.

Tabel 5. Resultaten: Interventies binnen het groepsproces

	Verbaal	Muzikaal	Andere
Kennismaking	Cliënt in de groep laten voorstellen / De groep laten voorstellen (4) Iemand uit de groep laten vertellen, wat muziektherapie voor hem betekend (2) Actief in het groepsgesprek integreren (1)		
Beginfase	Acceptatie in het gesprek laten voelen --> relatie emotioneel bekrachtigen (3) Hulpmiddel aanraden qua instrumentenkeuze / Manier van spelen (1) Gezamenlijk overwegen of (groeps-)muziektherapie op dat moment het passende therapievorm is (2)	Structuur aanbieden door middel van ritme of melodie (2) Bruscia-Interventies (zie bijlage) gezien 'contact-maken' en 'dragen' (1) Acceptatie van wat er is ('Machen Lassen') (4) Cliënt muzikaal afhalen waar hij zich bevindt (muzikaal manier van spelen imiteren - op nabijheid en distantie letten!) (2)	Waar nemen zonder eigen eisen daaraan te toetsen (4) Bevestiging door middel van oogcontact (2) Ruimtelijk contact vergroten / kleiner maken (2)
Middenfase	Voor de muziek: Eigen verantwoordelijkheid van het cliënt na toe zijn medecliënten bewust maken ('Mevrouw S. heeft net vertelt, dat ze vandaag veel behoefte aan rust heeft, hoe wil jij daar ruimte in jou eigen spel aangeven, als jij zegt dat jij eigenlijk alleen maar op de trommel wilt slagen?') (1) Voorkomen van vermeend destructief muzikaal gedrag als dit uit het gesprek naar voren komt door middel van benoemen en bewust maken van onderliggend mechanismen (1) Afspreken van duidelijk signalen binnen de muziek om in het hier en nu de kunnen blijven (bewust naar anderen kijken; als jij mij duidelijk dit of dat hoort spelen, kijk jij naar mij) (2) Hulpmiddel aanraden qua instrumentenkeuze / Manier van spelen (1) Na de muziek : Verbaliseren wat ik als therapeut heb waargenomen (Let op: overdracht - tegenoverdracht) (3)	Bij dominant / Provocerend cliëntspel: Zelf in de provocatie gaan door het tegen zetten van een hard, krachtig ritme (3; een respondent geeft aan, dat dit contraproductief is gezien relatieopbouw) Groep tegen de cliënt laten spelen (alleen in het 'worst case') (2) De cliënt overtreffen: muzikaal triggeren tot dat hij niet meer hoger/snelser/harder kan spelen (1) Tempo onbewust verlagen (1) 'Strompelen' in een vast ritme inbouwen (1) Naar een pauze met nieuw materiaal beginnen en de groep daarin proberen mee te nemen (1) Andere: Acceptatie van wat er is ('Moet daar überhaupt iets veranderd worden?'; 'Heeft de cliënt/de groep mijn interventie nodig?') (2) Cliënt muzikaal verlijden: de cliënt blijft in een monotoon 4/4-maat spelen --> stapsgewijs een 3/4-maat aanbieden (1) Nabijheid & Distantie: cliënt muzikaal afhalen; muzikale motieven in eigen spel opnemen (Bruscia: Imitating; zie bijlage) (4) Muzikaal dialoog in de groepsimprovisatie	Waar nemen zonder eigen eisen daaraan te toetsen (4) Bevestiging door middel van oogcontact (2) Ruimtelijk contact vergroten / kleiner maken (2)

		zoeken (2)	
		Muzikaal contact aanbieden (3)	
	Feedback van de groep vragen (4)	Nieuwe Werkvormen:	
	Analogieën van muzikaal gedrag na toe alledaagse situaties leggen (2)	Nieuwe therapieopzet: therapeut is al aan het spelen als de cliënt naar te muziektherapie komen (aanbieden van nieuwe structuur / openbreken van oude structuur) (1)	
	Bij passieve deelname tijdens de muziek: actief in het gesprek integreren ('Hoe was dat voor u?') (3)	Werken met duo's of trio's (contact) (2)	
	Eigen pijngrens en die van de groep duidelijk benoemen (2)	Rond geven van een geluid (contact) (2)	
	Bekrachten van eigen spel ('Ik zou het fijn vinden om jou de volgende keer beter te kunnen horen.') (3)	Werken met ritme: trommelkanoon, werken met een vast ritme (vergroten van de groepsdynamiek --> elk cliënt is ingebonden, wordt van het speldynamiek met getrokken) (1)	
		- Meer gestructureerde Improvisatie (Thematische) (2)	
		- Receptief aanbod: de cliënt mag op de grond gaan liggen en de groep / therapeut speelt voor hem (voeding, ontspanning) (1)	

Uit de tabel blijkt, dat het in de beginfase interventies vooral met het doel worden gebruikt, om de cliënt in zijn spel en in de groep te bevestigen. In de middenfase wordt een hoeveelheid van interventiemogelijkheden zichtbaar. Opvallend is, dat veel respondenten de ruimte nemen om van vrije improvisatie over te stappen naar meer gestructureerde werkvormen. Verder valt op, dat in vergelijking met muzikale interventies ook veel gebruik van verbale interventies wordt gemaakt. De hierbij uitgekomen resultaten ervaren in hoofdstuk 5 Discussie meer uitleg⁴⁵.

⁴⁵ Zie paragraaf 5.3.4 Het is alles over contact.

5 Discussie

Dit laatste hoofdstuk dient een terugblik te geven op het gehele onderzoeksproces. Ten eerste zal ik reflecteren op de uitvoering van het onderzoek. Hierbij ga ik het onderzoeksproces kritisch bekijken en tekortkomingen en sterkten van het onderzoek noemen. Van hieruit ga ik de gevonden resultaten terugpakken en onder gebruik van literatuur en kritische analyse doe ik een aanbeveling doen voor een verder onderzoek. De in dit onderzoek ontworpen resultaten ga ik verder in een nieuwe werkmodel aan het voorbeeld van het in paragraaf 2.1.1 Aanleiding beschreven casus aanwenden.

5.1 Reflectie op de uitvoering van dit onderzoek

Gezien het opzet van dit onderzoek is niet alles naar plan gelopen. Bij het plannen van de onderzoeksopzet had ik te hoge verwachtingen gezien de tijdsplanning en het benaderen van respondenten. Als ik dan het 'Go' van de hogeschool had gekregen om met het onderzoeksproces te beginnen, kwam het gehele proces moeilijk op gang. De eerste interviews had ik vrijwel snel gedaan, maar dan miste ik informatie gezien het analyseren van de gewonnen data en eigenlijk verwachte respons ontbrak. Enerzijds begonnen de workshops die wij van de hogeschool gezien het analyseren van data hebben gekregen later dan ik had verwacht en in mijn tijdsplanning had ingerekend. Voordat ik mijn data kon analyseren, moest ik de workshops van de hogeschool afwachten. Voor het iteratieve proces had dit ten gevolge, dat ik moest wachten voor dat ik nieuwe afspraken voor interviews kon maken omdat ik de al verworpen data eerst moest analyseren om mijn vraagstelling en interviewvragen voor vervolginterviews aan te kunnen passen. Het onderzoeksproces was dus op dat moment afhankelijk van uiterlijke factoren die ik zo niet had verwacht, wat mij in het gevolg onzeker maakte. Ik zelf raakte mijn motivatie kwijt en twijfelde aan het gehele onderzoeksopzet. Het onderzoeksproces stagneerde. Verder was het vinden van respondenten lastiger dan verwacht. Het lukte om persoonlijk bekende therapeuten voor een interview te motiveren, maar onbekende therapeuten voor de deelname te vinden was daarentegen moeilijk. Verder moest ik mijn data-verzameling vroeg afronden, omdat ik veel tijd in het correct gebruiken van de Nederlandse taal wilde steken, omdat dit niet mijn moedertaal is. Alle hoofdstukken heb ik daarom gezien mijn taalgebruik correctie moeten laten lezen. Dit kostte tijd. Ik heb daarom aan het einde bewust gekozen om mijn data-verzameling af te ronden, ondanks ik alleen vier respondenten had geïnterviewd. Dit was nodig om een goede verstaanbaarheid gezien mijn taalgebruik te kunnen waarborgen.

Anderzijds heb ik tijdens de uitvoering van dit onderzoek ook veel plezier en positieve uitdaging ervaren. Het afnemen van de interviews lukte uitstekend goed. Ik kon de respondenten tijdens het gesprek voor mijn onderzoeksfenomeen bezielen en heb zelf nieuwe inspiratie en motivatie voor het muziektherapeutische beroep ervaren. De persoonlijke uitwisseling van gedachten en meningen bevestigde mij in de uitvoering van dit onderzoek en mijn keuze voor een baan als muziektherapeut. Het onderzoeksproces heeft tegelijkertijd een persoonlijke groeiproces beschreven en was daarom onafhankelijk van de uitkomsten een grote meerwaarde voor mijn persoonlijke en professionele ontwikkeling. Bij de uitvoering van dit onderzoek heb ik mijn professionele netwerk door persoonlijke contacten met muziektherapeuten kunnen uitbouwen, maar kon ook op een stevige en competente begeleiding vooral door Juliane Tissen vertrouwen. Het menselijke aspect en onderdeel van dit onderzoek verliep daarom uitstekend goed en heeft uiteindelijk tot de nu voorligende resultaten geleid.

5.1.1 Vraagstelling

De vraagstelling van dit onderzoek heb ik continue moeten bijwerken. Aan het begin van mijn onderzoek had ik geen helder beeld hoe ik mijn onderzoeksverschijnsel theoretisch kan verklaren. Ik had mijn vooronderzoek wel gebruikt om meer theoretisch begrip op monotoon spel in de muziektherapeutische groepsproces te krijgen. De rode lijn had ik terwijl nog niet gevonden. Hoe ik mijn onderzoeksverschijnsel in de praktijk en het theoretisch funderde muziektherapeutische werkproces kan plaatsten heb ik met behulp van de data-verzameling begrepen. De interviews met ervaren muziektherapeuten hebben mij bewust van nieuwe of tijdens de studie geleerde, maar al weer vergeten literatuur en theorieën gemaakt. Hierdoor heeft zich met een met de rode lijn binnen dit onderzoek ontwikkeld. De daarbij verworpen kennis heb ik gebruikt om mijn vraagstelling bij te werken.

Ben ik met het begrip 'stagnatie' in de vraagstelling begonnen om het onderzoeksfenomeen te beschrijven, is dit tijdens het onderzoeksproces in 'monotoon spel' verandert. Dit is nog steeds geen helder begrip. Het was

nodig om praktische voorbeelden te geven om voor de respondenten duidelijk te maken, wat ik met het begrip bedoelde. Het lukte mij niet om het fenomeen nog concreter in de vraagstelling te benoemen. In de vraagstelling wordt duidelijk welke onderzoekseenheden⁴⁶ ik heb benadert en welke doelgroep⁴⁷ in de focus staat. Verder is het doel van het gehele onderzoek benoemd: verzamelen van interventies. Het onderzoeksverschijnsel⁴⁸ bleef daarentegen meest onduidelijk. Dit heeft meerdere redenen:

1. Er bestaat geen eenheidsbenoeming van cliëntspel, het is alleen mogelijk om elk muzikaal spel door middel van muzikale componenten of parameter te analyseren.
2. Muziektherapie staat voor een therapeutische ruimte zonder waardering: begrippen als 'Stagnatie' of 'Blokkade' zijn van persoonlijke waarneming gekleurd en in het gewone taalgebruik waardierend.
3. Psychische processen die tot een muzikale spel kunnen leiden, moeten individueel worden bekeken, het kan niet algemeen van bijvoorbeeld 'Weerstand' worden gesproken die tot monotoon spel leiden⁴⁹.

5.1.2 Onderzoekspopulatie

Benadering

Gezien de onderzoeksplanning had ik niet verwacht dat het zo moeilijk zou zijn om respondenten voor de deelname aan mijn onderzoek te motiveren. Het onderzoeksopzet was daarop gericht om gezien mijn onderzoeksmethode de deelname zo gemakkelijk als mogelijk voor de respondenten te maken. Zo had ik bijvoorbeeld een groter effect verwacht op mijn bereidheid om naar elk respondent toe te komen. Voor het opzoeken van contactgegevens heb ik de contactlijst van de 'Deutsche musiktherapeutische Gesellschaft' gebruikt. Hierop zijn therapeuten met hun werkplekken genoemd. Op grond van de reacties die ik op mijn aanvragen heb gekregen ga ik ervan uit, dat deze lijst niet meer actueel is. Veel respondenten hebben geantwoord, dat ze niet meer in de open volwassenen psychiatrie werken. Muziektherapeuten die nog wel met deze doelgroep bezig waren, hadden geen tijd om een persoonlijk interview te doen. Ik heb tevens geprobeerd om door het opzoeken van websites van verschillende psychiatrische instellingen aan contactgegevens van daar werkende muziektherapeuten te komen. Dit had geen succes. Veel Duitse instellingen noemen alleen de verschillende afdelingen en desbetreffende doelgroepen. Twee van de respondenten heb ik daarom over privé contacten gevonden en twee via mijn e-mail-aanvragen. In totaal heb ik vijftientig mails aan mogelijk respondenten gestuurd. Op achttien mails heb ik een reactie gekregen. Inhoudelijk heb ik in de contactmail ten eerste uitgelegd, hoe ik aan de contactgegevens van elk muziektherapeut ben gekomen, de reden voor mijn contactopname (vraag om deelname aan een interview) en het kader van deze (mijn eindthesis). Vervolgens heb ik mijn vraagstelling benoemd en deze inhoudelijk verklaart. Tot slot heb ik benoemd in welk setting het interview zoude kunnen plaatsvinden (persoonlijk gesprek in de inrichting van de desbetreffende therapeut) en dat ik gezien de waarborging van data het interview met een opnameapparatuur wil opnemen. Omdat ik op mijn eerste mails nauwelijks respons kreeg (of het nu positief of negatief was) heb ik verder een laatste paragraaf bijgevoegd, met de vraag om een kort reactie of nu positief of negatief, om niet bij de gewenste onderzoekspopulatie passende muziektherapeuten uit het contactlijst te kunnen halen. Deze duidelijkheid heeft zijn werking gedaan. Op mijn bijgewerkt contactmail had ik bijna 100% algemene reacties.

Onderzoekspopulatie

Om data te verzamelen heb ik vier mannelijke muziektherapeuten uit Duitsland op hun werkplekken geïnterviewd. De leeftijd verschildt tussen de dertig en zestig. Alle zijn verschillend opgeleid en werken vanuit een ander methode. Zij werken alle met volwassene cliëntengroepen van open psychiatrische afdelingen, met open groepen en vrije improvisaties. Er was een interview met een beginnende vrouwelijke muziektherapeut geplant, maar die wordt helaas vanwege persoonlijke redenen van de respondent afgezegd. Dit gebeurde een maand voordat dit eindthesis moest worden ingeleverd, daarom was het tijdelijk niet mogelijk om een nieuwe termijn af te spreken of opnieuw respondenten te contacteren.

⁴⁶ Muziektherapeuten uit Duitsland, die met groepssettings werken.

⁴⁷ Clienten uit de open volwassenen psychiatrie.

⁴⁸ Monotoon spel.

⁴⁹ Zie hoofdstuk 4 Resultaten.

Duitse muziektherapeuten in de open volwassene psychiatrie werken veelal met een duidelijk gespreksaandeel. De grove indeling van het therapeutische setting was daarom van elk respondent gelijk (gesprek - muziek - gesprek). Een groter onderzoeksopzet zoude hier een groter variatie kunnen waarborgen en tot andere resultaten hebben geleid. De verworpen data zijn daarom sterk gefocust op een specifieke doelgroep, wat de mogelijkheden aan diversiteit klein houdt. Aan het kwaliteitscriterium dependability⁵⁰ voldoet deze onderzoeksopzet daarom alleen in zeer beperkte mate.

5.1.3 Het Interview

In hoofdstuk 3 Onderzoeksopzet heeft paragraaf 3.4 Het Interview betrekking op het opzet van de gedaan interviews. Redenen waarom voor open interviews wordt gekozen en hoe deze meer structuur hebben gekregen (topiclijst) zijn daaronder te vinden. Dit paragraaf 5.1.3 Het Interview gebruik ik daarom, om meer inzicht over de daadwerkelijke praktische uitvoering te geven. De gedaan interviews duurden gemiddeld een en half uur. De respondenten hadden geen tijdsdruk en hebben na afloop positieve feedback gegeven ('spannend thema'). Elk interview heeft individueel plaatsgevonden zonder stoornissen van buiten. Ik persoonlijk had de indruk, dat de respondenten het interview ook hebben gebruikt om ruimte voor het uitleggen van hun eigen werkmodel te nemen. De gevaar wenselijke antwoorden te verkrijgen (Baarde & De Goede, 2008) was daarom minimaal. De respondenten leekten tijdens het gehele interview ontspannen en persoonlijk geïnteresseerd. Ik zelf vond elk interview spannend, omdat ik bij elk gesprek nieuwe data kon verzamelen. Door ruimte geven aan persoonlijke ervaringen uit de praktijk en eerlijk interesse voor hun werkmodellen was ik in staat om het gesprek levendig en aangenaam voor de respondent en mezelf als interviewer te laten zijn. Vanuit deze attitude was het moeilijk voor mij om respondenten in hun persoonlijk verhalen te onderbreken. Niet alle delen van de interviews waren daarom relevant voor dit onderzoek. Het eigenlijke doel om concreet interventies uit de praktijk te verzamelen was verder lastig te bereiken. Elk respondent gaaf aan, dat hij zijn interventies afhankelijk van de individuele cliënt inzet. Zo kon ik eigenlijk alleen mogelijkheden om te interveniëren verzamelen maar geen concrete muzikale interventies in mijn resultaten uitwerken. Hier ga ik in een volgende paragraaf 5.3 Verklaring en interpretatie van de resultaten verder op in. De kwaliteit van opnames was altijd voldoende, om de gedaan interviews zorgvuldig uit te schrijven. Deze kunnen via mail bij de auteur aangevraagd worden. Geselecteerde fragmenten zijn in de bijlage te vinden.

5.2 Tekortkomingen en sterkten van het onderzoek

Gezien de net gedaan reflectie op het onderzoeksopzet is het mogelijk tekortkomingen en sterkten van het onderzoek duidelijk te benoemen. Een overzicht daarover geeft tabel 6. Overzicht tekortkomingen en sterkten van het onderzoekerszicht.

Tabel 6. Overzicht tekortkomingen en sterkten van het onderzoekerszicht

	Tekortkomingen	Sterkten
Algemene Opzet	Traag opstart, daardoor tijdstekort aan het einde	Zeer open insteek in de data-verzameling, veelvoudige resultaten (zie ook 3.5.1 Dependability)
Vraagstelling (zie ook 5.1.1 Vraagstelling)	Precies benoeming van het onderzoeksverschijnsel niet mogelijk --> wordt in de interviews uitgelegd	Continue bijwerking --> iteratief proces (zie ook 3.5.2 Confirmability) Duidelijk benoeming van de doelstelling, doelgroep en onderzoekspopulatie
Benadering Onderzoekspopulatie (zie ook 5.1.2 Onderzoekspopulatie)	Geen maximaal mogelijk respondentenbenadering gedaan. De volgende keer zoude ik tevens een telefonische benadering doen.	Gebruik gemaakt van verschillende contactsystemen: contactlijst van de 'DmtG', websites en persoonlijke contacten

⁵⁰ Zie paragraaf 3.5.1 Dependability.

		Contactmail bijgewerkt --> hoger respons
Onderzoekspopulatie (zie ook 5.1.2 Onderzoekspopulatie)	Alleen vier respondenten --> geen generaliseerbare resultaten (zie ook 3.5.1 Dependability) Weinig diversiteit gezien geslacht en beroepservaring	Respondenten alle verschillend opgeleid (zie ook 3.5.1 Dependability) Respondenten van verschillende inrichtingen (zie ook 3.5.1 Dependability) Respondenten van verschillende leeftijd (zie ook 3.5.1 Dependability)
Interview (zie ook 5.1.3 Het Interview)	Veel ruimte aan persoonlijke verhalen en interesses gegeven - lange interviews	Ontspannen sfeer tijdens de uitvoering --> minder gevaar sociaal wenselijke antwoorden (zie ook 3.5.5 Authenticiteit) Continue bijwerking van gewonnen informatie voor nieuwe interviews (zie ook 3.5.2 Confirmability) Hoog eigen motivatie en motivatie van respondenten

Uit de tabel blijkt, dat een behoorlijke tekortkoming van dit onderzoek bij de onderzoekspopulatie ligt. Dit komt voort uit een combinatie van mijn tijdsmanagement en de manier van respondentenbenadering. Het was daarom niet mogelijk om data van meer dan vier respondenten te verkrijgen. Deze hoeveelheid aan data is niet voldoende om aan het kwaliteitscriterium dependability (zie 3.5.1 Dependability) te voldoen. De gevonden resultaten zijn daarom niet generaliseerbaar (Baarda et al., 2005).

Hoewel de resultaten niet generaliseerbaar zijn en ik de doelstelling van mijn vraagstelling niet kon bereiken⁵¹, denk ik wel dat het onderzoek waardevol is voor de praktijk en theorie van het beroep. Dit onderzoek maakt nog eens duidelijk hoe veelvoudig het muziektherapeutische werken in de open volwassene psychiatrie is. Gezien de opgedaan resultaten is het gelukt om een verzameling en samenvatting van aspecten te maken, die voor het muziektherapeutische werken essentieel zijn. Het wordt duidelijk, dat elk muziektherapeut zijn eigen manier van werken heeft zoals elk cliënt individueel in het (therapeutische) systeem moet worden bekeken. Een concrete handleiding met interventies op te stellen – zo situatie A, dan gebruik interventie B – is daarom niet mogelijk en tevens niet raadzaam. Verder maakt dit onderzoek nog eens bewust, dat muziektherapeutisch werken altijd relatiewerk is. Deze gewaarwording is uiteindelijk de conclusie van mijn onderzoeksresultaten die ik in de volgende paragrafen verklaring en interpretatie geef. Daarom sluit het grote paragraaf 5.3 Verklaring en interpretatie van de resultaten met paragraaf 5.3.4 Het is alles over contact af.

5.3 Verklaring en interpretatie van de resultaten

In deze paragraaf 5.3 Verklaring en interpretatie van de resultaten zal ik de resultaten van het onderzoek uit hoofdstuk 4 Resultaten interpreteren en waar mogelijk met behulp van literatuur verklaren. De volgens mij meest belangrijke resultaten zijn dus nog eens terug gepakt, op nieuw bekeken en waar nodig met behulp van literatuur verklaart en in een theoretisch funderende context geplaatst. De eerste twee paragrafen 5.3.1 Elk mens klinkt anders en 5.3.2 Van vertrouwen over acceptatie naar containment zijn als overzicht en samenvatting gedacht. Zij geven inzicht wat algemeen voor het muziektherapeutisch werken met cliënten binnen de open volwassene psychiatrie belangrijk is. De paragrafen 5.3.3 Individuele Kennismaking en 5.3.4 Het is alles over contact geven meer voorbeelden voor het praktische werken in het medium. Nieuwe werkmodellen als suggesties voor muziektherapeutische interventies met betrekking tot monotoon spel in de groepstherapie resulteren daaruit. Deze zitten aan het einde van elk paragraaf en zijn door tabellen vorm gegeven. Hier wil ik al zeggen, dat de beschreven interventies als mogelijkheden en hulpmiddel zijn te begrijpen. Het blijft nodig om elk therapeutische situatie individueel te bekeken.

⁵¹ Zie paragraaf 5.3.1 Elk mens klinkt anders.

5.3.1 Elk mens klinkt anders

Een belangrijk resultaat van mijn onderzoek is, dat elk mens in de muziek(therapie) anders klinkt. Het is niet mogelijk om een vaste definitie van monotoon spel te geven en daaraan een passende interventie te koppelen - wat eigenlijk mijn doel van dit onderzoek was. Er mogen lichte overeenkomsten zijn gezien diagnoses, daarbij hoorbaar wordende muzikale expressie en gebruikte muzikale componenten (Hegi, 1998). Zo geeft tabel 3. Resultaten: Muzikale vormgeving afhankelijk van diagnoses (paragraaf 4.1 Monotoon spel) een overzicht over welke diagnose oorzaken van monotoon spel bevordert en hoe deze in de muziek hoorbaar kunnen worden. Mensen met depressieve klachten hebben als symptoom vaak een gebrek aan innerlijke motivatie (American Psychiatric Association, 2000). In de muziek kan dit daardoor expressie ervaren, dat de cliënt alleen gebruik van enkele tonen maakt of helemaal niet mee doet. Deze tabel kan als eerste hulpmiddel worden gezien, om cliëntgedrag op een eerste visie sneller te kunnen plaatsen of de te verwachten muzikale vormgeving van een cliënt van te voren in te schatten. Daarbij moet duidelijk zijn, dat het altijd nodig is, elk cliënt met zijn muziek in zijn individualiteit te zien en te horen.

Smeijsters (2006) zegt: 'De manier van vormgeving heeft betekenis. Toegepast op de muziektherapie houdt dit in dat de wijze waarop de cliënt muzikaal vormgeeft iets zegt over zijn psychische hoedanigheid op het moment van vormgeving' (Smeijsters, 2006, p. 105). Het medium muziek geeft mensen de ruimte om iets op een speelse manier te laten ontstaan en in het moment weer los te laten om nieuws te creëren. Er is continue verandering en vormgeving, ook als dit soms niet zo lijkt. Een trommelslag kan op een moment nog krachtig en sterk klinken en op de andere laat het zachtheid en kwetsbaarheid horen. Door het werken in de muziek is het dus mogelijk de eigen psychische hoedanigheid op het moment vorm te geven en door het vorm geven te ervaren. Op de ene manier is de vibratie⁵² van het eigen muziek en de groepsmuziek met het gehele lichaam door het instrument ervaarbaar. Op de andere manier geeft het instrument een directe akoestieke reactie op de gedaan actie. De woede die de trommelslag gestuurd heeft, wordt voor de cliënt en de groep in het moment hoorbaar.

Naar mijn eigen ervaring spelen bij het werken met mensen uit de open volwassene psychiatrie vaak soortgelijke thema's en emoties een rol. Het gaat om het voelen, vorm geven en accepteren van de vier basisemoties⁵³ om deze uiteindelijk te kunnen integreren (Timmermann, 2012). Iedereen weet dus wat bangheid is, maar toch voelt en ervaart het iedereen op een ander manier. Deze verscheidenheid krijgt in de vrije muzikale vormgeving ruimte en wordt in het hier en nu ervaarbaar. Monotoon spel kan dus oppervlakkig gekeken gelijk klingen, maar opmerkelijk daarnaar geluisterd klinkt het toch altijd anders - individueel. Om de daarin tot uitdruk komende psychische hoedanigheid te begrijpen, moet de mens met zijn geschiedenis en in zijn eigen persoonlijke proces worden gezien. Evenzo als zijn muziek. Daarop is terug te brengen, dat alle respondenten aangaven, dat elke muzikale expressie en vormgeving betekenis voor het spelende mens in het moment heeft. Deze moet worden begrepen om een passende interventie daarop te vinden - als deze voor het moment überhaupt nodig is.

Samenvatting

Mensen zijn individuen. Iedereen heeft een eigen geschiedenis, waarneming en belevenis. Hoewel het in ons mensenleven en dus de therapie altijd over hoofdthema's zoals liefde en teleurstelling in verbinding met daaraan verbonden emoties gaat (Plum, Interview, 2013) neemt elk mens deze verschillend waar en heeft een eigen belevenis daarbij. Het medium muziek biedt de mogelijkheid om psychische hoedanigheden op een veilige manier uit te drukken. De eigen belevenis wordt direct en in het hier en nu ervaarbaar. Daarbij ontstaande muziek klinkt dus zo verscheiden als de mens zelf. Het is mogelijk om hoofdlijnen in de muzikale vormgeving te herkennen - zoals monotoon spel - maar om de muziek met haar betekenis te begrijpen is het nodig om juist de verscheidenheden waar te nemen.

5.3.2 Van vertrouwen over acceptatie naar containment

Vertrouwen - of het belang van de therapeutische relatie

Gezien de resultaten is meest belangrijk, dat cliënten vertrouwen en zekerheid in de therapeutische relatie ervaren. Petersen (2009) beschrijft de therapeutische rol en dus het creëren van een professionele relatie met een cliënt als een sensibel spel tussen ongewoonte nabijheid en persoonlijke intimiteit op de ene kant

⁵² De geluidsgolven zijn door middel van het lichaam van veel instrumenten als resonantie in / met het eigen lichaam als soort vibratie te voelen.

⁵³ De vier basisemoties: blij, bang, boos, droevig (Smeijsters, 2008).

en reflecteerde afstand, emotionele onthouding en objectiviteit op de andere kant (Petersen, 2009, p. 204; vertaling E. Stolper). Volgens Petersen (2000) kan de therapeutische relatie verder in drie ervaringsdimensies worden opgedeeld, welke in de realiteit voortlopend in elkaar overgaan. Deze zijn overdracht, relatie en ontmoeting. De dimensies van overdracht en ontmoeting zijn over het algemeen onbewust. Daarom zou de therapeut aan het begin van een therapie vooral over de dimensie relatie kunnen interveniëren. Een functionerende therapeutische relatie is voorts essentieel om de cliënt met zijn angsten of onzekerheden te mogen confronteren. De cliënt moet zich binnen de therapeutische setting en dus in de therapeutische relatie veilig voelen, om voldoende ruimte in zijn muzikale vormgeving te kunnen nemen. Uit de resultaten blijkt, dat monotoon spel vaak ontstaat als zich de cliënt onveilig voelt. Bauwens en van Buggenhout (2006) schrijven hierover:

'Als men kijkt naar het verloop van de sessies merkt men dat er vaak een angst is om zichzelf te laten klinken. Een angst waardoor het niet vanzelfsprekend is om tot spel te komen (...). Het kan hierbij gaan over de angst om een bepaalde ervaring niet onder controle te kunnen houden en het traumatische opnieuw te ervaren. Zeker binnen muziektherapie kan dit heel dicht komen doordat beide (cliënt en therapeut) zich op het niveau van het lichaam situeren. Zolang aan deze onvatbare sensaties geen vorm kan gegeven worden, blijft dit een onveilige en onvoorspelbare situatie. Ook de angst om zichzelf te verliezen in het spel, om samen te vallen met anderen of met zichzelf. En, de angst om geconfronteerd te worden met een ander, niet vertrouwd of niet aanvaardbaar beeld van zichzelf. De muziek heeft immers als effect dat je tijdelijk uit je (veilige) subjectpositie weggetild wordt.' (Buggenhout, 2006, pp. 71-72)

De cliënt zoekt dus veiligheid in eigen, bekende spelpatronen. Het spel wordt monotoon. Treedt in een muziektherapeutische groepssetting over meer dan twee sessies monotoon spel op, moet zich de therapeut ten eerste afvragen of de cliënt in het therapeutische setting veiligheid kan ervaren en hoe de cliënt gezien zijn geschiedenis vertrouwen in relaties heeft vorm gegeven. De therapeutische relatie staat in een therapeutische setting adjunct voor relaties uit het dagelijkse leven van de cliënt (Krikilion, 2006).

Mogelijke vragen om het cliëntgedrag beter in zijn context te plaatsen, kunnen zijn:

1. Bestaat een therapeutische relatie tussen cliënt en therapeut op dat moment?
2. Hoe wordt aan de therapeutische relatie met deze cliënt vorm gegeven?
3. Hoe veel veiligheid en stabiliteit kan ik (de therapeut) voor de cliënt in het groepsproces bieden?

Zie hiervoor ook paragraaf 2.6 De groep als systeem en het medium muziek. Ervaart een cliënt geen stabiliteit en / of veiligheid in de therapeutische relatie, is het niet raadzaam om hem met zijn monotoon spel te confronteren. Dit te doen zoude zijn onzekerheid en wantrouwen in het contact nog bekrachtigen met het resultaat, dat hij misschien totaal niet meer te bereiken is (Timmermann, 2012). Gezien interventies is het daarom noodzakelijk om ten eerste vertrouwen op te bouwen en het therapeutische relatie meer stabiliteit te geven. Het aansluitende paragraaf 5.3.3 Interventies geeft daarover meer inzicht.

Acceptatie - of iets over de therapeutische attitude

Een ander belangrijke kwaliteit over die een therapeut volgens de respondenten moet beschikken, is acceptatie. Deze is kenmerkend voor de therapeutische attitude. Om een therapeutische relatie te laten ontstaan is een professionele therapeutische attitude doorslaggevend. De cliënt moet zich met zijn individualiteit in de therapeutische setting, en daarmee binnen de therapeutische relatie, gezien en geaccepteerd voelen (zie hoofdstuk 4 Resultaten, paragraaf 4.2.2 Therapeutische Attitude 4.2.2 Therapeutische Attitude). Deze professionele maar ook persoonlijke attitude ondersteunt de ontwikkeling van het eigen zelfbewustzijn van de cliënt en bekrachtigt een positieve zelfwaardering. Hiervoor is behulpzaam om muziektherapie als 'wertfreien Raum'⁵⁴ te begrijpen. Dit betekent, dat er geen goed of fout bestaat. Geen mooi of lelijk. Zoals in het boven staande paragraaf 5.3.1 Elk mens klinkt anders genoemd, heeft elke muziek zijn betekenis voor het mens in het hier en nu (Timmermann, 2012a). De mens hoeft geen muzikant te zijn om het medium muziek voor zich te kunnen gebruiken. Ik heb tijdens mijn stage ervaren, dat het zelf cliënten meer gemakkelijk valt om een eigen muzikale vormgeving te vinden, als deze voor het eerste keer in de muziek bezig zijn. Cliënten die als kind een instrument hebben geleerd of nog steeds muzikaal actief zijn, hebben meer moeite om vrij in de muziek te bewegen en liefdevol naar hun eigen spel te luisteren - zich dus speels in het medium muziek te bewegen en daarin te experimenteren. Verder maken de resultaten duidelijk, dat ook elk muziektherapeut zijn eigen therapeutische focus ontwikkelt en het medium

⁵⁴ Vertaling zie resultaten, paragraaf 4.2.2 Therapeutische Attitude en 4.2.3 Therapeutische Relatie.

muziek individueel gebruikt en inzet (zie paragraaf 4.3.1 Opbouw en focus binnen de muziektherapeutische setting, tabel 4.). Veel mensen hebben geleerd om hun emotionele waarnemingen en ervaringen te waarderen of hebben waardering van buiten in kwetsbare momenten ervaren. Volgens mijn ervaring wordt bijvoorbeeld het laten zien van kwetsbaarheid bij jongen of mannen negatief gewaardeerd. In Duitsland hoor jij nog vaak het spreekwoord: 'Ein Indianer kennt keinen Schmerz.' Daarentegen ervaren volgens Roppelt (z.j.) meisjes vaak, dat het niet hoort om emoties met een duidelijk naar buiten gerichte actie zoals woede te uiten. Dit te doen geldt als 'slecht'. In de generatie van nu volwassen cliënten zijn mannen moedig en krachtig en kennen geen angsten of rouw. Vrouwen zijn volgens deze schemata zacht of lief, mogen droevig zijn maar niet boos. Dit begrip van mannelijke en vrouwelijke eigenschappen ervaart gelukkig sinds meerdere jaren een veranderingsproces. Veel cliënten uit de open volwassene psychiatrie zijn desondanks daarmee opgegroeid. In de muziektherapie gaat het nu daarom in contact met afgesplitste emoties te komen, deze op een veilige omdat speelse manier te ervaren en de eigen zelfwerkzaamheid daarmee. Dit ontwikkelingsproces is noodzakelijk om afgesplitste emoties te verwerken en uiteindelijk te integreren. Om de ruimte voor dit therapeutische proces te kunnen nemen is het dus belangrijk om een sfeer van acceptatie en 'het mag zijn' te creëren. De therapeut moet ruimte kunnen geven, maar ook zelf ruimte mogen nemen. Het is van immens belang dat de therapeut daarbij altijd zijn eigen grenzen waarneemt en deze durft aan geven. Hier moet altijd bewust rekening met overdracht en tegenoverdracht⁵⁵ (Markx & Van der Mast, 1995) gehouden worden. Verder moet zich de therapeut bewust van zijn eigen eisen zijn en deze onafhankelijk van zijn visie op het cliëntspel kunnen hanteren. Voor mij als therapeut is het gebruik van enkel twee tonen snel saai. Ik persoonlijk zoude een groter toonumfang naar korte tijd verwachten. Misschien hebben deze twee tonen voor de cliënt hebben deze twee tonen een eigen betekenis of het vraagt al veel kracht om überhaupt muzikaal actief te zijn. Hierover ben ik mij door middel van de data-verzameling en analyse met betrekking tot dit onderzoek zeer bewust geworden.

Containment - of samenvattend

In het geheel zijn de tot nu toe genoemde aspecten en vaardigheden noodzakelijk om als therapeut in staat te zijn containment aan te bieden. Containment beschrijft een van meerdere muziektherapeutische interventies⁵⁶, die over een psychotherapeutische pendant beschikken (Timmermann, 2012b). Cluckers (1989) beschrijft het begrip als volgt:

'Containment is het creëren van een psychische ruimte waarin elke communicatie, hoe verward en pijnlijk ook, opgevangen, vastgehouden en 'mentaal verteerd' wordt door de therapeut, met als doel de gevoelens van hun ondraaglijke kwaliteit te ontdoen, een vertaalbare vorm te laten aannemen en een plaats te geven in de beleveningswereld van de patiënt.' (Cluckers, 1989, p. 49)

Dit beschrijft eigenlijk het proces van integratie van afgesplitste of verdrongen emoties en belevenissen, het groot doel voor de (muziektherapeutische) behandeling in de open volwassene psychiatrie. Monotoon spel is vaak een uitdruk van onzekerheid en herbeleefd wantrouwen. Om deze samen met de cliënt te kunnen nemen is het nodig de muziektherapie als 'wertfreien Raum' op te stellen. Dit houdt al in, dat de cliënt met zijn gehele hoedanigheid en zijn muzikale vormgeving daaraan wordt geaccepteerd. Hij ervaart vooral veiligheid en stabiliteit in de therapeutische relatie. Door middel van deze voorwaarden ontstaat een sfeer die in verbinding met de appelwaarden van het medium muziek een sfeer laat ontstaan die uitdaagt om zich op een speelse manier uit te proberen. Gevoelens wordt vorm gegeven. Het daarbij ontstaande muziek is zo individueel als het mens daarachter en heeft zijn betekenis voor diegene in het hier en nu.

Hoewel de muziek met eigen angsten kan confronteren en deze hoorbaar maakt, heeft ze toch veel voordelen. Bauwens en van Buggenhout (2006) schrijven, dat de muziektherapeut vanuit holding de cliënt door de muziek kan begeleiden. De muziek heeft verder een zeer vertrouwd karakter, omdat ze rechtstreeks een appel doet op ons beleveningswereld. Zij heeft een omhullend karakter en creëert veiligheid en geborgenheid. 'De muziek kan zo als een goed object aanvaard worden en in zijn hulp-ik-functie of containende functie naar voren treden.' (Bauwens & van Buggenhout, 2006, p. 72)

⁵⁵ Overdracht en tegenoverdracht: psychologische verschijnsel, dat mensen gevoelens, wensen en ervaringen uit het verleden projecteren op de therapeut. De overdracht van de therapeut noemt tegenoverdracht.

⁵⁶ Deze zijn: containment, steunen, voeden, spiegelen, confronteren / provoceren, doorwerken, verbaliseren / duiden / non-verbaal verhelderen (Timmermann, 2012b, vertaling E. Stolper).

5.3.3 Individuele Kennismaking

Het voor mij meest voor zichzelf sprekende resultaat van dit onderzoek is, dat het risico van weerstanden, die op angsten en wantrouwen zijn gebaseerd en veelal tot monotoon spel leiden, door individuele kennismaking wordt minimaliseerd. Uit de verworpen data blijkt, dat het gemakkelijker is om een therapeutische relatie met de cliënt te creëren als het eerste contact individueel en niet in de groep plaatsvindt. Het belang van een functionerende therapeutische relatie gezien het fenomeen van monotoon spel is in het voorafgaande paragraaf 5.3.2 Van vertrouwen over acceptatie naar containment uitgelegt.

Theoretische Opzet

In psychotherapeutische literatuur is veel over individuele kennismaking geschreven. Deze wordt van psychologen gebruikt om een eerste diagnose te stellen en een verder behandeling voor de cliënt aan te raden. De morfologisch georiënteerde muziektherapie noemt de fase van kennismaking 'Leiden-Können'⁵⁷ (Tüpker, 2009). Hier wordt dus gekeken wat een cliënt mag en kan uithouden en wat niet, of wat hij liever in plaats van iets uithoudt. Dit is in bestaande literatuur zeer cognitief uitgelegd, er worden weinig voorbeelden genoemd hoe dit in de praxis kan worden overdragen. Dit onderzoek heeft meer het doel om praktische tips voor het muziektherapeutische handelen te geven. Daarom heb ik in het volgende gekozen om met psychotherapeutische literatuur te werken. Deze is meer praktijkgericht en beschrijft duidelijk voorwaarden voor het eerste contact. Weliswaar is het meestal niet het taak van de muziektherapeut om een diagnose te stellen, toch krijgt hij een eerste indruk van de cliënt met zijn persoonlijke klachten. Het is natuurlijk mogelijk om het eerste contact muzikaal vorm te geven, maar volgens mij is het tenminste bij cliënten uit de open volwassene psychiatrie meer geschikt om met een verbale kennismaking te beginnen. Dit komt omdat taal een medium is, wat meest mensen van deze doelgroep dagelijks actief gebruiken. Het is daarom over het algemeen niet met bewuste angsten gekoppeld. De cliënt beweegt verbaal op bekend gebied, wat ten eerste veilig voelt. Hij weet hoe hij het medium taal kan controleren. Het gevoel van controleerbaarheid is voor deze doelgroep van grote belangrijkheid. Muziek is wel iets wat ons dagelijks begeleid, maar weinig mensen hebben zelf actief muziek gemaakt of positieve herinnering daaraan⁵⁸. Een verbale uitleg van muziektherapie geeft een overzicht wat kan gebeuren. Het voelt meer controleerbaar dan een directe muzikale insteek. Door een verbale kennismaking wordt dus een overgang naar het werken in het medium muziek gelegd.

Een individuele kennismaking is tegelijkertijd een eerste contactmoment. Olshausen Küchenhoff (2009) beschrijft dit als een eerste ontmoeting van twee voor elkaar onbekende mensen. Deze ontmoeting heeft een bekende doelmatigheid en het effect dat beide zich leren kennen. Het vindt plaats in het kader van een bepaalde sociale situatie⁵⁹, waarmee rekening gehouden moet worden. Het eerste gesprek heeft voor de therapeut het doel om de cliënt met zijn klachten te leren kennen en een eigen beeld daarover te krijgen. Voor de cliënt staat centraal om antwoorden op zijn vragen en onzekerheden te krijgen. Samen is het doel een weg te vinden, de therapiemethode gezien het therapeutische setting best mogelijk voor het therapeutische proces van de cliënt te kunnen gebruiken. De therapeut moet daarvoor ten eerste kennis hebben over de samenhangen van individuele klachten van de cliënt, zijn psychische ziektebeeld en mogelijkheden, die een muziektherapeutische behandeling biedt. Op de andere kant moet hij in staat zijn, zich op het persoonlijke hechtingsaanbod van de cliënt in te laten. Het eerste contact is telkens een voortdurende afwisseling van deze twee. Olshausen Küchenhoff (2009) zegt hierover:

'Das Erstgespräch gleicht somit einem Wechselspiel zwischen mehreren Polen, zwischen Verallgemeinerung und Konkretisierung, zwischen Schematisierung des Kontaktes und persönlichem Engagement, zwischen einer distanzierten Beurteilung und einer Verbindung herstellenden, interessierten und emphatischen Einfühlen. Je nach Gesprächssituation wird ein Erstgespräch dem einen oder dem anderen Pol näher kommen; vergessen werden kann keiner (...).' (Olshausen Küchenhoff, 2009, p. 90)

Voor het eerste contact zoude voldoende tijdelijke ruimte ingeplant zijn en de ontmoeting moet best mogelijk in een voor de cliënt veilig voelende omgeving plaats vinden. Storingen van buiten zijn best mogelijk te voorkomen. De therapeut begroet de cliënt met oogcontact en stelt zich met naam en functie voor. Verder geeft hij een uitleg van wat binnen dit eerste kennismaking gaat gebeuren. Door dit te doen overneemt de

⁵⁷ Leiden-Können: iets uithouden / doorstaan (vertaling E. Stolper).

⁵⁸ Uit mijn eigen ervaring vertellen veel cliënten van negatieve ervaringen m.b.t. muziek maken die zij tijdens muzieklessen op school hebben opgedaan.

⁵⁹ De cliënt bevindt zich in een persoonlijke noodsituatie en heeft hulp van buiten (de therapeut) nodig.

therapeut op het eerste moment de structurering van de situatie en biedt dus veiligheid, overzichtelijkheid en stabiliteit voor de cliënt (Olshausen Küchenhoff, 2009).

In het kader van het eerste contact worden dus informatie uitgewisseld. Het gaat daarbij over objectieve data (muziektherapie algemeen, therapeutische setting), subjectieve beschrijvingen (hoe neemt de cliënt zijn ziekte waar) en 'scenische informatie'. Dit wil zeggen, dat niet alleen verbaal op elkaar wordt gereageert, maar ook non-verbaal via lichaamshouding en handelingen. Hechtingspatronen worden zichtbaar (Olshausen Küchenhoff, 2009) en het ontstaat een relatie.

De muziek daarbij

Voor zover over het gesprek en het contact tussen cliënt en therapeut. Volgens Smeijsters (2008) en de morfologisch georiënteerde muziektherapie bestaat de therapeutische werking van muziektherapie juist uit een triangulatie⁶⁰ met het medium muziek. Het is een driehoeksrelatie die niet uit elkaar kan worden gehaald⁶¹. Daarom vind ik het belangrijk om in het individuele kennismaking ruimte voor een muzikale gedeelte te nemen. Dit vraagt wel meer tijd en gaat aan het begin op kosten van de ervaren veiligheid van de cliënt, omdat een muzikale kennismaking het muziektherapieruimte vraagt. De cliënt is daarom ten eerste niet op een veilig voelende terrein – zoals dit op de afdeling het geval zoude zijn. Een half uur is verder niet voldoende om verbale en muzikale contact te leggen. Ik zou er tussen de driekwart en een uur voor rekenen. Staan therapeut of cliënt onder tijdsdruk heeft dit ook invloed op de gevoelde ruimte en beperkt dus de mogelijkheden om ontspannen in contact te komen. Verder moet de muziektherapieruimte beschikbaar zijn. Zijn deze randvoorwaarden voor een eerste kennismaking niet te voldoen, zoude ik aangezien boven genoemde aspecten enkel voor een verbale kennismaking kiezen om een veilig voelende sfeer te kunnen waarborgen. Dit is boven te kiezen, omdat het doel van deze interventie is om in contact te komen en de basis voor een therapeutische relatie te leggen. Hier is de sfeer meest bepalend voor. In de muzikale kennismaking gaat het ten eerste over zoals het woord al zegt een kennismaking met het medium muziek. Een in contact komen van mens en muziek. Instrumenten doen verschillende appels op mensen. Appels zijn prikkels of signalen die iets oproepen of aan iets herinneren (Smeijsters, 2006). Muziektherapeutisch vallen daaronder alle prikkels die een actie op het mens doen en de reactie bevorderen, dat diegene zich aangetrokken of juist afgestoten voelt. Het instrument roept dus door middel van zijn materiaal, zijn bouwwijze en de manier van spelen een bewuste of onbewuste reactie op, die aan herinneringen, hoedanigheden of behoeftes zijn gekoppeld. Höhmann zegt in haar artikel 'Appelle und Appellwirkung von Musikinstrumenten' (2009):

'Dem musikalischen Laien wird durch die Appellwirkung der Musikinstrumente der Zugang zu ihnen erleichtert. Neugierde und Spielfreude werden angeregt. Dies hilft, die Hemmschwelle gegenüber dem Fremden und Unvorhersehbaren in der therapeutischen Improvisation zu überwinden.' (Höhmann, 2009, p. 42)

Ik zou daarom zoals in de verworpen data beschreven⁶² beginnen om de cliënt uit te nodigen om tussen de verschillende instrumenten te dwalen, om de verschillende instrumenten te bekijken en aan te voelen hoe deze klinken en als ook als therapeut observeren welke appel deze op de cliënt doen. Dit is het eerste moment waarin de cliënt het medium muziek en zich zelf daarin kan ervaren. Blijft de cliënt op een instrument langer spelen, spreekt het volgens Kliphuis (1977) een behoefte⁶³ in hem aan. Het raakt hem. Dit bevordert zin om te gaan experimenteren en het instrument en zijn eigen klank daarop uit te proberen (Höhmann, 2009). Voor de therapeut is dat een goede moment om als derde 'partner' met eigen spel bij te komen, het cliëntspel op te pakken en te ondersteunen. Bruscia (1987) noemt hiervoor technieken zoals pacing of imitating. Het ontstaat een vrije improvisatie. Hierbij moet zorgvuldig op de reacties van de cliënt gezien nabijheid en distantie worden gelet en interventies daarop aangepast. Heeft de cliënt moeite om van zelf muzikaal actief te worden en in een spelstroom te komen, is een meer gestructureerde werkvorm van toepassing (Timmermann, 2009). Dit kan bijvoorbeeld een ritmische of melodische dialoogspel of een thematische improvisatie zijn met het doel in contact te komen, het zelfbewustzijn te sterken en speelsheid te bevorderen. Hegi (1998) geeft in zijn boek 'Übergänge zwischen Sprache und Musik' voorbeelden van

⁶⁰ Triangulatie (psychologisch): beschrijft het bijkomen van een derde component naar toe een dialogische relatie.

⁶¹ Zie paragraaf 2.3 Muziek als continue vormverandering.

⁶² Zie paragraaf 4.4.1 Individuele Kennismaking.

⁶³ Kliphuis (1977) gaat daarvan uit dat elk individu een specifieke behoefte-hiërarchie heeft, die op een bepaalde punt van het appel dat een instrument op de mens doet wordt aangesproken.

doelgericht werkvormen. Ook hiervan is een klein overzicht in de bijlage te vinden. De cliënt ervaart dus op de ene kant speels de werking die muziek algemeen en verschillende instrumenten speciaal op hem kunnen hebben. Evenzo wordt de hechting door de interactie in de triangulatie cliënt - therapeut - medium muziek (Smeijsters, 2008) bevordert. De therapeutische relatie wordt steviger.

Samenvatting

In de voorafgaande paragraaf heb ik veel theorie genoemd en voorwaarden zoals mogelijkheden om een individuele kennismaking in een muziektherapeutische kader vorm te geven. De volgende tabel 7. 'Individueel Kennismaking' geeft daarom een samenvatting en overzicht daarover. Volgens mij bestaan twee mogelijkheden om een kennismaking vorm te geven voor dat een cliënt aan groepsmuziektherapie deelneemt. Uit de data bleekt, dat een individuele kennismaking veel weerstanden kan voorkomen en het dus voor de cliënt, de therapeut en de groep meer gemakkelijker is om samen te vinden en in contact te komen. De eerste manier 'Snelle Kennismaking' is alleen verbaal en vraagt minder tijd en voorwaarden. De tweede manier 'Kennismaking totaal' omvat een verbale kennismaking zoals een muzikale insteek.

Tabel 7. Nieuwe Werkmodel: Individuele Kennismaking

	Snelle Kennismaking	Kennismaking totaal
Randvoorwaarden	30 minuten Gewone lokaal / op de afdeling Storingen van buiten voorkomen	60 minuten Muzieklokaal Storingen van buiten voorkomen
Inhoud	Kennismaking cliënt en therapeut Verbale uitleg van therapiemethode en setting Opstellen van persoonlijke doelen	Kennismaking cliënt en therapeut Verbale uitleg van therapiemethode en setting Opstellen van persoonlijke doelen Kennismaking met het medium Contact in de driehoeksrelatie (cliënt - therapeut - muziek)
Doel	Veilige hechting met doel therapeutische relatie Voorkomen van weerstanden in de groepstherapie door creëren van veiligheid (bekendheid)	
Gesprek	Therapeut geeft op het eerste moment structuur (veiligheid) door oogcontact, voorstellen met naam en functie Cliënt krijgt ruimte om zich voor te stellen, klachten en opgestelde doelen te benoemen Uitleg van de therapiemethode en therapiesetting zoals bij de cliënt passende eigenschappen / doelen van het medium De cliënt heeft ruimte voor vragen, onzekerheden of twijfels m.b.t. deelname aan de groepstherapie Samen wordt overwogen aan welke therapeutische doelen kan worden gewerkt	
Muziek		De cliënt wordt uitgenodigd om instrument uit te proberen Komt hij in actief spel: vrije improvisatie Geen eigen spel: gestructureerde werkvorm aanbieden Doelen: contact met en in het medium, spelplezier, bekrachtiging van eigen zelfbeeld, bevordering van therapeutische relatie

5.3.4 Het is alles over contact

Naar de tot nu toe uitgelegd en geïnterpreteerde resultaten gekeken, staat tenminste voor het muziektherapeutische werken in de open volwassene psychiatrie contact, in welke vorm ook, centraal. In de therapeutische ruimte ontstaat ontmoeting tussen mensen, maar ook ontmoeting tussen mens en muziek. Deze ontmoetingen zijn zoals de muziek en de muziektherapeutische spel vluchtig en gebeuren op verschillende lagen van bewustzijn. Zo kan ontmoeting ook als vormgeving in het zijn van de morfologisch georiënteerde muziektherapie worden begrepen. Door ontmoeting kan (ver)binding ontstaat - een eerste voorzichtige vorm van relatie. Om dit creatieve en veelvoudige proces van speelse ontmoeting binnen de muziektherapie te laten ontstaan is het belangrijk om deze ruimte als waardevrij⁶⁴ te begrijpen, wat ook in de therapeutische attitude zichtbaar wordt. Muziektherapeutische interventies zijn daarom naar mijn begrip professionele mogelijkheden om aan contact en ontmoeting creatief en speels vorm te geven. Interventies zullen uitnodigen, bevestigen, steunen maar ook confronteren en prikkelen. Het is aan de therapeut om een interventie passend voor het moment uit te kiezen en het cliëntspel daardoor op een manier te begeleiden met het einddoel in de volwassene psychiatrie meest mogelijk ontplooiing voor de individuele cliënt in het muziektherapeutische groepsproces mogelijk te maken. Omdat de manieren van ontplooiing en de persoonlijke processen van cliënten, maar ook elke therapeut in zijn persoonlijkheid verschillend is, is het niet mogelijk en tevens niet raadzaam om een vaste interventie-catalogus op te stellen. Algemeen kan worden gezegd, dat een interventie bedoelt moet zijn om bestaande vormen van contact te veranderen zonder de stabiliteit en veiligheid van de therapeutische relatie kapot te maken. Dit wil zeggen, als er nog geen veilig gehechte relatie met een cliënt bestaat moeten de therapeutische interventies of nu verbaal of muzikaal daarop doelen om het ingaan van een therapeutische relatie te bevorderen. Hiervoor zijn interventies geschikt die structuur bieden of het individuele cliëntspel ondersteunen – of daaraan juist ruimte geven – interventies die dus containen, steunen of voeden. Op dit momenten van therapie is het fout om de cliënt met zijn monotone spel te confronteren of te provoceren. Dit heeft juist een tegengesteld effect. De cliënt trekt zich helemaal uit het contact terug. Ontmoeting wordt dan als bedreigend ervaren, hoewel het in de therapie met meest psychisch zieke mensen daarom gaat om contact en hechting met positieve ervaringen te koppelen (Engelmann, 2009).

Is er sprake van een als veilig ervaren therapeutische relatie met een cliënt die over langer termijn monotoon spel laat zien, mag gebruik van meer confronterende technieken zoals spiegelen en confronteren / provoceren (Timmermann, 2012b). Deze technieken hebben als doel om de cliënt op iets opmerkzaam te maken en hem te prikkelen nieuwe speelwijzen uit te proberen. Speelwijzen staan hier analoog voor vaardigheden om in contact te komen (Smeijsters, 2008) - of met zich zelf of iemand anders. De therapeutische relatie is daarom zo noodzakelijk, omdat de cliënt in deze stap met zijn eigen onzekerheden en angsten wordt geconfronteerd. Hij heeft zekerheid van buiten nodig om oude gedragspatronen los te laten en door het muzikale experiment nieuwe mogelijkheden te ontdekken.

Onder dit aspect kunnen de in tabel 5. (paragraaf 4.4.2 Interventies binnen het groepsproces) verzamelde interventies nieuw geordend worden. De beschrijvingen van de therapeutische technieken en doelen zoals muzikale eigenschappen zijn op literatuur van Timmermann (2012b, pp. 61 - 62) gebaseerd. In de tabellen zijn de therapeutische technieken doorwerken en verbaliseren, die Timmermann verder noemt, niet opgenomen. Deze hebben betrekking op het gehele therapieproces en kunnen niet direct aan duidelijk interventies worden gekoppeld. Doorwerken beschrijft aan zich het muziektherapeutische proces in de open volwassene psychiatrie en is aan verbale interventies met betrekking tot verbaliseren gekoppeld. Ik heb daarom gekozen om deze niet in de tabellen op te nemen. Omdat veel studenten in hun studie kennis met de door Bruscia (1989) opgestelde improvisatie-technieken maken, zijn deze ook in de tabel opgenomen en aan de genoemde interventies gekoppeld.

De tabellen zijn als suggestie te zien. Het is aan elke therapeut om zelf een inschatting te doen wat de individuele cliënt nodig heeft en hoe veilig te therapeutische relatie van de cliënt wordt waargenomen. Verder moet de therapeut aanvoelen, hoe veel stevigheid hijzelf kan bieden en in hoeverre hij een cliënt in zijn persoonlijke proces kan begeleiden - ook gezien het groepsproces. Een onzeker ingezet interventie heeft minder effect, dan bewust geen interventie te doen. In de volwassene psychiatrie ontmoeten wij volwassen, mondige mensen. Hoewel ze hulp van buiten vragen om hun dagelijkse leven meer helderheid en vorm te kunnen geven, zijn zij toch in staat om zelf te overwegen en te overleven. Wij als therapeuten kunnen ze daarbij begeleiden, maar de actie moet van de mens zelf komen die iets in zijn leven wil veranderen. Verder bestaat geen claim of volledigheid gezien de genoemde interventiemogelijkheden of Bruscia-Technieken.

⁶⁴ Begrip van 'wertfreier Raum', zie paragrafen 4.2.2 Therapeutische Attitude en 4.2.3 Therapeutische Relatie zoals 5.3.2 Van vertrouwen over acceptatie naar containment.

Tabel 8. Nieuwe Werkmodel: Interventies gezien onveilig ervaren therapeutische relaties

Interventies voor monotoon spel bij onveilig ervaren therapeutische relatie			
Technieken / Kwaliteiten	Beschrijving / Doelen	Muzikale Eigenschappen	Interventies (Bruscia-Technieken)
Containment	Ontwikkelingspsychologie: vroeg gevoel van zeker gehouden worden, wat angsten voorkomt om te vallen De cliënt wordt muzikaal omhult en voelt zich van het (groeps-)spel gedragen --> hij laat zich vallen	Helder en stevig ritme Herhalende melodiemotieven Gefundeerde baslijnen Biedt een zekere kader voor het cliëntspel	Structuur aanbieden door middel van ritme of melodie (Rhythmic Grounding, Tonal Centering, Shaping, Holding) Cliënt muzikaal afhalen waar hij zich bevindt (Imitating, Pacing, Synchronizing, Repeating) Nabijheid vergroten (Sharing Instruments) Waarnemen zonder waardering Acceptatie van wat er is
Steunen	Ontwikkelingspsychologie: de cliënt is in staat eigen stappen te nemen, maar heeft daarbij ondersteuning en begeleiding nodig	Helder en stevig ritme Gefundeerde baslijnen	Structuur aanbieden door middel van ritme of melodie (Rhythmic Grounding, Tonal Centering, Shaping, Holding) Cliënt muzikaal afhalen waar hij zich bevindt (Imitating, Pacing, Synchronizing, Repeating) Nabijheid & Distantie: muzikale motieven in eigen spel opnemen (Imitating, Repeating, Making Space, Extending, Completing) Cliënt muzikaal verleiden: de cliënt blijft in een monotoon 4/4-maat spelen --> stapsgewijs een 3/4-maat aanbieden (Introducing Change, Differentiating) Bevestiging door middel van oogcontact Waarnemen zonder waardering

Tabel 9. Nieuwe Werkmodel: Interventies gezien een veilig ervaren therapeutische relatie

Interventies voor monotoon spel bij een veilig ervaren therapeutische relatie			
Technieken / Kwaliteiten	Beschrijving / Doelen	Muzikale Eigenschappen	Interventies (Bruscia-Technieken)
Spiegelen	De cliënt voelt zich emotioneel waargenomen --> emotioneel bekrachtiging Vooraf voor cliënten met narcistische persoonlijkheidsstoornis Muziek dient als emotioneel of stemmingsspiegel waarin zich de cliënt met zijn hoedanigheid op dat moment kan herkennen	Helder ritme en muzikale opbouw (Aan)Sprekende melodielijnen Klank afgestemd op cliëntspel / hoedanigheid op dat moment	Gestructureerde aanbod: Solo-Tutti-Improvisatie, de cliënt speelt hoe hij op dat moment voelt en de groep luistert. Dan luistert de cliënt naar het muzikale feedback van de groep (Reflecting)
Confronteren / Provoceren	Doelt op de uiteenzetting met moeilijk persoonlijkheidsaandelen, moeilijkheden in relaties of gevoelens van agressie Therapeut neemt zijn tegenoverdracht waar en geeft deze muzikaal vorm, zonder het overzicht over de situatie te verliezen Het medium muziek wordt als speelse manier gebruikt om met moeilijke persoonlijke thema's in contact te komen en daarmee te experimenteren	Ritme met duidelijk appelwaarde Sterk wisselende dynamiek, vorm, ritme of klank Harde klanken - duidelijk accenten Korte, pregnante melodielijnen	Zelf in de provocatie gaan door het tegen zetten van een hard, krachtig ritme Groep tegen de cliënt laten spelen (alleen in het 'worst case') De cliënt overtroeven: muzikaal triggeren tot dat hij niet meer hoger/snelser/harder kan spelen (Intensifying) Tempo onbewust verlagen (Calming, Intervening) 'Strompelen' in een vast ritme inbouwen (Intervening) Naar een pauze met nieuw materiaal beginnen en de groep daarin proberen mee te nemen (Intervening, Introducing Change, Modulating)

5.4 Antwoorden

Om antwoorden op de onderzoeksvraag te geven, ga ik ten eerste de casus terug pakken met die ik dit onderzoek ben begonnen. Op deze geef ik antwoord hoe ik met de nieuw verworpen kennis vandaag in die situatie zoude reageren. De vraagstelling resulteerde uit deze casus. In een tweede pak ik de onderzoeksvraag daarom terug en geef ook op deze antwoord.

5.4.1 Beantwoording van de casus

Oude werkmodel

'Bamm-Bamm-Bamm-BamBamm-Bamm-Bamm-Bamm' klinkt het ritme door de ruimte en het gehele lichaam. Er lijkt geen tijd maar alleen een drukke eindeloosheid te bestaan. We zijn in een grote ruimte met acht mensen. Iedereen bespeelt een eigen instrument, maar eigenlijk wordt alleen het 'Bamm-Bamm-Bamm' van een man van klein statuut spelend op de bongo's waargenomen. Zijn blik is nergens na toe gericht. Zijn armen bewegen heen en weer in een duidelijke cadans en hij slaat met de kloppers op de vellen van de trommels. 'Bamm-Bamm-Bamm-BamBamm-Bamm-Bamm-Bamm'.

Met deze casus begon dit onderzoek. Het geeft inzicht over de aanleiding die tot de uiteindelijke vraagstelling heeft geleid. Tijdens mijn stage voelde ik mij door de beschreven cliënt provokeert. Ik zag en voelde alleen zijn slagen en stond onder de indruk machteloos te zijn. Met de theorie van overdracht en tegenoverdracht gekeken zat ik dus helemaal in de tegenoverdracht zonder dit te begrijpen en daardoor afstand te kunnen nemen. In plaats van de cliënt ruimte in de muziek en in de relatie te geven wilde ik juist dicht bij hem komen zitten om zijn spel te kunnen controleren. Ik handelde vanuit een eigen behoefte. Daardoor was er geen ruimte voor acceptatie van de cliënt of zijn muzikale spel. Zoals het in de verworpen data beschreven staat (zie paragraaf 5.3.4 'Het is alles over contact') trok zich de cliënt meer en meer in zijn eigen spel terug in plaats van in contact te komen. Dit vergroete nog eens mijn gevoel van provocatie. Omdat ik muzikaal de cliënt niet meer kon bereiken, confronteerde ik hem in het reflectiegesprek met zijn spel en mijn reactie daarop. Ik heb hem mijn hele frustratie laten voelen. Vanaf de afstand bekeken is het meer als begrijpelijk, dat de cliënt zijn bescherming helemaal dicht maakte. Ik heb hem zo gezien emotioneel aangevallen en hem daardoor met zijn eigen emotionele onzekerheid confronteert zonder op hetzelfde moment zekerheid te kunnen bieden. De cliënt was redelijk nieuw in de groep er was geen sprake van een therapeutische relatie. Ik zag hem als tegenstrever en had het eigen eisen aan mij om hem en zijn spel te moeten veranderen om de harmonie in de groep te kunnen waarborgen. De tegenoverdracht naar de cliënt toe wordt door mijn eigen valkuilen nog steviger. Op dat moment kon ik mij vanuit mijn eigen prestatiedruk geen eigen ruimte nemen om afstand van de tegenoverdracht te creëren en was daarom ook niet in staat om aan de cliënt ruimte te geven. Toen ik probeerde zijn spel muzikaal te ignoreren, was dit nog met een duidelijk innerlijke appèl verbonden.

Nieuwe Werkmodel

Met de in het onderzoek verworpen kennis en het tijdelijke afstand zou ik vandaag anders reageren. Door middel van mijn nieuwe kennisstond ben ik in staat mijn oude werkmodel te verbeteren en een nieuwe werkmodel op te stellen:

Ten eerste is het nodig om gezamenlijk meer de ruimte nemen. Enerzijds om zelf meer (handelings-)ruimte te voelen en bijvoorbeeld te mogen overwegen of de cliënt voor een groepssetting überhaupt geschikt is. Zijn gedrag was duidelijk passief agressief en de groep had op dat moment geen stevige groepsdynamiek om dit op te vangen. Verder ben ik in staat om creatiever te denken en bijvoorbeeld voor een ander werkmodel te kiezen.

Anderzijds ervaart de cliënt minder prikkels, als ik hem ruimte voor zijn eigen spel toesta. Hij heeft de tijd om ten eerste veiligheid in zijn eigen spel te zoeken. Vanuit deze gevoelde veiligheid is het gemakkelijker om zijn aandacht met en met naar buiten en op het groepsspel te richten. Muzikaal zoude ik verder van een vrije improvisatie naar gestructureerde werkvormen wisselen. Uit de resultaten blijkt dat het gemakkelijker is om door een gestructureerde werkvorm veiligheid en stevigheid in het contact te bieden. Voordelen die een vrije improvisatie biedt - in contact komen met eigen emoties, experimenteren - waren voor de gehele groep niet realiseerbaar. Hiervoor zijn meest gestructureerde werkvormen geschikt. Door middel van een beter gestructureerde aanbod ervaren de cliënten dus meer veiligheid in het contact. Dit zoude een emotionele opening kunnen bevorderen, die de basis voor een therapeutische relatie biedt. Het rondgeven van een toon creëert als werkvorm bijvoorbeeld speels contact en bekrachtigt de eigen zelfwaarneming. Omdat iedereen na elkaar speelt bestaat een duidelijk structuur en ik als therapeut ben in staat om op elk cliënt individueel te

reageren. Verder reageert iedereen op het muzikale spel van de anderen. Dit bevordert een sfeer van acceptatie en het gevoel met zijn persoon en zijn hoedanigheid geaccepteerd te worden. Gebruikte therapeutische technieken zijn containment en steunen. Bij deze cliënten was belangrijk om op nabijheid en distantie te letten omdat ze in het contact veel wantrouwen hebben laten zien en voelen. Werkvormen met weinig direct contact en veel structuur zijn daarom voor het begin passend. Met en met kunnen werkvormen worden gebruikt, die meer contact en speelsheid vragen. Dit wordt door een vrijer structuur bevordert. Therapeutische doelen zijn het ervaren van structuur en veilig contact, zoals het werken aan sociale vaardigheden en het vergroten van het eigen zelfwaarneming. Ervaart een cliënt een groter zelfwerkzaamheid, voelt hij ook in het contact meer veiligheid omdat hij emotioneel heeft ervaren, dat hijzelf kan veranderen. De contact met iemand anders leekt dus minder gevaarlijk. Dit zijn voorwaarden voor veilig gehechte therapeutische relatie.

5.4.2 Beantwoording van de vraagstelling

Voor de beantwoording van de vraagstelling pak ik nog een de centrale onderzoeksvraag terug:

Welke muziektherapeutische interventies worden in Duitsland ingezet wanneer cliënten uit de open volwassenen psychiatrie, over tenminste twee sessies, monotoon blijven spelen binnen een groepsimprovisatie?

Het doel dat ik aan het begin door middel van deze onderzoeksvraag wilde bereiken, was een verzameling van vormen van monotoon spel en daarbij passende interventies. Tijdens het onderzoeksproces heb ik drie antwoorden daarvoor gevonden die verder belangrijk voor de gevonden resultaten waren:

1. Hoewel uiterlijk monotoon spel in een muziektherapeutische proces kan worden waargenomen, gaat het gezien de daarbij passende interventie meer over de manier van therapeutische relatie.

Het medium muziek heeft de vaardigheid om hoedanigheden op het moment vorm te geven. Deze vormen zijn individueel en veranderen op het moment van hun optreden alweer. Het is mogelijk om parameters op te stellen en patronen daarin te herkennen. Toch moet elk muziek zoals de speler persoonlijk en individueel in de context van het moment worden waargenomen. Monotoon spel is verder vaak een vormgeving van onzekerheid. De speler ervaart geen veiligheid in de situatie. Dit is in eerste instantie een indicatie daarvoor, dat geen veilig gehechte therapeutische relatie bestaat. Gebruikte interventies moeten daarom ten eerste het doel hebben, om in contact te komen en een relatie te laten ontstaan. De eigen gevoelde ruimte van de therapeut, maar ook de aan de cliënt gegeven ruimte, zijn daarvoor meest bepalend. Niet elk monotoon spel vraagt naar een therapeutische interventie. Misschien gebruikt de cliënt juist deze vormgeving om zijn eigen ruimte aan te voelen. Pas als er sprake is van een veilig ervaren therapeutische relatie, mag met confronterende therapeutische technieken zoals spiegelen, confronteren of provoceren worden gewerkt. Een overzicht over geschikte interventies gezien de status van de therapeutische relatie is in Tabel 8. 'Interventie gezien onveilig ervaren therapeutische relaties' en Tabel 9. 'Interventies gezien een veilig ervaren therapeutische relatie' te vinden. Deze zijn als eerste handleiding te gebruiken. Het blijft aan elk therapeut om bewust voor een interventie te kiezen die op dat moment passend voelt. Verder bestaat er geen claim aan volledigheid. De tabellen mogen individueel worden aangevuld en verandert.

2. Het is niet mogelijk om een precieze verzameling van interventies te doen, die voor specifieke momenten altijd van toepassing zijn:

Een muziektherapeutische interventie is niet alleen een professionele techniek, maar bestaat veelmeer uit verschillende componenten (therapeut - cliënt - medium) die door middel van deze in contact komen. Het effect van een muziektherapeutische interventie wordt daarom in significante mate van deze drie componenten bepaald.

3. Structureerde werkvormen bieden veel veiligheid door een duidelijk structuur voor cliënten en therapeuten.

Werken met vrije groepsimprovisaties vraagt veel therapeutische ervaring en muziektherapeutische vaardigheden. Een muziektherapeut is een creatief therapeut. Dit houdt in, dat hij altijd de werkvorm doelgericht aan de therapiesituatie moet aanpassen. Hiervoor is het nodig om eigen ruimte te voelen. Veel beginnende muziektherapeuten hebben volgens Andreas Brünen (Interview, 2013) te hoge eigen eisen gezien hun eigen therapeutische effect op cliënten, wat de eigen ruimte en dus mogelijkheden en

vaardigheden beperkt. In een therapie blijft het niet uit om ook als therapeut met zijn eigen grenzen en onzekerheden te worden geconfronteerd. Hiervoor is het ten eerste raadzaam om supervisie te nemen. Voor het cliëntencontact op het moment helpen meer gestructureerde werkvormen om duidelijkheid en stevigheid in de therapiesituatie te laten ontstaan. Een cliënt kan alleen zoveel ruimte voor eigen ontplooiing nemen, als de therapeut in staat is deze te begeleiden. Het is daarom nodig om zijn eigen grenzen en reacties op een cliënt bewust waar te nemen en interventies of werkvormen creatief daarop aan te passen. Hierdoor wordt een aangenaam werksfeer van acceptatie en een 'wertfreier Raum' voor de therapie gewaarborgd.

5.5 Aanbevelingen

Gebaseerd op de uitkomsten van dit onderzoek en de kritische reflectie op het opzet van deze dienen de volgende paragrafen aanbevelingen voor de praktijk, de beroepsontwikkeling en voor verder onderzoek te geven.

5.5.1 Voor de praktijk

Mijn aanbevelingen voor de praktijk uitgaand van dit onderzoek zijn op de uitkomsten gebaseerd. De resultaten (zie paragraaf 4.3 Muziektherapeutische Setting) maken duidelijk, dat elk muziektherapeut in Duitsland meer of minder zijn eigen therapeutische focus legt, hoewel alle met hetzelfde therapieopzet (Gesprek - Muziek - Gesprek) werken. Vooral jonge of beginnende therapeuten zoude dit moed geven om zelf deze ruimte te nemen en uit te proberen, welke interventies effectief voor het therapeutische proces zijn, maar verder ook passend voelen. Gezien het therapeutische opzet maakt dit onderzoek zeer duidelijk, dat een individuele kennismaking veel moeilijkheden in een groepssetting kan voorkomen. Dit maakt de therapeutische sfeer voor iedereen meer ontspannen. Uit mijn eigen praktijkervaring ben ik mij bewust, dat veel inrichtingen een drukke of zo genoemd effectieve tijdsplan eisen. Betekend: Veel therapie voor veel cliënten op een minimaal aan tijd. Het is daarom niet vanzelfsprekend, dat elk therapeut een heel uur voor de kennismaking met een nieuwe cliënt kan gebruiken hoewel dit gebaseerd op de resultaten positief effect op de muziektherapeutische praktijk in psychiatrische inrichtingen kan hebben. Dit onderzoek is daarom als poging te zien om toch deze individuele tijd met een cliënt te gebruiken om in eerste contact te komen, voordat hij naar de groepstherapie komt. Met zicht op de beknopte tijd zijn er twee manieren van kennismaking uitgewerkt en duidelijk beschreven (Tabel 7. 'Individuele Kennismaking'). De 'Snelle Kennismaking' vraagt een tijdsomvang van dertig minuten en omvat alleen het eerste contactgesprek. De interventie 'Kennismaking Totaal' richt zich aan therapeuten die meer tijd ter beschikking hebben. Hier wordt verder in en met het medium kennis gemaakt voor dat de cliënt naar de groepsmuziektherapie komt. Rond zestig minuten zijn daarvoor ingeplant.

Verder geeft dit onderzoek een samenvatting van muziektherapeutische technieken, gekoppeld aan therapeutische processen en doelen. Voor elk techniek worden muziektherapeutische interventies genoemd, die daarbij passend zijn (Tabel 8. 'Interventies bij onveilig ervaren therapeutische relatie' en Tabel 9. 'Interventies bij een veilig ervaren therapeutische relatie'). Deze zijn als eerste handleiding te gebruiken, als monotoon spel over meer dan twee sessies in een muziektherapeutische groepssetting optreed. Zoals al in de namen herkenbaar is het voor het vinden van een passende interventie belangrijk te weten hoe de therapeutische relatie naar de cliënt toe is gehecht. Dit is belangrijk omdat dit een mogelijk interpretatie voor monotoon spel geeft. Is de relatie niet veilig gehecht, kan het monotoon spel uitdrukking van onveiligheid op dat moment zijn. Het is nodig om de relatie meer veilig te maken. Is de cliënt veilig gehecht, kan een reden voor monotoon spel een oude gedrags- of hechtingspatroon zijn. Met zijn monotoon spel kan de cliënt in het kader van een veilig gehechte relatie worden geconfronteerd om de eigen muzikale vormgeving meer bewust te maken. De ruimte voor speelse verandering wordt open.

Nog eens voor de duidelijkheid: Deze interventiecatalogus dient als voorstel gezien te worden. Elke cliënt en elke therapeut is een individu en dus is ook de gespeelde muziek individueel. Natuurlijk zijn vaak patronen herkenbaar (zie tabel 3. 'Resultaten: Muzikale vormgeving gezien diagnoses'), maar daarover mag het individuele mens niet worden vergeten. Het is daarom aan elk therapeut om het interventiecatalogus voor zich passend te gebruiken of deze met eigen interventies aan te vullen.

5.5.2 Voor de beroepsontwikkeling

Gezien de uitkomsten van dit onderzoek is mijn aanbeveling voor de beroepsontwikkeling, dat over het algemeen meer van en met elkaar wordt geleerd. Het medium muziek en dus het muziektherapeutische beroep biedt veel ruimte voor eigen creativiteit en eigen uitleg en inzet van interventies en werkmodellen. Dat is gezien een hoeveelheid aan mogelijk doelgroepen met die kan worden gewerkt op de ene kant nodig. Op de andere kant is het juist daardoor moeilijk voor beroepsbeginners om zelfbewust te beginnen. Een eigen manier van werken moet eerst worden ontwikkeld. De studie ondersteund deze ontwikkeling, maar zij is aan het einde van de studie nog niet afgerond. Een overzicht van wat kwaliteiten die nodig zijn om met een doelgroep op een stevige manier aan het slag te gaan en een lijst van mogelijk interventies, zoals het in dit onderzoek in een eerste stap is geprobeerd, kan meer zekerheid geven voor de eerste stappen in het beroepsveld muziektherapie.

Verder is door een goed functionerende netwerk van muziektherapeuten een uitwisseling van gebruikte interventies en werkvormen mogelijk. Zo kan van elkaar worden geleerd. Vandaag werken muziektherapeuten in Nederland en Duitsland ten minste in de open volwassenen psychiatrie verschillend qua muziektherapeutisch aanpak. In Nederland wordt volgens mijn kennis meer met gestructureerde werkvormen gewerkt, terwijl in Duitsland meer psychotherapeutische technieken worden gebruikt. De gewonnen data maken duidelijk, dat er geen goede of betere manier bestaat. Het is afhankelijk van de cliënten, de therapeut en het therapiemoment. Een aanvulling van elkaar maakt beide kanten alleen rijker gezien hun therapeutische vaardigheden, zoals dit bijvoorbeeld in het nieuwe werkmodel van de casus duidelijk wordt.

5.5.3 Voor vervolgonderzoek

Voor vervolgonderzoek zou ik aanbevelen om een kwalitatieve onderzoek met een groter focus qua onderzoekspopulatie te doen. Zoals al gezegd bestaan duidelijke verschillen hoe muziektherapeuten in Nederland en in Duitsland met cliënten uit de open volwassenen psychiatrie werken. In dit onderzoek zijn eerste handvatten opgesteld die in een kwantitatieve vraaglijst kunnen verwerkt worden. Door een kwantitatieve onderzoeksmethode is het mogelijk meer respondenten te benaderen. Dit kan helpen om een groter hoeveelheid aan interventies te verzamelen en uit te vinden, of er een effectieve verschil te herkennen is gezien het werken met gestructureerde werkvormen en vrije improvisaties in het open volwassenen psychiatrie met groepen.

Verder zijn bij deze onderzoek alleen theoretische resultaten uitgekomen. Welke effecten het werken met 'Snelle Kennismaking' of 'Kennismaking Totaal' op de praktijk hebben en of het interventiecatalogus voor een praktische inzet handig is, zijn dus niet onderzocht. Hiervoor zou ik een kwalitatief onderzoek aanbevelen door twee groepen cliënten te bevragen naar hun beleving van de relatie met de therapeut. Met de ene groep cliënten wordt een individuele kennismaking gedaan. De andere groep cliënt neemt direct aan de groepssetting deel. Door deze opzet kan onderzocht worden, of de therapeutische relatie van cliënten als veiliger wordt ervaren, als een individuele kennismaking heeft plaatsgevonden. Verder kan worden onderzocht welke uitwerkingen dit op moeilijke momenten in de muziektherapie heeft.

6 Samenvatting

Tijdens mijn jaar stage heb ik met cliënten uit de open volwassenen psychiatrie gewerkt. Gedurende deze tijd had ik een cliënt die over langere termijn een en hetzelfde ritme bleef spelen. Ik voelde mij geprovoceerd en kon dit in het therapeutische context niet ordenen. Het cliëntspel leek voor mij te stagneren. Deze indruk van monotoon muzikale vormgeving kwam ik bij meerdere cliënten tegen, hoewel het beschreven casus meest bleef hangen. Op dat moment ontbrak ik passende interventiemogelijkheden en theoretisch fundeerde kennis om grip op de situatie te krijgen. Bij eerste literatuuronderzoeken vond ik geen antwoorden op mijn vragen en onzekerheden, die door deze ervaringen ontstonden. Om meer kennis over het onderzoeksfenomeen te krijgen en een praktische antwoord op mijn gebrek aan interventiemogelijkheden te krijgen, heeft zich volgende onderzoeksvraag ontwikkelt: Welke muziektherapeutische interventies worden in Duitsland ingezet wanneer cliënten uit de open volwassenen psychiatrie, over tenminste twee sessies, monotoon blijven spelen binnen een groepsimprovisatie?

Om antwoord te vinden op deze vraagstelling heb ik een kwalitatief onderzoek met open interviews gedaan. In totaal heb ik met vier muziektherapeuten een persoonlijk interview gedaan. Uit de analyse van de resultaten is gebleken dat monotoon spel niet alleen vanuit de cliënt komt, maar het een vormgeving is van een wisselwerking tussen cliënt, therapeut en het medium muziek. Om grip daarop te krijgen is het nodig om de mate van veilige gehechtheid of de stabiliteit en veiligheid die in de therapeutische relatie wordt ervaren in te schatten. Vaak resulteert monotoon spel uit een gebrek aan veiligheid. Op basis van deze kennis heb ik twee interventiecatalogi met therapeutische technieken en doelstellingen opgesteld.

Een ander resultaat van dit onderzoek is, dat het kan helpen om een individuele kennismaking te doen, voordat een cliënt naar de groepstherapie komt. Binnen deze is het meer gemakkelijk om een therapeutische relatie te laten ontstaan; de individuele cliënt staat alleen met zijn angsten en onzekerheden centraal. Cliënt en therapeut leren zich op een veilige moment met weinig prikkels van buiten kennen. Afhankelijk hoeveel tijd ter beschikking staat is het tevens mogelijk om de cliënt het medium muziek actief te laten ervaren. Komt de cliënt naar het groepstherapeutische setting, ervaart hij meer veiligheid omdat hij al met de therapeut en het medium bekend is. Deze veiligheid voorkomt weerstanden in het groepscontact en monotoon spel wordt volgens de respondenten minder.

Afsluitend zegt dit onderzoek, dat het belangrijk is om elk mens met zijn spel te bekeken en in zijn individuele context en hoedanigheid te begrijpen. Muziektherapie leeft door middel van een accepterende sfeer en het begrip van therapie als 'wertfreien Raum'. Ik als therapeut kan alleen zoveel ruimte aan cliënten geven als ik aan mezelf toesta.

Literatuuropgave

Boeken / Internet

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th. ed., Rev.ed.). Washington, DC: Author.
- Baarda, D. B., De Goede M. P. M. & Teunissen J. (2005). *Basisboek Kwalitatief Onderzoek. Handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek*. Groningen: Wolters- Noordhoff bv.
- Baarda, D.B. & De Goede, M.P.M. (2006). *Basisboek methoden en technieken: Handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwantitatief onderzoek*. Houten: Wolters-Noordoff.
- Baarda, D.B. (2009). *Dit is onderzoek! Handleiding voor kwantitatief en kwalitatief onderzoek*. Groningen: Noordhoff Uitgevers.
- Baerends, A. & Kurstjens, H. (2006). Morfologische Muziektherapie. In: H. Smeijsters (red.). *Handboek Muziektherapie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Bauwens, F. & Van Buggenhout, E. (2006). Muziektherapie, woordeloze container?. In: W. Krikilion (red.). *De therapeutische relatie*. Antwerpen - Apeldoorn: Garant.
- Behr, A., Bergen, M., Hopster, G., Lersen, G., Mecklenbeck, F.; Pirkl, U., . . . Vogel, M. (2012). *Indikationskatalog Kreativtherapie, niet gepubliceerd*. Düsseldorf: LVR-Klinikum Düsseldorf, Kliniken der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf.
- Booij, G. E., Lehmann, C., Mugdan, J. (2000). *Morphologie - Morphology*. Berlin: de Gruyter.
- Bruscia, K.E. (1987). *Improvisational Models of Music Therapy*. Springfield, Illinois: Charles C Thomas.
- Cilissen, A., Penzes, I. & Welten, J. (2012). *Module: C4.13 Start Afstudeerproject (1): Probleemgebiedverkenning*, niet gepubliceerd. Heerlen: Zuyd Hogeschool Gezondheid en Zorg.
- Cilissen, A., Penzes, I., Poismans, K. & Welten, J. (2012). *Module: C4.14 Start Afstudeerproject (2): Onderzoeksvoorstel*, niet gepubliceerd. Heerlen: Zuyd Hogeschool Gezondheid en Zorg.
- Cluckers, G. (1989). 'Containment' in de therapeutische relatie: de therapeut als drager en zingever. In: G. Cluckers, G. Lietaer & H. Vertommen (Eds.). *De relatie in therapie*. Leuven: Universitaire Pers.
- Corbin, J. & Strauss, A. L. (2008). *Basics of Qualitative Research (3th. ed.)*. Thousand Oaks: Sage Publication, Inc.
- Dudenredaktion (red.) (2004). *DUDEN Die deutsche Rechtschreibung, Band 1*. Mannheim: Bibliographisches Institut & F.A. Brockhaus AG; Dudenverlag.
- Decker-Voigt, H.H., Oberegelsbacher, D. & Timmermann, T. (2012). *Lehrbuch Musiktherapie, 2. Auflage*. München Basel: Ernst Reinhardt Verlag.
- Engelmann, I. (2009). Psychodynamische Psychiatrie und Musiktherapie. In: H.H. Decker-Voigt & E. Weymann (Ed.). *Lexikon Musiktherapie 2., überarbeitete und erweiterte Ausgabe*. Göttingen: Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG.
- Glaser, B. G., Strauss, A. L. (1967). *The discovery of Grounded Theory: Strategies for qualitative research*. New Jersey: Transaction Publishers.
- Hegi, F. (1998). *Übergänge zwischen Sprache und Musik. Die Wirkungskomponenten der Musiktherapie*. Paderborn: Junfermann Verlag.
- Hegi, F. & Rüdisüli, M. (2011). *Der Wirkung von Musik auf der Spur, Theorie und Erforschung der Komponenten*. Wiebaden: Reichert Verlag.
- Höhmman, U. (2009). Appelle und Appellwirkung von Musikinstrumenten. In: H.H. Decker-Voigt & E. Weymann (Ed.). *Lexikon Musiktherapie. 2., überarbeitete und erweiterte Auflage*. Göttingen: Hogrefe.
- Isermann, H. & Ulrich, G. (2006). Schizofrenie. In: H. Smeijsters (red.). *Handboek Muziektherapie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Kliphuis, M. (1977). Bausteine der Kreativen Situation. In: L. Wils (Ed.). *Spielenderweise*. Wuppertal: Putty.
- Kranz, B. & Verburt, J. (2006a). Psychoanalytische of psychoanalytisch georiënteerde muziektherapie. In: H. Smeijsters (red.). *Handboek Muziektherapie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Kranz, B. & Verburt, J. (2006b). Gestalt-muziektherapie en integratieve muziektherapie. In: H. Smeijsters (red.). *Handboek Muziektherapie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Krikilion, W. (red.) (2006). *De therapeutische relatie*. Antwerpen - Apeldoorn: Garant.
- Kurstjens, H. (2008). 'Ik weet hoe het smaakt.'. In: H. Smeijsters (red.). *De kunsten van het leven; Voorbeelden uit de creatieve therapie*. Diemen: Veen Magazines.

- Kurstjens, H. (2005). Improvisatie in de muziektherapie. In: H. Smeijsters (red.). *Praktijkonderzoek in vaktherapie*. Bussum: Coutinho.
- Laansma, M. & Riemke, C. (2006). Stemningsstoornissen. In: H. Smeijsters (red.). *Handboek Muziektherapie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Langenscheidt-Redaktion. (2005). *Taschenwörterbuch Niederländisch*. Berlin und München: Langenscheidt.
- Lewis, P., Saunders, M. & Thornhill, A. (2004). *Methoden en technieken van onderzoek*. Amsterdam: Person Education Benelux.
- Lucassen, R. & Hartman, T.C.O. (2007). *Kwalitatief onderzoek. Praktische methoden voor de medische praktijk*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Maso, I. & Smaling, A. (2004). *Kwalitatief onderzoek: Praktijk en Theorie*. Amsterdam: Boom.
- Mayr, Stella (2009). Gruppenfunktionen und Phasen der Gruppenbildung. In: H.H. Decker-Voigt & E. Weymann (Ed.). *Lexikon Musiktherapie. 2., überarbeitete und erweiterte Auflage*. Göttingen: Hogrefe.
- Markx, O.N. & Van der Mast, R.C. (1995). *Overdracht en tegenoverdracht in psychoanalytische psychotherapie*. Assen: Van Gorcum.
- Migchelbrink, F. (2008). *Praktijkgericht onderzoek in zorg en welzijn*. Amsterdam: SWP.
- Olshausen Küchhoff, C. (2009). Der Erstkontakt. In: J. Küchenhoff & R. Mahrer Klemperer (Ed.). *Die Arbeit an der therapeutischen Beziehung, Mit einem Geleitwort von Daniel Hell*. Stuttgart: Schattauer GmbH.
- Osten, P. (2000). *Die Anamnese in der Psychotherapie. Klinische Entwicklungspsychologie in der Praxis*. München / Basel: Ernst Reinhardt Verlag.
- Penzes, I. (2012). C4.13 Start Afstudeerproject (1) College 4, niet gepubliceerd. Blackboard Hogeschool Zuyd. Geraadpleegd op 26 januari 2013 in het Wereld Wide Web: http://blackboard.hszuyd.nl/webapps/portal/frameset.jsp?tab_tab_group_id=2_1&url=%2Fwebapps%2Fblackboard%2Fexecute%2Flauncher%3Ftype%3DCourse%26id%3D_7500_1%26url%3D_
- Penzes, I. (2012). Start Afstudeerproject (2) College 2 Vraagstelling in relatie tot onderzoeksmethode, niet gepubliceerd. Blackboard Hogeschool Zuyd. Geraadpleegd op 26 januari 2013 in het Wereld Wide Web: http://blackboard.hszuyd.nl/webapps/portal/frameset.jsp?tab_tab_group_id=2_1&url=%2Fwebapps%2Fblackboard%2Fexecute%2Flauncher%3Ftype%3DCourse%26id%3D_7500_1%26url%3D_
- Penzes, I. (2013). C4.14 Start Afstudeerproject (2) Data-analyse Kwalitatieve Casestudy en Kwalitatieve survey, niet gepubliceerd. Blackboard Hogeschool Zuyd. Geraadpleegd op 26 januari 2013 in het Wereld Wide Web: http://blackboard.hszuyd.nl/webapps/portal/frameset.jsp?tab_tab_group_id=2_1&url=%2Fwebapps%2Fblackboard%2Fexecute%2Flauncher%3Ftype%3DCourse%26id%3D_7500_1%26url%3D_
- Penzes, I. (z.j.). C4.14 Start Afstudeerproject (2) Dataverzameling Kwalitatieve Case-study en Kwalitatieve Survey, niet gepubliceerd. Blackboard Hogeschool Zuyd. Geraadpleegd op 26 januari 2013 in het Wereld Wide Web: http://blackboard.hszuyd.nl/webapps/portal/frameset.jsp?tab_tab_group_id=2_1&url=%2Fwebapps%2Fblackboard%2Fexecute%2Flauncher%3Ftype%3DCourse%26id%3D_7500_1%26url%3D_
- Petersen, P. (2000). *Der Therapeut als Künstler. Ein integrales Konzept von Psychotherapie und Künstlerischer Therapie* (4th. ed.). Stuttgart: Mayer.
- Petersen, P. (2009). *Beziehung Patient - Therapeut*. In: H.H. Decker-Voigt & E. Weymann (Ed.). *Lexikon Musiktherapie 2., überarbeitete und erweiterte Ausgabe*. Göttingen: Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG.
- Roppelt, U. (z.j.). *Typisch Mann ? Typisch Frau? - Geschlecht und soziale Rolle*. München: Grin Verlag.
- Salber, W. (1980). *Konstruktion psychologischer Behandlung*. Bonn: Bouvier.
- Salber, W. (1986). *Morphologie des seelischen Geschehens; Neuauflage*. Bonn: Bouvier.
- Scott, H. (2009). *What is Grounded Theory?*. Geraadpleegd op 22 maart 2013 op het World Wide Web: <http://www.groundedtheoryonline.com/what-is-grounded-theory>.
- Smaling, A. & van Zuuren, F. (1992). *De praktijk van kwalitatief onderzoek. Voorbeelden en reflecties*. Meppel / Amsterdam: Uitgeverij Boom.
- Smeijsters, H. (2006). Morfologie. In: H. Smeijsters (red.). *Handboek Muziektherapie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Smeijsters, H. (2008). *Handboek Creatieve Therapie*; derde, herziene druk. Bussum: uitgeverij coutinho.

- Smeijsters, H. (2009). Analogie *vitality affects* und Kernselbst im *present moment*. In: H.H. Decker-Voigt & E. Weymann (Ed.). *Lexikon Musiktherapie 2., überarbeitete und erweiterte Ausgabe*. Göttingen: Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG.
- Stern, D.N. (1985). *The interpersonal world of the infant. A view from psychoanalysis and developmental psychology*. New York: Basic Books.
- Stern, D.N. (1992). *Die Lebenserfahrung des Säuglings*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Stern, D.N. (2004). *The present moment in psychotherapy and everyday life*. New York: W.W. Norton.
- Timmermann, T. (2012a). Improvisation. In: H.H. Decker-Voigt, D. Oberegelsbacher & T. Timmermann (Ed.). *Lehrbuch Musiktherapie*. München Basel: Ernst Reinhardt Verlag.
- Timmermann, T. (2012b). Praxeologie. In: H.H. Decker-Voigt, D. Oberegelsbacher & T. Timmermann (Ed.). *Lehrbuch Musiktherapie*. München Basel: Ernst Reinhardt Verlag.
- Töpker, R. (2001). Morphologisch orientierte Musiktherapie. In: H.H. Decker-Voigt (Ed.). *Schulen der Musiktherapie*. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Vandereycken, W. & Van Deth, R. (2004). *Psychiatrie, van diagnose tot behandeling*. tweede, herziene druk. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Wheeler B. (ed.) (2005). *Music Therapy Research*. Gilsum: Barcelona Publishers.
- Wöller, W. (2006). *Trauma und Persönlichkeitsstörungen: Psychodynamisch-Integrative Therapie*. Stuttgart: Schattauer GmbH.
- Yalom, I.D. (2001). *Groepspsychotherapie in theorie en praktijk. Tweede druk, tiende oplage*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

Bijlage

Bijlage 1: Geselecteerd en reduceert voorbeeld uitgeschreven interview

Interview Bachelor - Franz Mecklenbeck (Persönlich) - 25.02.2013

Eva: In meiner Abschlussarbeit geht es um Stagnation und Musiktherapie, was kommt dir da als Erstes in den Sinn?

Franz: Oh das ist aber eine große Frage / Antwort. Stagnation ist ja schnell gesagt. Du meinst also, wenn der Patient innerhalb der Musiktherapie stagniert?

Eva: Genau das ist meine Idee! Aber ich habe in meiner Materialsammlung gemerkt, es gibt ganz viele Bilder davon,. Es gibt auch Menschen die sagen, Stagnation existiert gar nicht in der Musiktherapie. Es ist immer etwas da, es bewegt sich immer etwas. Ist das auch deine Meinung?

Franz: Das ist auch meine Meinung. Indem der Patient schon den Therapieraum betritt, auch wenn er keine Lust hat sich mit der Musiktherapie oberflächlich oder unterflächlich auseinanderzusetzen, denn er ist ja da und dann stagniert seine Therapie nicht, sondern er hat den Schritt gemacht hierhin zu kommen. Ob das Bereitschaft oder gezwungen war. Wichtig ist, dass er erst einmal überhaupt da ist. Auch wenn er sagt er kann das nicht, hat keine Lust, wurscht! Das ist keine Stagnation.

Eva: Und wie siehst du das dann in der Musik?

Franz: In der Gruppe?

Eva: Ja.

Franz: Also wenn in der Musik musiziert wird und er macht nicht mit?!

Eva: Ja, oder es gibt auch Formen in denen der Patienten immer nur einen Rhythmus spielt, usw.

Franz: Das ist doch in Ordnung. Das ist sein Ausdruck. Auch das würde ich nicht als Stagnation bezeichnen. Der Begriff Stagnation ist für mich wertend und wie du weisst ist mein Musiktherapie-Begriff wertfrei. Es gibt kein Gut, kein Schlecht. Stagnation würde bedeuten: 'Der kriegt nichts auf die Reihe!' Aber das stimmt nicht, auch wenn er beharrlich auf drei Tönen geklimpert, haben seine drei Tönen einen Wert für ihn und für die Situation. Das kann Ausdruck sein von 'Ich hab keinen Bock', Penetranz, versteckte Aggression. 'Ich spiele jetzt einfach nur drei Töne, nö dem Therapeuten oder den anderen in der Gruppe wird das schon irgendwann Leid tun..'. Deshalb tue ich mir etwas schwer mit diesem Begriff. Wenn du Stagnation siehst als beschreibendes Wort das der Patient in seiner Entwicklung nicht weiter kommt, stehen bleibt, dann würde ich natürlich irgendwann einmal hinterfragen warum er stehen bleibt.

Eva: Verbal?

Franz: Ich würde das natürlich verbal machen und ich könnte mir vorstellen, ihm Hilfsmittel an die Hand zu geben und sagen: 'Versuchs doch mal mit der Bassschlitztrommel, da bist du nicht so überfragt wie an dem Marimbaphon, das so viele Töne hat.' ich würde also versuchen, ihm über das Instrument eine Chance zu geben. Du weisst ja auch, dass ich soweit gehe, dass ich aufmüpfige Borderlinemäusschen zu mir auf die Klavierbank hole und einfach da sitzen und zugucken lasse und irgendwann spielen die mit.

Eva: Das wäre die nächste Frage gewesen: Gibt es einen Unterschied in der Ausprägung der Stagnation qua Diagnose?

Franz: Ich denke, beim Psychotiker hat er Angst Gefühle zuzulassen. Aber wie gesagt, das heißt noch lange nicht, dass ich da von Stagnation spreche, das ist dir klar?

Eva: Das ist mir klar.

Franz: Wenn ich dir jetzt Beispiele sage, wo man eine Stagnation drin erkennen könnte, ich würde es nicht als Stagnation betrachten.

Eva: Ich habe Stagnation in meiner Arbeit bewusst als provozierendes Wort genommen. Man kann sehr viele Worte benutzen - Mir geht es darum: 'Was passiert da eigentlich?'

Franz: Psychotiker, das können Ängste sein vor Emotionen, klassische Ängste in der Musiktherapie, dass er sich beim Spielen verliert und wieder in die Psychose abzudriften. Daher auch mein Warnspruch: 'Immer erst in die Gruppe nehmen, wenn sie wirklich endaktualisiert sind.'

Der Depressive hat im Zweifelsfalle keine Lust. Stagniert aus mangelndem Antrieb heraus, weil er generell keinen Antrieb hat. Er bleibt sitzen, trommelt nur leise vor sich, bleibt bei einem Ton, wenn überhaupt. Das wäre ja schon ein Schritt und kein 'Stehen bleiben'.

Dann Borderline / Persönlichkeitsstörung: Würde ich eher wieder in eine provokante Ecke schieben. Könnte ja sein, dass es mir besser geht, wenn ich jetzt hier Musik mache und dann habe ich ja keine Möglichkeiten mehr aufzufallen und deshalb muss ich mich dagegen wehren. Deswegen mache ich es nicht / wehre mich dagegen mitzumachen oder poltre einfach mal so in der Gegend rum - wenn ich mutig bin.

Eva: Das ist dann eher Verweigerung?

Franz: Provokation oder generelle Verweigerung.

Eva: Welche Intervention verwendest du bei den verschiedenen Krankheitsbildern?

Franz: Ich versuche einfach so weit es geht sie nicht zu verstoßen, sondern die Beziehung auf der emotionalen Ebene noch zu verstärken, noch mehr zu fesseln im übertragenen Sinne. Das ich sie noch mehr binde in die verlässliche Beziehung zum Therapeuten.

Bijlage 2: Geselecteerde voorbeeld open codeert interview

Interview Bachelor - Franz Mecklenbeck (Persönlich) - 25.02.2013

Indem der Patient schon den Therapieraum betritt

auseinanderzusetzen

er ist ja da und dann stagniert seine Therapie nicht

Schritt gemacht

sein Ausdruck

Begriff Stagnation wertend mein Musiktherapie-Begriff wertfrei

auch wenn er beharrlich auf drei Tönen rumklimpert, haben seine drei Tönen einen Wert für ihn und für die Situation.

Ausdruck von 'Ich hab keinen Bock', Penetranz, versteckte Aggression. 'Ich spiele jetzt einfach

Stagnation siehst als beschreibendes Wort Patient in seiner Entwicklung nicht weiter kommt

hinterfragen

verbal machen

Hilfsmittel an die Hand zu geben

über das Instrument eine Chance zu gebe

aufmüpfige Borderlinemäusschen zu mir auf die Klavierbank hole und einfach da sitzen und zugucken lasse und irgendwann spielen die mit.

Psychotiker hat er Angst Gefühle zuzulassen

Psychotiker, das können Ängste sein vor Emotionen, klassische Ängste in der Musiktherapie, dass er sich beim Spielen verliert und wieder in die Psychose abzudriften.

Depressive hat im Zweifelsfalle keine Lust. Stagniert aus mangelndem Antrieb heraus, weil er generell keinen Antrieb hat. Er bleibt sitzen, trommelt nur leise vor sich, bleibt bei einem Ton, wenn überhaupt

Borderline / Persönlichkeitsstörung: Würde ich eher wieder in eine provokante Ecke

mache ich es nicht / wehre mich dagegen mitzumachen oder poltre einfach mal so in der Gegend rum - wenn ich mutig bin.

Provokation oder generelle Verweigerung.

versuche sie nicht zu verstoßen, sondern die Beziehung auf der emotionalen Ebene noch zu verstärken

Bijlage 3: Voorbeeld eerste stap axiaal coderen

Interview Bachelor - Franz Mecklenbeck (Persönlich) - 25.02.2013 - Codierung

Begriff Stagnation in MT	Formen Stagnation	Voraussetzungen	Interventionen
schon durch Anwesenheit bei MT keine Stagnation	sein Ausdruck hat Wert	verlässliche Beziehung zum Therapeuten.	hinterfragen
Begriff Stagnation wertend Musiktherapie-Begriff wertfrei	'Ich hab keinen Bock' Penetranz versteckte Aggression	Verhalten Patient kann von Therapeuten forciert werden	verbal machen
Stagnation beschreibendes Wort Patient in seiner Entwicklung nicht weiter kommt	Psychotiker Angst Gefühle zuzulassen in Psychose abzutreffen	Musik nicht unbedingt nötig zur Konfrontation	Hilfsmittel an die Hand geben über das Instrument
	Depressive keine Lust Stagniert aus mangelndem Antrieb Er bleibt sitzen, trommelt nur leise vor sich, bleibt bei einem Ton	Der Therapeut kann verändern.	Borderline zu mir auf die Klavierbank
	Borderline / Persönlichkeitsstörung: provokante Ecke mache ich es nicht / wehre mich dagegen mitzumachen polter in der Gegend rum Provokation generelle Verweigerung.	Akzeptanz / Toleranz	versuche sie nicht zu verstoßen Beziehung auf der emotionalen Ebene verstärken

	wann ist es gruppenschädlich er aufsteht oder nur rummozt.	Vertrauen (auch außerhalb der Musik)	Depressiven lassen Befragedennoch in Reflektionsrunde wird genauso wie Anderen behandelt genauso Teil der Gruppe
	Zeitfaktor Stagnation kurzfristiger Momen	privat und profession deutlich trennen	'Vielleicht brauchen Sie noch ein bisschen Zeit und Sie können erst einmal aussetzen und dann überlegen, ob Sie noch einmal wieder kommen.' Immer als Angebot. Nie als Rausschmiss.
	groß angekündigt: 'Nächste Stunde spiele ich dann mit!'	professionell reagieren	'Psychotiker vorsichtig anzubieten über vorgegebenen Rhythmus, Melodieführung, Instrument das er glaubt zu Beherrschen, ihm ein Angebot / Struktur zu geben (die Stagnation) aufzulösen.
	keinen anderen Rhythmus kann Lebensrhythmus, einfach strukturiert positiv negativ ich bin so stark und ziehe meinen Rhythmus durch	Wie viel kann ich dem Patienten geben?'	provokieren lauten Rhythmus entgegengesetzten, irgendwann umdrehen und Patienten und Gruppe deutlich machen, welche Rolle er spielt und ihm zeigen, dass er sich damit ins Aus setzt Gruppe gegen ihn spielen lassen. Aber dazu muss es weit kommen
	Provokation. Konkurrenz keinen Zugang.	Wie viel kann ich dem Patienten geben?'	Stellungnahme aus der Gruppe zu fragen.
	Übertragung in den Alltag nicht möglich, aktiv nicht beteiligt Wenn ein Patient z.B. in der Musik an einer Kindheitsmelodie auf dem Glockenspiel hängen bleibt,	Musikalische Erlebnisse müssen übertragen werden können	im Kontak mit den Patienten werde ich mit sehr vielen eigenen Emotionen konfrontiert. Wie nehme ich das im Gespräch auf?

	findet sich das auch immer wieder im Gespräch wieder, ebenso umgekehrt? Richtig.		'Sie machen mich wütend.' Das heißt nicht, dass ich ihn zur Sau mache
	Analogie Musik / Alltag	Musik nur ein medium	ins Behandlersteam bringen
		keine Pedagogik sondern es ist Therapie	keine Pedagogik sondern es ist Therapie
		Fühlen / Wohlfühlen	wichtig ist der Effekt am Ende der Stunde
		Veränderung entsteht durch Zusammenwirken von Patient und Therapeut	schaue nicht auf das Spiel beim Patienten. Ich will das Spüren. wahr zu nehmen nehme die Töne oder den Rhythmus auf, oder provoziere ihn an der Trommel lauter zu werden, indem ich am Klavier lauter werde
		Atmosphäre Raum Präsenz Persönlichkeit Stimme	dass in der Musik Erlebte dem Alltag zuzuführen.
		kleineren Gruppe	selbst machen Wenn er sich wohl fühlt mit diesem Rhythmus und aus diesem Rhythmus Kraft und Sicherheit schöpft, dann ist das in Ordnung.
		Souveränität und Erfahrung	

Codierung Übersicht Interventionen

	Franz Mecklenbeck	Andreas Brünen	Franz-Josef Plum	Wolfgang Soost
		Individueller Erstkontakt	Individueller Erstkontakt	
Verbale Interventionen	Musikalisches Verhalten im Gruppengespräch hinterfragen	+		+
	Verbalisieren	+		+
	Hilfsmittel anraten (Instrumentenwahl)			
	Akzeptanz im verbalen Austausch → Beziehung emotional verstärken	+	+	
	Gemeinsame Überlegung ob zu diesem Zeitpunkt für Therapieform geeignet		+	
	Feedback der Gruppe einholen	+	+	+
	Spiegelung Übertragung		+	
	Multidisziplinärer Austausch	+	+	+
	Analogien aufzeigen		+	
	Passive Teilnahme: Verbal integrieren	+	+	
		Eigene Schmerzgrenze angeben	+	
			vor allem nonverbal	
		Absprechen von Zeichen in der Musik (Borderliner)		
		Vorbeugen / Vorbereiten im Vorgespräch → eigene Verantwortung gegenüber Mitpatienten bewusst machen		
Musikalische Interventionen	Psychotiker: Struktur anbieten über Rhythmus, Melodieführung	+		
		Interventionen für Kontakt und Tragen (nicht nur Psychotiker)		
	Dominanz/Provokation: provozieren, lauten	+	-	+

	Rhythmus gegensetzen, umdrehen (Gruppe gegen ihn spielen lassen – nur in Ausnahmen)	übertrumpfen, puschen, bis er hochfährt und nicht mehr höher kann, unterschwellig Tempo nach unten drücken, stolpern in festen Rhythmus einbauen, nach Pause mit neuem Material einsetzen und versuchen Gruppe mitzunehmen		
	Akzeptanz 'Machen Lassen'	+ Wahr nehmen, frei von eigenem! Leistungsanspruch	+	+
			Ton weiter geben (nicht nur Trommeln)	Werkformen Trommel: Trommelkanon, Ton weitergeben, 'We will rock you' (durch Gruppendynamik kein Platz für Stagnation)
				Tiefenentspannung, rezeptives Angebot
				Ruhigere Spielform anbieten
		+		Patienten musikalisch Abholen, musikalischen Ausdruck aufnehmen (Nähe-Distanz)
		Patienten musikalisch Verführen: Patient spielt nur 4/4-Takt, 3/4-Takt anspielen		
			Strukturen aufbrechen durch anbieten neuer Werkformen, anderer Ablauf (bereits spielen, wenn Patienten kommen)	

			Kontaktspele (Duos / Trios)	
		Bruscia-Techniken mit Fokus auf Kontakt machen und tragen		
Non-Verbal				Zusicherung → Blickkontakt
				Humor, Leichtigkeit

Bijlage 5: PICO-vragen

Om er eerlijk over te zijn, heb ik tot nu toe voor mijn onderzoek geen gebruik van PICO-Vragen gemaakt. Dit kwam omdat mijn zoektermen tot met het gesprek met Han Kurstjens zeer breed waren. Het was voor mij niet helder welke trefwoorden geschikt voor mijn probleemgebied zijn, omdat ik er te weinig inzicht in had. Ik ben daarom zeer divers met mijn zoek begonnen, waardoor ik niet in staat ben geweest en het verder niet handig bleekte, om een PICO-Vraag te formuleren.

Bijlage 6: Zoekgeschiedenis en Verklaring Zoekmethode

Voor dit nu in het focus staande probleemgebied heb ik vooral gebruik van literatuurlijsten in boeken en boekenvoorstellen uit gesprekken gemaakt. Dit kwam, door dat internet-research voor het vinden van geschikt artikelen niet handig bleekte.

Hier waren de ondersteunend gesprekken met Katinka Poismans, Han Kurstjens en Juliane Tissen van groot belang. Door hun heb ik verschillende theorieën leren kennen en aanradingen voor verder literatuur gekregen.

Het leekte mij daarom niet handig om een zoekgeschiedenis gezien de internet-research aan te voegen. Ik heb wel internet-research gedaan, maar meer om onduidelijke begrippen snel op te zoeken of in online-bibliotheken na boeken te zoeken. Het hoofdzoektocht heb ik op het oude manier manueel en via boeken gedaan. Voor het gehele onderzoek heb ik tot tevens geen internet-artikelen gebruikt. Sommige websites – zoals altijd aangegeven – gebruikte ik, om informatie uit boeken op de een of ander manier aan te vullen. Over het geheel probeer ik internetbronnen te vermijden.