

‘Ik ben geen MS, ik heb MS’



Een inventariserend onderzoek naar mediumaspecten die binnen de muziektherapie worden ingezet om bij te dragen aan het verminderen van verwerkingsproblematiek bij cliënten met Multiple Sclerose

E.C.M. Jung
Creatieve Therapie Muziek, 0619604
Hogeschool Zuyd Heerlen
Faculteit Gezondheid en Zorg
03 juni 2010
Begeleidster: Mevr. M.M.C. Poismans

Leven met MS

De Confrontatie

De Acceptatie

Incasseren

Erop Anticiperen

En Weer Dapper Verder Leren

Sara, oktober 2008

Inhoud

Voorwoord		4
Inleiding		5
Hoofdstuk 1	Het probleem	6
§1.1	Vraagstelling	11
§1.2	Doelstelling	11
Hoofdstuk 2	Onderzoeksopzet	12
§2.1	Onderzoekstype	12
§2.2	Onderzoeksmethode	12
§2.3	Dataverzameling	12
§ 2.3.1	Onderzoekspopulatie	12
§ 2.3.2	Inclusie criteria	13
§ 2.3.3	Dataverzamelings technieken	13
§ 2.3.4	De enquête	14
§2.4	Data analyse	15
§2.5	Kwaliteitscriteria	16
Hoofdstuk 3	Multiple Sclerose in het algemeen	17
§3.1	Definitie	17
§3.1.1	Lichamelijk functioneren	18
§3.1.2	Psychisch functioneren	18
§3.1.3	Sociaal functioneren	18
§3.2	Beloof & Prognose	19
Hoofdstuk 4	Verwerking bij Multiple Sclerose	19
§4.1	MS & verwerking	19
§4.2	Verwerkingsmodellen & verwerkingsproblematiek	20
Hoofdstuk 5	Muziektherapie bij MS en verwerkingsproblematiek	21
§5.1	Indicaties	21
§5.2	Doelstellingen	22
§5.3	Meerwaarde muziektherapie bij MS	23
Hoofdstuk 6	Resultaten	24
§6.1	Respondenten in het algemeen	24
§6.2	Doelgroep	24
§6.3	Behandeling in het algemeen	25
§6.4	Inzet van mediumaspecten	25
§6.5	Opmerkingen van respondenten	28
§6.6	Samenvatting van de resultaten	29
Hoofdstuk 7	Discussie	30
§7.1	Beantwoording van de vraagstelling	30
§7.2	Reflectie op de methode	31
§7.3	Een kritische kijk op het verrichte onderzoek	32
§7.4	Verklaring en interpretatie van de resultaten	33
§7.5	Integratie resultaten in nieuw werkmodel	36
§7.6	Vergelijking oud en nieuw werkmodel	39
§7.7	Aanbevelingen	40
Samenvatting		40
Geraadpleegde literatuur		41
Digitale informatiebronnen		42
Bijlage 1	MS in verloop	43
Bijlage 2	Brief & enquête	44
Bijlage 3	Logboek SPSS	51
Bijlage 4	Berekeningen & grafieken	52

Voorwoord

Multiple Sclerose, afgekort als MS: een ziekte die geen rechtlijnig verloop kent en waarvan tevens de oorzaak nog onbekend is. Onzekerheid over de onvoorspelbaarheid van deze neurologische aandoening speelt binnen het leven van de gediagnosticeerde persoon een belangrijke rol. In het derde jaar stage heb ik praktijkervaring opgedaan binnen deze doelgroep. Een veel voorkomende indicatie voor muziektherapie was hierbij: 'Meneer/ mevrouw heeft problemen verlieservaringen te verwerken'. Het werken met een cliënt met MS, ervoer ik op dat moment als een van de meest intensieve doelgroepen. Ik probeerde binnen de muziektherapie verschillende werkvormen uit, waarbinnen ik interventies de ene keer wel en de andere keer niet inzette. Dit leidde soms tot een goed, maar soms ook tot een averechts resultaat. Die zoektocht naar werkzame mediumaspecten binnen deze doelgroep met deze problematiek heeft mijn nieuwsgierigheid gewekt. Het heeft me doen besluiten om een kwantitatief inventariserend praktijkonderzoek te verrichten. Dit praktijkonderzoek deed ik door vragenlijsten te versturen naar desbetreffende muziektherapeuten. Mijn aandacht voor de thematiek 'verlies/ verwerking' is naast mijn stage-ervaringen, ook vanuit een ander vlak gewekt. Op persoonlijk vlak kreeg ook ik met deze thematiek te maken.

De scriptie heeft als doelstelling om een beeld te creëren over het inventariserend onderzoek dat ik heb uitgevoerd en fungeert uiteindelijk als eindwerkstuk ter afsluiting van de studie Creatieve Therapie muziek. Deze scriptie wordt gevoed aan de hand van eigen praktijkervaring binnen deze doelgroep, het praktijkonderzoek, andere scripties en ondersteunende literatuur. Het zoeken naar verbanden die konden worden gelegd tussen de praktijk en theorie, het ontleden van hoofd en bijzaken en het vormgeven van alle informatie, was een uitdaging. Naast eigen motivatie en schijfwerk, zijn er een aantal mensen geweest die ik bijzonder wil bedanken voor de ondersteuning in deze periode. Om te beginnen Kathinka Poismans en Ingrid Péntzes. Zij hebben me ondersteunt in het opzetten van het onderzoeksvoorstel en uitvoeren van het onderzoek. Belangrijk was hierin vooral de kritische kijk naar mijn werk. Joost Willems, Ramona Anschütz, Elise Jonckheere, Paula Jung, Theo Jung en Maartje Jung wil ik ook bijzonder danken voor de ondersteuning binnen deze onderzoeksperiode, die ze elk op hun eigen manier hebben gegeven.

Inleiding

'Ik ben geen MS, Ik heb MS'. Het is een titel die refereert aan het perspectief van een groep cliënten die deze ziekte niet hun leven wil laten overheersen. Het betreft een duidelijk standpunt, een krachtige uitspraak, een veelzeggend gegeven: het is een uitspraak die een appèl doet op de identiteit van de mens. Beemen (2006) beschrijft 'identiteit' als een beeld dat iemand van zichzelf heeft. Het betreft een gevoel van onder andere continuïteit, wederzijdsheid en zelfacceptatie.

De foto op de titelpagina, past hierbij (Tioms, 2010). Te zien zijn een vader en dochter, die er, ondanks de velen tegenslagen en verlieservaringen, voortkomend vanuit de ziekte, samen uitkomen. Helaas lukt het niet iedereen om met dit perspectief door het leven te gaan. Een groot aantal mensen met MS hebben te kampen met problemen met betrekking tot verwerking van de opgedane verlieservaringen. Deze verlieservaringen kunnen moeilijk een plaats krijgen in het leven van de persoon in kwestie. Muziektherapie, een vorm van Creatieve Therapie, kan voor deze groep mensen een goede bijdrage leveren aan het verminderen van deze problematiek. De vragen waarin muziektherapie daartoe een bijdrage kan leveren en welke verschillende invullingen aan sessies worden gegeven door muziektherapeuten, worden binnen deze scriptie behandeld. Graag laat ik u verdiepend kennis maken met de literatuurstudie en het praktijkonderzoek dat ik heb uitgevoerd in pakweg vier maanden. Onderlinge verbanden tussen deze doelgroep, deze problematiek en de mediumaspecten die ingezet worden vanuit muziektherapeuten die in dit veld werkzaam zijn, worden weergegeven. Het betreft een beschrijvend onderzoek waarin telkens de koppeling wordt gemaakt van theorie naar praktijk en vice versa.

De scriptie is stapsgewijs opgebouwd. Hoofdstuk één bevat de probleemstelling en de daaruit voortvloeiende vraagstelling en doelstellingen. De aanleiding voor het doen van dit onderzoek, vragen die ik voor het uitvoeren van het onderzoek heb gesteld, argumenten waarin en waarom dit onderzoek een bijdrage zou kunnen leveren en de uitwerking en verduidelijking van begrippen staan hierin centraal.

Hoofdstuk twee is bedoeld als het scheppen van een overzicht over hoe het onderzoek is voorbereid en uitgevoerd. Hoofdstuk drie bevat informatie over de ziekte MS in het algemeen, hoofdstuk vier over het thema 'verwerking' bij een ziekte als MS. Hoofdstuk vijf bevat informatie over de gegeven indicaties binnen de muziektherapie bij cliënten met MS en de meerwaarde van muziektherapie hierbij. Hoofdstuk zes bevat de resultaten van het onderzoek, waarin beschrijvingen en gegevens van respondenten worden toegelicht. Vervolgens treft u na het resultatenoverzicht de discussie aan in hoofdstuk zeven. Hierin zal worden gereflecteerd op het onderzoek zelf, op de methode, de sterkte-zwakte-analyse, de verklaring en interpretatie van de resultaten en hun integratie in een nieuw werkmodel. Tot slot volgt er een algehele samenvatting, waarin belangrijke zaken die tijdens het onderzoeksproces naar voren zijn gekomen in een notendop worden toegelicht.

Aan het eind van deze scriptie zijn de referentielijsten en bijlagen te vinden. Hierin worden naast de gebruikte bronnen ook informatieve figuren over de ziekte MS in het algemeen, het SPSS-logboek van de berekeningen en verdere grafieken en berekeningen vanuit het kwantitatieve praktijkonderzoek weergegeven.

Voor de leesbaarheid van de scriptie zal om te beginnen gebruik worden gemaakt van de term cliënt. Hiermee bedoel ik, tenzij anders vermeld, steeds een individu dat lijdt aan Multiple Sclerose. Ten tweede wordt telkens verwezen naar de mannelijke vorm van de cliëntgroep. Het moge duidelijk zijn dat dit niet betekent dat deze aandoening niet bij vrouwen voorkomt. Overal waar *hij* of *zijn* staat, kan dus ook *zij* of *haar* gelezen worden. Tot slot zijn de namen van cliënten die binnen deze scriptie genoemd worden zijn fictief om de wet van privacy in acht te nemen.

Hoofdstuk 1 Het probleem

Wat komt er allemaal op je af, als je de diagnose MS voor je kiezen krijgt? Waar moet je rekening mee houden en wat voor behandelmogelijkheden zijn er vooral vanuit de muziektherapie?

Dit zijn vragen die me bezig hielden tijdens mijn muziektherapeutische stage in Dommelhoeve, gelegen in Eindhoven, waar ik geconfronteerd werd met het ziekteproces van mensen met Multiple Sclerose. Dommelhoeve is een revalidatie- en langdurige-opname kenniscentrum voor cliënten met een chronische aandoening op somatisch gebied. Erp (2004) beschrijft dat een chronische aandoening over het algemeen wordt gedefinieerd als een langdurige en onomkeerbare ziekte waarbij de kans op volledig herstel is uitgesloten. Multiple Sclerose, afgekort als MS is een van de chronisch somatische aandoeningen waarmee mensen binnen deze instelling te maken hebben.

Multiple Sclerose is een chronische ziekte, die niet te genezen is, waarbij het centrale zenuwstelsel wordt aangetast. Wanneer iemand te maken krijgt met MS, heeft dit gevolgen op verschillende gebieden. De ziekte kent lichamelijke gevolgen, maar hier vloeien ook psychosociale gevolgen uit voort. De psychische gevolgen hebben te maken met de emotionele beleving van het hebben van de ziekte. Een sociaal gevolg is de vermindering van sociale contacten door het moeten inleveren van werk, school en hobby's.

Er zijn verschillende perspectieven op de ziekte en strategieën waarmee mensen met hun ziekte omgaan. Sommigen slagen erin zich over te geven aan het leven en positief te blijven, waardoor het sociale netwerk sneller in stand blijft. Hier haalt men veel eigenwaarde en bevestiging uit. Anderen slagen hier minder goed in. Zij gaan zich om verschillende redenen steeds meer afsluiten voor de buitenwereld en kunnen terecht komen in een sociaal isolement. Men blijft dan zagezegd hangen in het verwerkingsproces.

Een andere reactie van een ziekte als MS kan volgens Boeije, Bromberger, Duijnste, Grypdonck & Pool (1999) zijn dat de cliënt zijn eigenwaarde verliest. Dit ontstaat doordat hij steeds afhankelijker wordt en alleen maar bezig is met de moeilijkheden, die de ziekte met zich meebrengt. Hierdoor vergeet de cliënt zijn kwaliteiten en mogelijkheden. Boeije et al. (1999) beschrijft dat de eigenwaarde in dit perspectief verband houdt met hoe iemand vroeger was en hoe iemand nu is.

Van belang is dat verlieservaringen worden verwerkt, zodat men weer positiever in het leven kan staan en de focus op een ander facet van het leven kan leggen.

Binnen dit praktijkonderzoek wordt met verwerking 'de mogelijkheid om de steeds opnieuw komende verlieservaringen een plek te geven en de draad van het leven weer op te pakken' bedoeld.

De draad van het leven kan weer worden opgepakt wanneer men zich aanpast aan de situatie. De Mönnink (1999) noemt dit laatste ook wel accommoderen. Het accommoderen wordt door de Mönnink beschreven als een herbezinning op de veronderstellingen over jezelf, de wereld en de verlorenen. Het betreft een mentale functie waarbij op symbolische wijze een punt gezet wordt achter het verlies; er wordt energie gestoken in het opbouwen van een nieuwe relatie met het verlies, maar er wordt ook geïnvesteerd in een nieuwe, weliswaar andere situatie. Het verliesverwerkingsproces is te zien als de vervanging van oude denkschema's door nieuwe. Wanneer men dit proces niet kan of wil doorlopen, spreekt men van verwerkingsproblematiek.

Nederland bevindt zich tegenwoordig in een financiële crisis. Dit resulteert in strikte maatregelen binnen de gezondheidszorg. Zorg wordt zoveel mogelijk beperkt en geconcentreerd in de zogenaamde Zorg Zwaarte Pakketten (ZZP's). Hierin wordt de hoeveelheid zorg per cliënt nauwkeurig opgeschreven. In het rapport over knelpunten en aanbevelingen van de ZZP's (Kwadraat GGZ, 2008) worden er verschillende uitspraken gedaan. Ten eerste bestaat de vrees dat indicatiestellers niet meer zullen uitgaan van de zorgvraag, in de zin van: 'Wat heeft de cliënt nodig?' Maar meer vanuit de gegeven ZZP's: 'In welk hokje past de cliënt?' Een tweede kritiekpunt is dat met deze ZZP's vooral uitgegaan wordt van de problemen en beperkingen van cliënten en te weinig van hun mogelijkheden. Met andere woorden: zorg wordt veelal klachtgericht aangeboden. Aan het begin van mijn stageperiode in het somatisch verpleeghuis had ik ook de ervaring dat vanuit mijzelf zo snel mogelijk resultaat moest worden geboekt. Ook in het muziektherapeutisch proces was 'de klachtgerichtheid' als insteek kenmerkend. Met klachtgerichtheid wordt 'het samen onderzoeken en behandelen van de klacht of het probleem van de cliënt' bedoeld.

Na ongeveer een maand was merkbaar dat wanneer alleen op de klacht werd gefixeerd, kwaliteiten en mogelijkheden van de cliënt worden vergeten. Dit kan ervoor zorgen dat het therapieproces wordt vertraagd, omdat de concentratie op alleen de klacht kan zorgen voor een passieve en afhankelijke

houding van de cliënt, waardoor actief omgaan met zijn problematiek minder makkelijk wordt. Hutschemaekers (2006) beschrijft dat juist het (her)ontdekken van eigen sterktes en kracht, mensen in staat stellen niet alleen een passieve drager van een ziekte te zijn en afhankelijk en overgeven aan behandelaars en therapie, maar juist actief om te gaan met hun problematiek. Heinen & Kirschning (2007) bevestigen dit met de toevoeging dat hiermee een beroep wordt gedaan op zelfbeschikking, zelfverantwoording en eigengereedheid. Zo ervaart de cliënt dat hij meer is dan de ziekte alleen. Hutschemaekers (2006) beschrijft dat hoe meer ruimte de cliënt weet te creëren tussen zijn 'ik' en de ziekte, hoe groter de kans dat hij de regie kan nemen in het omgaan met zijn problemen.

Naast aspecten als zelfbeschikking, zelfverantwoordelijkheid en eigengereedheid wordt er ook een beroep gedaan op het positief beïnvloeden van het zelfbeeld van de cliënt. Het zijn de zogenaamde succeservaringen en ontdekkingstochten die ervoor zorgen dat de cliënt zich meer voelt dan de ziekte alleen. Deze visie op hulpverlening wordt bevestigd, vanuit de positieve psychologie, met de volgende woorden: *"Onze boodschap is dat we het veld eraan willen herinneren dat psychologie niet alleen maar het bestuderen van pathologie, zwakte en beschadiging is; het is ook het onderzoeken van gezondheid en kracht. Behandeling is niet alleen maar het repareren van wat stuk is gegaan; het is ook het koesteren van wat intact is"* (Egan, 2002, p. 7).

Muziektherapie, maar ook andere vaktherapieën onderscheiden zich in dit opzicht sterk van therapieën zoals fysiotherapie en logopedie, waarin direct op de klacht wordt ingegaan. Mediumspecifieke eigenschappen van het medium bieden de mogelijkheid om talenten die op de achtergrond staan, niet meer zichtbaar zijn of zelfs nooit zijn ontdekt zichtbaar te maken. Een ander belangrijk facet binnen de behandeling kan zijn dat de cliënt weer ervaart om eigen beslissingen te nemen. Zo krijgt hij een gevoel van autonomie in tegenstelling tot zijn vroegere afhankelijkheid. Backhaus (2009) beschrijft in haar scriptie over zelfcontrole binnen de beeldende therapie, bij cliënten met een somatische aandoening, dat ervaringen die in het medium worden opgedaan - zoals het zoeken en vinden van probleemoplossingen in materialen en technieken of het ervaren van houvast (appèlwaarde) door een bepaalde materiaaleigenschap (zoals structuur, zie casus Merel) - de cliënt duidelijk maakt en laat voelen dat hij over bepaalde situaties wel controle heeft. Muziektherapie biedt cliënten de kans om eigen mogelijkheden en vaardigheden te ontdekken, tot rust te komen, zich op het eigen gevoel en handelen te concentreren, belevingen tot uiting te brengen maar ook deze met andere te delen. *Cliënten krijgen de mogelijkheid om te ontdekken hoe het is om anders te voelen en te handelen en in het verlengde hiervan anders te denken.* Uiteindelijk kan een transfer naar het dagelijks leven plaatsvinden, waarin de ervaringen binnen de muziektherapie tevens zichtbaar worden in het dagelijks leven (Smeijsters 2006; 2008).

Het werken met de doelgroep met deze problematiek heeft geleid tot de ontwikkeling van mijn werkmodel. *'Onder werkmodel worden de denk- en doemodellen bedoeld waarvan de professional in de praktijk denkt en handelt'* (Smeijsters, 2007, p. 37). Wanneer ik mijn werkmodel vanuit het werken met een cliënt met MS kritisch in ogenschouw neem, zie ik een aantal zaken terugkomen: echtheid, structuur, empathie en non-verbaal contact. Al deze zaken kwamen terug in de door mij ingezette mediumaspecten. Onder mediumaspecten worden binnen dit onderzoek de verschillende muzikale parameters (ritme, klank, melodie, dynamiek, vorm), de muzikale technieken die door de therapeut worden ingezet, de structuur van de werkvormen 'an sich' en de instrumentkeuze binnen de muziektherapeutische sessies bedoeld.

De aspecten echtheid, structuur, empathie en non-verbaal contact kwamen binnen mijn werken ook terug bij andere doelgroepen waar verwerkingsproblematiek centraal stond. Voorbeelden hiervan zijn de ziekte van Alzheimer, Niet Aangeboren Hersenletsel en de ziekte van Huntington. Ook deze doelgroepen moeten zich aan de gevolgen van hun ziekte aanpassen en werden veelal doorverwezen naar een muziektherapeutische behandeling. Peeters (2008) bevestigt mijn werkmodel grotendeels binnen haar scriptie over verwerkingsproblematiek bij de ziekte van Huntington. Hierin wordt beschreven dat aspecten als 'echtheid' en 'empathie' twee belangrijke punten zijn die meewerken aan een goede therapeutische relatie: de relatie die de therapeut en de cliënt hebben om aan therapeutische doelen te werken.

Echtheid

Iets wat duidelijk positief effect heeft op het therapeutisch proces, is 'de echtheid' van de therapeut binnen de therapie. Smeijsters (2003) beschrijft 'echtheid' als een van de belangrijke aspecten voor het creëren van een vertrouwensrelatie. De term echtheid is uitvoerig gedefinieerd binnen de 'Cliënt Centered Therapy', geformuleerd door Carl Rogers. Echtheid houdt in dat je de cliënt als persoon tegemoet treedt, niet als deskundige (Smeijsters, 1987). Het betekent, dat men als therapeut geen rol

moet spelen en zich bewust moet zijn van de gevoelens die men als therapeut heeft, omdat deze anders het contact zou kunnen beïnvloeden. Rigter (1996) voegt hieraan toe, dat echtheid een van de noodzakelijke en voldoende voorwaarden voor het succes van een therapie is. De hulpverlener stelt zich open voor alle gevoelens die in hem leven, met als voorwaarde dat ze worden gebruikt wanneer ze een therapeutische werking hebben. Hiermee wil ik aanduiden dat niet alle gevoelens behoeven te worden getoond. Rigter (1996) beschrijft daarnaast dat echtheid ook in 'de congruentie' van de hulpverlener bestaat, dat wil zeggen dat de hulpverlener een goed geïntegreerd persoon is, die zijn eigen tekortkomingen onderkent.

De ervaring van echtheid binnen de therapie, heeft een duidelijke werking op de houding van de cliënt. Echtheid zorgde binnen de therapie voor een mate van veiligheid, waardoor ook de cliënt zich meer liet zien. De cliënt stelde zich meer open. Onder openstellen versta ik het tonen van kwetsbaarheid, door gevoelens kenbaar te maken. Dit fungeerde duidelijk als een versterking van de therapeutische relatie.

Structuur

Structuur is een belangrijk begrip binnen de muziektherapie. Het vaste tijdstip en plek waar de muziektherapie plaatsvond gaf een belangrijke mate van zekerheid. Net zoals de structuur binnen de sessie (bv. begin – eindlied) en binnen een werkvorm, want wat niet vergeten mag worden is dat muziek zelf ook al structuur biedt. De cliënt weet waar hij aan toe is, hij weet wat er gaat komen en staat niet voor 'verrassingen'. De cliënt ervaart veiligheid. De ziekte MS kent een onzeker verloop. Deze onzekerheid, kan als gevolg hebben, dat er meer behoefte ontstaat in structuur. De structuur wordt vaak als heel belangrijk ervaren, omdat het die rust geeft, wat de cliënt op dat moment nodig heeft.

Merel had een periode van +/- 1 jaar, elke dinsdag om 10:00 uur muziektherapie. Ik haalde Merel van beneden op, ging met haar naar het therapielokaal. Op een bepaalde feestdag, vond er geen therapie plaats. Merel voelde zich hierin geschonden en werd boos. Het was voor haar de enige houvast van de week. Het duurde een paar sessies wanneer ze weer meer vanuit haarzelf ging vertellen.

De heftige reactie van Merel in het bovenstaande voorbeeld illustreert de mate waarin Merel structuur nodig had. De structuur uitte zich naast het vaste tijdstip van de therapie, ook in het aanbod van de werkvormen. Het woord aanbod, kan worden geïnterpreteerd als het aanbieden van werkvormen aan de cliënt. Het initiatief kwam van mij. Ik zette werkvormen op en bood ze vervolgens aan de cliënt aan. De reden hiervan was opnieuw, de cliënt een houvast te geven.

Empathie

Het derde centrale aspect dat binnen mijn werkmodel een centrale plaats heeft is empathie: een term die naast 'echtheid' binnen de cliëntgerichte therapie naar Carl Rogers een centrale rol speelt ter bevordering van de therapeutische relatie (Smeijsters, 2003). Van der Molen, Perreijn & van den Hout (1997) beschrijven empathie als het vermogen om je maximaal in te leven in de denk en gevoelswereld van de cliënt. Je laat de cliënt merken dat je hem aanvoelt en begrijpt wat er in hem omgaat. Egan (2004) zegt dat empathie een belangrijk aspect is binnen de therapie omdat de cliënt hierdoor het gevoel krijgt begrepen en gehoord te worden, zodat een vertrouwensband, een goede therapeutische relatie kan ontstaan.

Non-verbaal contact

De kern van Creatieve Therapie, is de mogelijkheid te ervaren in het medium muziek, drama, beeldend of dans. Cliënten met MS kunnen te maken krijgen met spraakproblemen, waardoor praten over bepaalde zaken wordt gehinderd. Daar komt bij dat mensen in het algemeen vaak eindeloos kunnen blijven doorpraten, zonder ooit bij de kern van het probleem te geraken.

'Begrippen, woorden en cijfers gaan over ervaringen, het zijn niet de ervaringen zelf' (Smeijsters, 2008, p. 97.)

Non verbale gegevens kunnen tot uiting komen op fysiek vlak (houding, mimiek), maar ook op muzikaal vlak. Wanneer dieper gekeken wordt naar dit laatste, zijn het de parameters (ritme, klank, melodie, dynamiek, vorm, enzovoort) die invulling geven aan de muziek en die direct in verband staan met de door ontwikkelingspsycholoog Stern beschreven 'vitality affects'.

'Stern definieert Vitality Affects als de globale dynamische, kinetische kwaliteiten van het gevoel zoals: aanzwellend, uitdovend, voorbijsnellend, explosief, crescendo, decrescendo, barstend, aanhoudend' (Smeijsters 2003, p. 237). Met andere woorden, psychische processen (zowel op cognitief, emotioneel als communicatief niveau) weerklinken in de wijze waarop de cliënt zich in de muziek uitdrukt en met anderen muziek maakt. Dit gegeven wordt door Smeijsters (2003) ook wel de 'analogie van het medium en het dagelijkse leven' genoemd.

De muziektherapeut kan door het luisteren naar de cliënt muzikaal met hem in contact komen door empathie te tonen binnen de muziek en aan te sluiten bij de gebruikte 'vitality affects' van de cliënt. Vervolgens probeert de muziektherapeut een verandering aan te brengen aan die 'vitality affects', zodat andere ervaringen kunnen worden opgedaan op vlak van denken, voelen en handelen. Angstige, verwarde gevoelens kunnen bijvoorbeeld plaatsmaken voor krachtige en gelukkige gevoelens.

Bruggen-Rufj (2009) beschrijft dat de muziektherapeut het muzikale proces als psychisch proces hoort en gelijktijdig een psychisch proces in een muzikaal proces omzet. Met dit principe kan steeds weer sturing plaatsvinden al naar gelang oude en/ of nieuwe ervaringen op dat moment worden ervaren.

De hierboven genoemde sturing van de muziektherapeut komt tot stand doormiddel van muzikale interventies. Muzikale interventies worden binnen dit onderzoek begrepen als muzikale middelen die door de muziektherapeut worden ingezet om sturing of bevestiging te geven aan het spel van de cliënt. Smeijsters (2006) beschrijft dat de therapeut een interventie pleegt om een respons uit te lokken of zijn of haar directe beleving te prikkelen.

Binnen mijn stageperiode heb ik veelal gewerkt met actieve muzikale improvisaties. Dit waren improvisaties waarin de cliënt en ik actief deelgenoot waren. Improvisaties zijn onvoorspelbaar en doen daarom een appèl op het luisteren, het bewust zijn van het hier en nu en de mogelijkheid om muzikale dingen uit te proberen (Ansdell, 1995). Doordat er van tevoren geen afspraken worden gemaakt kunnen muzikale interventies of technieken door de therapeut goed worden toegepast, zodat de muziektherapeut sturing kan aanbrengen in het spel van de cliënt. Ik werkte hierin met de door Bruscia (1987) nauwkeurig gedefinieerde en geanalyseerde interventietechnieken. Verschillende van deze interventietechnieken kunnen zorgen voor de benodigde structuur en empathie.

Met het volgende voorbeeld wil ik mijn interesse voor dit praktijkonderzoek binnen deze doelgroep en deze problematiek onderstrepen.

Binnen mijn praktijkervaring heb ik kennis gemaakt met Merel. De verwerkingsproblematiek uit zich bij Merel met name door de overreactie die ze heeft in relatie tot haar MS. Erp (2004) beschrijft dat overreactie een uiting is van gecompliceerde pathologische rouw, waarin de persoon dag in dag uit obsessief bezig is met het verlies. Merel is veel bezig met alle dagelijkse zaken die niet meer gaan. Ze wil de controle terughebben en lijkt zichzelf in dit negatieve denkpatroon te verliezen. Merel vindt het ook lastig om met gevoelens als kwaadheid, angst en machteloosheid om te gaan. In plaats van iets met deze gevoelens te doen, blijft Merel in haar denken 'hangen'.

Tijdens de muziektherapie praat Merel aan het begin van de sessie veel. Al haar frustraties van de afgelopen dagen spreekt ze dan uit. Frustraties stapelen zich op. Praten kan zorgen voor het ventileren van gedachten. De vraag moet echter worden gesteld of dat voldoende is. Het effect van het praten bij Merel, was in haar geval in de eerste plaats nog meer praten. Het was duidelijk dat Merel veel in het denken zat en dat dit denken en praten niets aan het ervaringsgegeven, het gevoelsleven, veranderde. Smeijsters (2008) bevestigt deze ervaring met betrekking tot het onderzoek van onder andere Sonja Lyubomirsky. Hierin wordt duidelijk dat veel nadenken (tobben) schadelijk is, terwijl het consequente en aanhoudende oproepen en ondergaan van positieve ervaringen leidt tot psychische gezondheid.

Merel praat veel over de zaken die haar dwars zitten, maar komt niet snel tot de ware kern waar deze frustraties nu daadwerkelijk vandaan komen. Muziektherapie is een ervaringsgerichte therapie en kan juist wel op het gevoel, de emotie werken. In de percussie improvisaties, kon ze haar frustraties kwijt. De keuze voor een grote trommel lag voor de hand. Door de beperking in fysieke mogelijkheden was het van belang om het instrument aan te passen aan de mogelijkheden van Merel. Bewegingen van Merel konden minder goed gecontroleerd worden toegepast waardoor gekozen werd voor een grote trommel met een grote klopper of stok. Dit instrument zorgde voor het sneller creëren van een positieve ervaring. Een positieve ervaring kwam binnen deze werkvorm ook tot stand doordat ze vrijwel niet naast het instrument kon slaan en ik Merel stimuleerde en bevestigde in haar spel door muzikale technieken in te zetten zoals 'Imitating' (het naspelen van Merels slagen) en 'Pacing' (het op hetzelfde energieniveau aansluiten van Merel). Daarnaast bood deze werkvorm een veilig kader doordat ik ook een andere 'Bruscia' techniek inzette: 'Rhythmic Grounding' (het bieden van

voorspelbaarheid en herkenbaarheid door middel van een vast metrum en/ of ritme), wat zorgde voor duidelijkheid en structuur.

Met fysieke snelle krachtige bewegingen met haar arm en hand, voelde ze de trillingen en hoorde ze het geluid wat ze produceerde. Dit was geen denken meer, maar deze improvisatie deed een appèl op haar gevoelsleven. Dit beeld werd bevestigd door mijn observaties van Merels non-verbale gedrag (houding, ademhaling, gelaatsuitdrukkingen) en ook wanneer ik haar ernaar vroeg. Na een dergelijke improvisatie die soms wel 20 minuten kon duren, lag Merel er rustig bij en was er een glimlach te zien, ademhaling was rustiger en dieper. Wanneer ik haar vroeg om in een of twee woorden te zeggen wat het met haar deed. Dan zei ze vaker: '*Rustig*'.

Dit is een van de velen voorbeelden die ik in de praktijk met Merel heb meegemaakt. Ik zag op dat moment heel duidelijk hoe belangrijk muziektherapie voor haar is. Op deze manier kon Merel namelijk haar angstige, boze gevoelens die ze over de ziekte heeft op een veilige ingekaderde manier uiten. De keuze om achteraf geen uitgebreide reflectie te houden met Merel, had kortweg te maken met het feit dat de ervaring op dat moment genoeg was. Wanneer er wel voor een verbale reflectie achteraf werd gekozen, viel Merel al snel weer in haar oude (tobberige) denkpatroon terug. Smeijsters bevestigt ook dit fenomeen in zijn boek 'de Kunsten van het Leven' (2008) waarin hij beschrijft dat de aanwezigheid tijdens het spel iets is wat NU beleefd wordt, wat men voelt en doet, zonder interpretatie en reflectie. Smeijsters (2008) geeft aan dat dit de beste manier is om het verleden te verwerken en de toekomst voor te bereiden.

Binnen de therapie met Merel was al snel te zien hoe de sessies in elkaar zaten en hoe ik als muziektherapeute in opleiding intervenieerde. Verschillende mediumaspecten die werden ingezet hebben bijgedragen aan het verminderen van problemen binnen de verwerking. Echter, doordat ik beperkte ervaring heb binnen het werken als muziektherapeut, vooral ook met deze doelgroep, vroeg ik me af of andere muziektherapeuten ook op een soortgelijke manier zouden werken. Was het een toevalstreffer dat mijn aanpak werkte? Of werken andere muziektherapeuten inderdaad op een soortgelijke manier, waardoor een model kan worden geschreven over het gericht inzetten van mediumaspecten binnen deze doelgroep met deze problematiek. Gezien de beperkte tijd van pakweg vier maanden praktijkonderzoek spits ik me toe op de beschrijving van de door muziektherapeuten ingezette mediumaspecten. Dit sluit aan bij mijn nieuwsgierigheid en is een uitdaging omdat hierover nog geen onderzoek in is verricht.

De laatste jaren wordt er veel onderzoek gedaan naar de oorzaak, de ontwikkeling en epidemiologie van deze aandoening (MS Research, 2010). De literatuur voor de inzet van muziektherapie bij de ziekte MS is, zoals reeds beschreven, vrij beperkt. Magee (1999) stelt dat een mogelijke verklaring is dat veel muziektherapeuten vaak het gevoel hebben niks te kunnen doen met deze doelgroep. Dat is jammer. Naar mijn eigen ervaringen is muziektherapie een geschikte vorm van therapie, omdat de insteek ligt op de ervaring en minder op de cognitie. Daar komt bij dat verschillende doelen kunnen worden nagestreefd en behaald. Deze doelen zijn bijvoorbeeld het verhogen van het zelfbeeld, expressie geven aan de ziekte, weer rust en ontspanning ervaren, uitwisseling met medeciënten op een non-verbale manier, het verminderen of verdwijnen van sociaal isolement, etc. Dit zijn allen belangrijke doelen die de kwaliteit van leven van de cliënt kunnen vergroten.

Met dit afstudeerproject breng ik zaken als algemene literatuur, case studies, eigen praktijkervaring en een concreet onderzoek binnen de praktijksector met elkaar in verband. Op deze manier hoop ik een bijdragen te leveren aan de ontwikkeling van muziektherapie bij mensen met MS.

Samengevat resulteren deze vragen en gegevens in een inventariserend onderzoek naar verschillende mediumaspecten die in de muziektherapeutische praktijk worden ingezet bij cliënten met Multiple Sclerose met verwerkingsproblematiek.

Net als voor andere disciplines is het van belang dat een muziektherapeut kennis heeft van de ziekte en van de problematiek. Deze twee aspecten zijn belangrijk omdat de invulling van de muziektherapeutische sessies moet worden aangepast naar gelang de mogelijkheden van de cliënt. Daarnaast is het van betekenis dat de muziektherapeut zich bewust is van eigen ingezette mediumaspecten binnen de therapie. Pas na deze bewustwording kan de benodigde reflectie plaatsvinden, waardoor behandeling op een positieve manier kan worden bijgeschaafd.

§1.1 Vraagstelling

Welke mediumaspecten worden binnen de muziektherapie, door muziektherapeuten ingezet bij cliënten met Multiple Sclerose die te maken hebben met verwerkingsproblemen?

Deelvragen:

- ❖ Welke lichamelijke, psychische en sociale kenmerken zijn opvallend bij mensen met MS?
- ❖ Hoe ziet verwerking eruit bij mensen met MS en welke problemen kunnen zich voortdoen binnen het verwerkingsproces?
- ❖ Welke meerwaarde heeft muziektherapie tegenover andere therapieën binnen de doelgroep met deze problematiek?
- ❖ Welke doelstellingen hanteren muziektherapeuten binnen de doelgroep met deze problematiek?

§1.2 Doelstelling

Bij de inventarisatie van de mediumaspecten die een rol spelen bij het verminderen van verwerkingsproblematiek wordt een beeld gecreëerd over hoe het medium in de praktijk door andere muziektherapeuten wordt ingezet bij cliënten met Multiple Sclerose. Over MS op medisch vlak, is over het algemeen veel literatuur te vinden, maar juist de koppeling naar muziektherapie wordt hierbinnen weinig gemaakt, laat staan ook nog de koppeling naar problemen binnen de verwerking. De inzichten die ik vanuit dit onderzoek verkrijg zullen, verwacht ik, een aanvulling zijn voor mijn eigen werkmodel waardoor ik mijn professioneel handelen genuanceerder, meer methodisch en gericht kan gaan inzetten.

Naast het tegemoet komen aan mijn eigen nieuwsgierigheid en de motivatie om mijn eigen kennis en kunde te professionaliseren, biedt dit onderzoek ook een bijdrage aan de ontwikkeling van Vaktherapieën. Andere muziektherapeuten die met deze doelgroep te maken hebben kunnen met dit inventariserende onderzoek hun voordeel doen, doordat de vragenlijst die is gestuurd naar verschillende muziektherapeuten binnen deze doelgroep een appèl doet op de zelfreflectie. Vaktherapeuten kunnen zich door dit onderzoek mogelijkerwijs weer bewust worden van hun eigen therapeutisch handelen. Muziektherapeuten worden zich bewuster van de mediumaspecten die zij inzetten. Met het bewust worden van het eigen werkmodel en het bestuderen van dat van anderen kan deze groep muziektherapeuten de resultaten gebruiken om wellicht ook het eigen werkmodel aan te passen. Hierdoor kan er snel een differentiatie en nuancering plaatsvinden binnen de behandeling in de beroepspraktijk.

Hoewel het onderzoek in de eerste plaats op muziektherapie gericht is, kunnen er ook zaken in voorkomen die belangrijk zijn voor andere vaktherapeuten. Verschillende aspecten binnen het medium zijn, met het oog op de doelstellingen die worden nagestreefd bij de cliënt met verwerkingsproblemen, wellicht overdraagbaar naar een medium als dans, drama en beeldend. Backhaus (2009) heeft onlangs een scriptie geschreven over de mediumaspecten die binnen de beeldende therapie worden ingezet om bij te dragen aan vergroting van zelfcontrole van cliënten met een chronische somatische aandoening, waarbij het verlies van controle een centrale rol speelt. Deze scriptie is bij uitstek geschikt om op voor te borduren en hierin ook de link te leggen naar muziektherapie. Op deze manier verwacht ik dat ook dit verslag kan fungeren als schakel naar andere vaktherapieën.

Dit praktijkonderzoek kan ook voor cliënten die te maken hebben met MS en die geïndiceerd zijn voor muziektherapie een positieve uitwerking hebben. De ontwikkeling van een meer genuanceerde en gedifferentieerd werkmodel vanuit de muziektherapeut kan bijdragen aan een snellere en effectievere behandeling.

Tot slot kan dit onderzoek de basis scheppen voor vervolg onderzoek. Zo kan bijvoorbeeld een verklarend onderzoek worden gedaan over de effecten van de ingezette mediumaspecten door muziektherapeuten binnen de doelgroep met deze problematiek.

Hoofdstuk 2 Onderzoeksopzet

§2.1 Onderzoekstype

Dit onderzoek valt onder het type: inventariserend onderzoek. Inventariserend onderzoek wordt volgens Baarda & de Goede (2001) ook wel beschrijvend onderzoek genoemd. Het gaat hierin om een beschrijving van een fenomeen die op een gecatalogiseerde wijze wordt onderzocht. Concreet worden een groot aantal Nederlandse muziektherapeuten bevraagd welke mediumaspecten (materiaal, structuur van de werkvormen en technieken) ze binnen de therapeutische setting bij cliënten met MS en verwerkingsproblematiek gebruiken. Het gaat binnen dit onderzoek niet over het verklaren van de desbetreffende gebruikte mediumaspecten. Het gaat erom hoe vaak, in welke frequentie, mediumaspecten op dit moment worden ingezet door muziektherapeuten in Nederland met deze doelgroep en deze problematiek. De 'waarom-vraag', wordt niet gesteld.

§2.2 Onderzoeksmethode

Voor het uitvoeren van dit onderzoek wordt gebruik gemaakt van een methode die passend is bij een kwantitatief onderzoek. Deze methode heet: kwantitatieve survey. Kruiskamp (2008) beschrijft dat met kwantitatief ook wel de hoeveelheid of grootte van de groep wordt bedoeld.

'Bij een survey - onderzoek worden in de regel bij een groot aantal onderzoekseenheden via systematische ondervraging of observatie gegevens verzameld. Meestal gaat het daarbij om een groot aantal kenmerken. Veelal wordt voor een survey - onderzoek een steekproef getrokken uit een omschreven grotere populatie en gaat het om één meting op één bepaald moment of in één bepaalde periode. Men spreekt in dit verband wel van een momentopname.' (Baarda & de Goede, 2001, p. 131). Mighelbrink (2009) beschrijft dat op deze manier binnen korte tijd een indruk kan worden verkregen over kennis, opinies, houdingen, gevoelens, motieven, aspiraties, gedragsintenties en gerapporteerd gedrag bij een grote groep mensen.

De schriftelijke enquêtes werden naar 55 muziektherapeuten, werkzaam in verpleeg- / verzorgingshuis of revalidatiecentrum verstuurd. Ongeveer 110 exemplaren werden digitaal verstuurd, via de voorzitter van de werkgroep muziektherapie & verzorging/verpleeghuis (VV).

§2.3 Dataverzameling

Hieronder worden enkele belangrijke aspecten van de dataverzameling weergegeven, die invloed hebben op de uitkomst van het onderzoek. Allereerst zal er een beschrijving worden gegeven over de afgebakende onderzoekspopulatie met de bijbehorende inclusiecriteria. Vervolgens komen de dataverzamelingstechnieken aan bod en wordt de vragenlijst onder ogen genomen.

§2.3.1 Onderzoekspopulatie

Rekening houdende met het tijdsbestek en middelen, is er gekozen voor één onderzoeksgroep: muziektherapeuten in Nederland die op dit moment werkzaam zijn met cliënten met MS, waarvan deze groep cliënten te maken hebben met verwerkingsproblematiek.

Naast het overzicht van geregistreerde muziektherapeuten, werkzaam met deze doelgroep, zijn ook veel muziektherapeuten werkzaam als muziektherapeut binnen verpleeg-/ verzorgings- en revalidatiecentra die, niet geregistreerd staan binnen de FVB (Federatie Vaktherapeutische Beroepen). Enkele andere therapeuten staan vermeld binnen instellingsformulieren, maar een bestand waarin alle muziektherapeuten binnen dit werkveld worden genoemd is niet beschikbaar.

Dit is belangrijk om te weten, omdat een aselechte steekproef hiermee is uitgesloten. Binnen een aselechte steekproef moet men namelijk precies weten hoeveel muziektherapeuten er totaal in Nederland werkzaam zijn binnen deze doelgroep. Men noemt dit ook wel een steekproefkader. *'Met steekproefkader wordt een vorm administratie bedoeld waarin de onderzoekseenheden zijn geregistreerd'* (Baarda & de Goede, 2001, p. 114).

Binnen dit onderzoek zal er gebruik worden gemaakt van een gerichte steekproef. *'Kenmerkend voor een gerichte steekproef is dat men bij de samenstelling van de steekproef toewerkt naar een bepaalde samenstelling van de steekproef'* (Migchelbrink 2009, p. 100). Er wordt een selectie gedaan naar vier belangrijke criteria: Muziektherapeut, Werkzaam in Nederland, en werkend met cliënten met MS die te maken hebben met verwerkingsproblemen. Beschrijven we het nog specifieker, dan zien we dat binnen dit praktijkonderzoek gewerkt wordt met een gerichte steekproef, gericht op een minimum aan variatie. Volgens Migchelbrink (2009) wordt er binnen de 'minimum variatie' selectie steekproef een selectie gedaan naar een aantal eenheden dat zo min mogelijk varieert, ofwel dat deze groep muziektherapeuten zoveel mogelijk werkzaam zijn in gelijke omstandigheden. Hierin heeft dit onderzoek oog op de gelijke omstandigheid: gelijk land, gelijke doelgroep, gelijke problematiek. Wanneer we gaan kijken naar de omvang van de steekproef beschrijft Migchelbrink (2009) dat een belangrijke factor voor de concrete omvang van de steekproef te maken heeft met de verschillen in heterogeniteit of overeenkomsten in de selectie. Hoe meer verschillen of overeenkomsten ik wil krijgen, hoe meer muziektherapeuten er zouden moeten worden geënquêteerd. De insteek binnen dit onderzoek is daarom om zoveel mogelijk muziektherapeuten binnen dit werkveld te enquêteren, zodat betere conclusies en verbanden kunnen worden gelegd tussen de resultaten. Zoals in §2.2 werd vermeld zijn er 55 schriftelijke vragenlijsten per post en +/- 110 vragenlijsten digitaal verstuurd naar de werkgroepen 'muziektherapie & verpleeghuis/ verzorgingshuis' (VV) en de werkgroep 'muziektherapie & revalidatie'. De respons was echter zeer laag. Slechts zes respondenten hebben de schriftelijke vragenlijst ingevuld, niemand de digitale vorm. In Hoofdstuk 7, de Discussie, zal hierop uitgebreider in worden gegaan.

§2.3.2 *Inclusie criteria*

Hieronder treft u de beschreven kenmerken van de inclusie criteria. Deze criteria zijn belangrijk om een afbakening te maken richting een selectie onderzoeksgroep. Met inclusie criteria worden kenmerken bedoeld die op de geënquêteerde van toepassing moeten zijn. Wanneer één van de inclusie criteria geen betrekking heeft op een van de respondenten, is het belangrijk dat deze persoon de enquête niet invult. Dit om de betrouwbaarheid van het onderzoek te vergroten.

De inclusiecriteria zijn:

1. Heeft gewerkt, of is nog steeds werkzaam als muziektherapeut(e) met een of meerdere cliënten met MS, die te maken heeft/ hebben met problemen binnen de verwerking
2. Bij de cliënt met MS ligt de somatische aandoening op de voorgrond en niet een eventueel psychische aandoening
3. Behandeling is nog mogelijk.

§2.3.3 *Dataverzamelingstechnieken*

Bij het doen van mijn kwantitatieve onderzoek wordt, zoals reeds omschreven, gebruik gemaakt van het afnemen van schriftelijke enquêtes via de post. De schriftelijke vorm wordt door Baarda & Goede (2008) beschreven als een vorm waarin anonimiteit wordt gewaarborgd, die goedkoop en makkelijk te organiseren is en die minder gevoelig is voor sociale wenselijkheid. Als nadeel wordt het vele voorbereidingswerk, de ongeschiktheid voor open en ingewikkelde vragen, het niet te veel vragen kunnen stellen, geen controle op invullen, veel onvolledige lijsten en veel non-respons genoemd. In het volgende hoofdstuk komen deze facetten nog uitgebreid terug.

Het is van belang om binnen de enquête vragen zo te operationaliseren dat ze duidelijk zijn voor de respondent. Daarbij is het van belang de volgorde, de samenhang en de inhoud die uit dit onderzoek moet komen in overweging mee te nemen. Dit kan worden verkregen door vragen zo te stellen dat ze duidelijk afgebakend en concreet zijn, dat de antwoordmogelijkheden afgestemd zijn op de vragen. 'Duidelijkheid', 'logica' en 'operationalisering', zijn drie belangrijke begrippen die binnen de vragenlijst geïntegreerd moeten zijn, zodat conclusies zo min mogelijk kunnen worden beïnvloed. Onder operationalisering wordt het vertalen van een begrip in meetbare termen genoemd. Baarda & Goede (2001) beschrijft dat de meetbaarheid hierin kan worden gecreëerd als vragen zo zijn geformuleerd dat iedereen weet wat eronder wordt verstaan. De vragenlijst wordt in die zin opgesteld op basis van de probleemstelling, waarin abstracte begrippen zoveel mogelijk moet worden vermeden. En als deze er al zijn, worden deze binnen de vraag gedefinieerd, zodat zich geen misverstanden voordoen.

In dit onderzoek staat de doelstelling van het verminderen van verwerkingsproblemen in verband met de inzet van mediumaspecten centraal. Naast de gegevens van de respondenten, zoals het aantal jaren werkervaring en het geslacht, zullen ook de verschillende subdoelstellingen die aansluiten bij de hoofddoelstelling: 'verminderen van verwerkingsproblematiek', een rol spelen.

Vanuit de ervaring met het werken met deze doelgroep en het lezen van verdiepende literatuur kunnen verschillende subdoelstellingen worden onderscheiden, die van belang zijn met betrekking tot de hoofddoelstelling: 'het verminderen van verwerkingsproblemen':

- Exploreren en versterken van eigen mogelijkheden en vaardigheden
- Ervaring van rust en ontspanning
- Expressie van gevoelens en emoties
- Controle binnen situaties, gevoel van autonomie creëren
- Delen van ervaringen, meer gericht zijn op de omgeving

Deze vijf subdoelstellingen worden als vragen geformuleerd, zodat ik na kan gaan of andere muziektherapeuten deze subdoelstellingen in het kader van de hoofddoelstelling ook een plaats geven binnen de behandeling. Op deze manier wordt er overzicht gecreëerd welke mediumaspecten binnen welke subdoelstelling passen.

§2.3.4 De enquête

Hieronder worden belangrijke overwegingen gepresenteerd, die belangrijk waren tijdens het maken van de schriftelijke enquête. Het type enquête, de vorm van de vraagstelling, het moment van afname, het de thema's sociaal wenselijkheid, komen aan bod.

Type enquête

Samen met een begeleidende brief en enveloppe werd de enquête uitgetypt. Er werd gekozen voor een 'tastbare', schriftelijke enquête omdat hiermee uit eigen ervaring een hogere respons verwacht zou worden dan wanneer een e-mail verstuurt wordt naar de desbetreffende respondenten.

Vorm van de vraagstelling

Belangrijk bij het maken van de enquête is dat de vorm van de vraagstelling per vraag vaststaat. Dit komt tegemoet aan de betrouwbaarheid en validiteit van de gegevens (zie §2.5). Hiertoe behoort ook dat een vraag concreet is, zonder lange en ontkennende zinnen, dat het taalgebruik juist en aansluit bij het taalgebruik van de respondenten, zodat men een vraag niet anders kan interpreteren.

De vragen zijn merendeels op nominaal niveau geformuleerd. Dit betekent dat er keuzemogelijkheid was uit een vast, beperkt aantal categorieën.

Binnen dit onderzoek is gebruik worden gemaakt van gestructureerde, half open gestructureerde en open vragen. De half open gestructureerde vragen werden gebruikt opdat de respondent eventueel een ander antwoord (D) kan geven, waardoor uitsluit van antwoordmogelijkheden zoveel mogelijk wordt beperkt.

Binnen mijn onderzoeksvraag gaat het voornamelijk om de inventarisatie welke mediumaspecten worden ingezet en minder om belevingen van de respondent in de zin van: 'meer of minder me eens'. Dit wordt onderstreept door de keuze om vooral op nominaal niveau te werken, omdat het niet mogelijk is om op nominaal niveau aan te geven wat iemand daadwerkelijk ervaart of beleeft.

Binnen de enquête bestaat er geen optie voor 'weet - niet' of 'geen mening' categorie. Elke therapeut heeft naar mijn mening een standpunt binnen zijn behandeling, om zijn eigen behandeling naar derden toe te kunnen verantwoorden. Vandaar de keuze om geen vaste optie hierin op te nemen.

Echter, wanneer een respondent de vraag niet heeft ingevuld of inderdaad een antwoord als: 'weet niet' of 'geen mening' heeft bijgeschreven, dan wel dat deze vraag niet beantwoord is wegens het 'niet van toepassing' zijn, dan was het zaak om deze te coderen als 'Missing File'. Voor de precieze nummers van deze coderingen verwijs ik naar § 2.4, de datapreparatie en bijlage 3.

Afname

Deze kwantitatieve survey richt zich op een momentopname. De 'momentopname' is binnen dit onderzoek gekozen vanwege het feit dat het gaat om de mediumaspecten die op dat moment worden ingezet, maar ook vanwege het tijdsbestek van vier maanden, waarin dit onderzoek moet zijn afgerond.

Sociale wenselijkheid

Sociale wenselijkheid worden door Baarda & de Goede (2001) beschreven als de neiging om te reageren op een manier waarvan men verwacht dat dit de onderzoeker bevalt, of waarvan men verwacht dat dit de uitslag ten goede zal komen. Een goede indruk achter willen laten kan dus een reden zijn tot het niet nauwkeurig invullen van een enquête. Binnen dit onderzoek zal er echter minder grote kans zijn op effecten van sociale wenselijkheid, gezien het feit dat er minder naar belevingen van de respondent wordt gevraagd maar naar aspecten die worden ingezet. Dat schept een afstand. Daarnaast zal de anonimiteit, waarin resultaten worden verwerkt, ook een appèl doen op eerlijkheid, die de betrouwbaarheid van de gegevens ten goede zal komen. Dit gebeurt aan de hand van identificatie nummers. Naam en andere persoonlijke gegevens zoals werkplek blijven hierdoor verborgen. Verdere informatie over betrouwbaarheid, maar ook over validiteit en bruikbaarheid van de vragenlijst, worden uitgebreid beschreven in § 2.6.

§ 2.4 Data analyse

Data preparatie

Binnen dit onderzoek wordt gebruik gemaakt van SPSS, afgekort als **S**tatistical **P**ackage for the **S**ocial **S**ciences en Excel. SPSS is een geautomatiseerd verwerkingssysteem van statistische gegevens. SPSS is een goed systeem waarin eenvoudig gegevens kunnen worden verwerkt zodat een datamatrix kan worden verkregen. Excel is een programma van Microsoft en is een van de vooraanstaande rekenprogramma's. Excel kan worden gebruikt om getallen te ordenen, berekeningen te maken en de uitkomsten in tabellen en grafieken weer te geven. Er is voor gekozen de berekeningen binnen SPSS plaats te laten vinden en de grafieken via Excel te maken. De reden hiervoor is dat grafieken in dit laatste systeem eenvoudiger zijn te realiseren.

De gegevens verwerking

De verwerking van gegevens gebeurt via een coderingssysteem. Binnen elke vraag, ofwel variabele, zijn meerdere antwoorden mogelijk. Bij een meerkeuzevraag met vier antwoorden bijvoorbeeld, zijn er logischerwijs ook vier codes toegekend aan de verschillende antwoorden. Deze codes (bijvoorbeeld 1, 2, 3, 4) verwerk ik in het programma SPSS. In bijlage 2 treft u de uitgebreide versie aan van het logboek SPSS dat is toegepast binnen dit onderzoek.

Open vragen kosten iets meer werk. De antwoorden die hierin gegeven worden, zullen geclassificeerd moeten worden. Classificatie is noodzakelijk omdat gegevens pas kunnen worden geanalyseerd wanneer deze zijn geclassificeerd ofwel gecatalogiseerd.

Vanuit de datamatrix kunnen vervolgens automatische berekeningen (zoals modus & mediaan) worden uitgevoerd en grafieken worden ontwikkeld. Enkele notities van respondenten worden niet gecategoriseerd maar worden in het resultaten verwerkt.

Missing File

Wanneer een vraag onvolledig is beantwoord wordt deze gecodeerd als 'Missing file'. Wederom kan 'Missing file' worden opgevat in drie categorieën, met elk een code. Een categorie zal erop gericht zijn aan het antwoord 'Niet Van Toepassing' (n.v.t.) tegemoet te komen. Deze categorie wordt aangegeven met '777'. Een tweede categorie is de 'Weet niet-optie' en wordt aangegeven met '888'. Tot slot is er een derde categorie, waarin wordt aangegeven dat de desbetreffende respondent is vergeten om de vraag in te vullen ('999'). De keuze voor dit systeem is van belang om allereerst duidelijkheid te creëren, waarom vragen niet zijn ingevuld, zodat verklaringen eenvoudiger zijn te maken. Daarnaast is het van belang om het aantal respondenten per vraag gelijk te houden. Percentages kunnen anders foutief worden geïnterpreteerd en niet correct uitvallen, wanneer bij de ene vraag meer respondenten zijn ingevoerd dan bij de andere.

De analyse

Nadat zoveel mogelijk enquêtes zijn verzameld in de ruwe vorm is het tijd om over te gaan tot het bewerken, ordenen en het analyseren van de ruwe vorm. Met ruwe vorm bedoelt Mighelbrink (2009) de ingevulde enquêtes waar nog niks mee is gebeurd. Dit is belangrijk om verbanden te kunnen leggen en conclusies te formuleren. Belangrijk is dat de gegevens zo worden geordend dat ze vervolgens antwoord kunnen geven op de vraagstelling.

Om te komen tot de analyse van de verzamelde data zijn een paar stappen noodzakelijk. Mighelbrink (2009) beschrijft dat de eerste stap die genomen moet worden, de controlestap is. Hierin is het belangrijk dat enquêtes worden bekeken op juistheid. Exemplaren waar veel onduidelijkheid in zit, waar veel vragen niet zijn beantwoord, moeten opzij worden gelegd. Enquêtes waar slechts een enkele vraag niet of niet adequaat is ingevuld kunnen wel gebruikt worden. Elke vragenlijst krijgt vervolgens een nummer, waardoor het uit elkaar houden van respondenten gemakkelijk is. Wanneer dit is gedaan is het tijd voor het samenbrengen van de individuele vragenlijsten in een totaaloverzicht. Een van de opties is het handmatig te werk gaan via het turven van de gegevens, maar zoals hierboven beschreven zal dit onderzoek gebruik maken van SPSS, een automatisch verwerkingssysteem en Office Excel 2007.

Baarda & de Goede (2001) beschrijven dat doordat het voor het grootste gedeelte om nominale categorische gegevens gaat, alleen frequentieberekeningen – zoals percentageberekeningen en de modus, de meest voorkomende waarde – kunnen worden uitgevoerd. Met betrekking tot het ordinale meetniveau, in het kader van de vraag of de gegeven kenmerken 'niet' tot 'zeer' opvallend zijn, kunnen meer statistische berekeningen worden gemaakt en kan ook de mediaan worden berekend. De mediaan is het middelste getal van een getallenreeks van laag naar hoog. Alle frequentieberekeningen met de bijbehorende modus & mediaan zijn in bijlage 4 weergegeven en kunnen als ondersteuning en verheldering fungeren bij de resultatenomschrijving.

Vanuit die tabellen zijn grafieken gemaakt met Office Excel 2007, zodat eenvoudig kan worden afgelezen, met welke frequentie een vraag is beantwoord. Met andere woorden: men ziet in een oogopslag met welke hoeveelheid een mediumaspect binnen de praktijk wordt toegepast.

Een belangrijk aandachtspunt tot slot, is het richten van de analyse. Mighelbrink (2009) beschrijft in zijn boek dat men binnen een praktijkonderzoek uitgaat van een onderzoeksvraag en meerdere deelvragen. Hij schrijft dat het belangrijk is bij het richten van de enquêtes op de gegevens aan deze vragen vast te houden. Telkens opnieuw moet de vraag gesteld worden: *'Wat zegt de uitkomst van mijn analyse nu als antwoord op mijn vraagstelling/ deelvraag?'* De verschillende tabellen en grafieken zouden hierop een antwoord moeten geven.

§ 2.5 Kwaliteitscriteria

Dit onderzoek heeft ernaar gestreefd dat resultaten bruikbaar zijn voor de onderzochte beroepspraktijk en dat betrouwbaarheid en validiteit zoveel mogelijk worden gewaarborgd. Dit zijn belangrijke criteria om de kwaliteit van het verrichte onderzoek te bepalen (Mighelbrink, 2009).

De termen betrouwbaarheid en validiteit zijn al een paar keer genoemd binnen dit hoofdstuk. Baarda (2009) begrijpt onder betrouwbaarheid de mate waarin een meting onafhankelijk is van toeval. *'Het is tevens de kwaliteit van een meetinstrument, waarmee bij herhaald meten dezelfde resultaten bij de onderzochten worden gevonden. Toevallige meetfouten worden uitgesloten'* (Buuren et al., 2003, p. 112). Het moge duidelijk zijn dat bijvoorbeeld sociale wenselijkheid inbreuk maakt op de betrouwbaarheid van het onderzoek. Antwoorden zijn niet eerlijk ingevuld, waardoor een vertekent beeld ontstaat. Dit onderzoek is met betrekking tot sociale wenselijkheid relatief ongevoelig voor beïnvloeding, omdat we zoals reeds beschreven, te maken hebben met een kwantitatieve survey en de resultaten anoniem worden verwerkt.

Daarnaast zijn binnen de verwerking van de gegevens in SPSS en Excel, variabelen zorgvuldig ingevoerd, frequenties en berekeningen uitgevoerd en zijn grafieken opgesteld. Met dit automatische systeem zijn per ongeluk gemaakte codeerfouten voorkomen.

Zaken die tijdens het doen van dit onderzoek niet voorkomen konden worden, maar die toch van invloed kunnen zijn op de betrouwbaarheid van de resultaten, zijn onder andere: de stemming van de respondent (net een slecht gesprek gehad, of juist een heel goed gesprek) en de omgeving waarin de respondent de enquête invult (rustig of luidruchtig).

De validiteit mag daarnaast ook niet vergeten worden binnen een praktijk onderzoek. *'Validiteit wil zeggen dat je meet wat je beoogt te meten'* (Baarda & de Goede, 2001, pg. 197). De validiteit binnen dit onderzoek kan worden vergroot door de opgestelde enquête te laten lezen aan derden en ze vooral te laten letten op de duidelijkheid en de nauwkeurigheid van de vraagstelling.

Als voorbeeld kunnen dit onderzoeksdeskundigen zijn, maar ook: docenten, medestudenten of zelfs onafhankelijke personen, die geen verstand hebben van muziektherapie en ziektebeeld. Zo kan er een betere uitwerking plaatsvinden van begrippendefiniëring en samenhang van vraagstelling en deelvragen vanuit het onderzoek, om te komen tot een vragenlijst waarbinnen betrouwbaarheid en validiteit positief wordt beïnvloed. Deze opzet heb ik uitgevoerd en heb de enquête aan totaal vier

mensen laten lezen. Ten eerste aan een persoon die werkzaam is als muziektherapeut met deze doelgroep en deze problematiek. Ten tweede een ervaren onderzoekster, die wel werkzaam is als muziektherapeut, maar niet binnen dit werkveld. Ten derde een muziektherapiestudent in opleiding en tot slot een onafhankelijk persoon. Deze laatste persoon weet vrijwel niks over muziektherapie in het algemeen, maar heeft wel kennis van de ziekte en problematiek.

Baarda & de Goede (2001) beschrijft dat om tegemoet te komen aan de betrouwbaarheid en validiteit het belangrijk is om nauwkeurig, zorgvuldig te werken en tijdens het gehele proces objectief te blijven. In dit onderzoek is hieraan voldaan, voor zover dat begrippen binnen variabelen en categorieën zo nodig, zijn gedefinieerd in duidelijke, voor eenieder leesbare, beschrijvingen. Hierdoor werd interpretatie zoveel mogelijk vermeden. Daarbij was toetsing echter wel belangrijk. Om zorgvuldigheid te toetsen zijn er verschillende zelfcontroles uitgevoerd, zodat het meetproces niet werd beïnvloed door eigen interpretaties.

Onder de geldigheid of bruikbaarheid binnen praktijkonderzoek verstaat Mighelbrink (2009) de mogelijkheid om de kennis, de resultaten die uit dit onderzoek voortvloeien, toe te passen in de praktijk. Bruikbaarheid is dus eigenlijk een nog belangrijker begrip dan de betrouwbaarheid en validiteit. Het betreft de primaire kwaliteitseis die aan praktisch onderzoek wordt gesteld. Eigenlijk zou dit begrip groot bovenaan dit hoofdstuk moeten staan. Mighelbrink (2009) beschrijft dat de begrippen 'betrouwbaarheid en validiteit' geen absolute criteria zijn, maar zijn bedoeld om de zekerheid waarmee uitspraken worden gedaan zo hoog mogelijk te houden. Om te voldoen aan de bruikbaarheid van het onderzoek, moet aan een paar eisen voldaan zijn: *'Het betreft hier eisen inzake: Afstemming op de praktijk; verbondenheid en aansluiting met de onderzochte praktijkproblematiek; de tijdsduur van het onderzoek; concrete bruikbaarheid van de onderzoeksresultaten door de betrokkenen en de begrijpelijke weergave van de onderzoeksresultaten'* (Mighelbrink, 2009, p. 26.)

Het vertrekpunt van dit onderzoek is een 'fenomeen' wat zich in de beroepspraktijk heeft afgespeeld. De vragenlijst is afgestemd op de vraagstelling - die van tevoren was geformuleerd - en op de muziektherapeutische kennis van de respondent. Ook hierin zijn de vragen nauwkeurig gedefinieerd. Er werd naar gestreefd dat andere interpretaties niet mogelijk zijn. Door de onderzoeksvraag gericht te houden, was het mogelijk om het resultatenoverzicht goed passend en accuraat uit te voeren in de daarvoor bestemde tijd van vier maanden. De tabellen en grafieken hebben bijgedragen aan een begrijpelijke weergave van de onderzoeksresultaten. De bruikbaarheid van het verrichtte praktijkonderzoek, wordt met al deze zaken positief beïnvloedt.

Hoofdstuk 3 Multiple Sclerose in het algemeen

'Professionele zorg aan mensen met een chronische aandoening impliceert aandacht voor de consequenties van de ziekte, de betekenis hiervan voor het individu en de wijze van omgaan hiermee in het dagelijks leven.' (Polman, 1997, p. 77)

Om als (muziek)therapeut de cliënt op een adequate manier te kunnen ondersteunen en zorg op maat te kunnen geven, is voor iedere behandelaar, dus ook een muziektherapeut, belangrijk om een goed beeld van de persoon, zijn ziekte, maar ook van zijn ziektebeleving te verkrijgen. Op die manier kan de muziektherapeut de therapie aan de mogelijkheden en behoeften van de cliënt aanpassen.. Binnen dit hoofdstuk zal verdiepend worden ingegaan op verschillende aspecten van het ziekteproces.

§3.1. Definitie

Multiple Sclerose, ook wel afgekort als MS, is een chronische auto immuunziekte, een ontstekingsziekte en een degeneratieve aandoening die storingen veroorzaakt in het centrale zenuwstelsel Polman (1997); Jochims (2005). Een degeneratieve aandoening betekent ook wel een langzaam achteruitgaande aandoening. Multiple Sclerose is op dit moment nog een aandoening die niet te genezen is, waarvan de oorzaak onbekend is.

Wanneer de betekenis van de naam van deze aandoening vertaald wordt in het Nederlands, wordt de definitie van de aandoening al snel duidelijk. Het woord Multiple is afgeleid van het Latijnse *Multiplum* = meervoudig. Sclerose is afgeleid van het Griekse woord *sklerosis* = verharding.

Multiple Sclerose wordt dus gekenmerkt door de aanwezigheid van verhardingen in het centrale zenuwstelsel. Die verhardingen worden ook wel 'plaques' genoemd, aldus Polman (2001, p. 12). Die

plaques zijn ophopingen van witte stof die ontstaan na ontstekingsreacties in het centrale zenuwstelsel, waarin de isolatielaag gedeeltelijk of helemaal verdwijnt. Deze verhardingen in het centrale zenuwstelsel bestaan uit littekenweefsel. Doordat de myeline is aangetast worden signalen vanuit zenuwvezels in de hersenen of het ruggenmerg minder goed doorgeleid aan spieren en organen. Omdat de signalen niet meer goed kunnen worden doorgegeven kunnen er stoornissen of klachten ontstaan.

"Het bij herhaling op verschillende momenten in de tijd en op verschillende plaatsen in het centraal zenuwstelsel optreden van dit proces, vormt het kenmerk van MS." Polman (2001, p. 15).

§3.1.1 Lichamelijk functioneren

Zoals hierboven beschreven, kunnen spieren niet meer goed gecontroleerd worden, doordat ontstekingsreacties hebben geleid tot afbraak van de myeline. Op het gebied van het centrale zenuwstelsel waar de plaques zijn ontstaan, zijn beschadigingen opgetreden. Dit kan leiden tot verschillende symptomen. Wanneer een ontsteking is hersteld, kan er na een onbepaalde tijd weer een nieuwe ontsteking ontstaan. Sanders & Hupperts (2007) beschrijven dat wanneer de zenuw zeer sterk is bloot gesteld aan schade van buitenaf er uiteindelijk verlamingsverschijnselen kunnen ontstaan, waardoor spieren niet meer gebruikt kunnen worden.

Klachten of stoornissen kunnen door dit proces in diverse plekken in het lichaam optreden. Hintzen et al. (1998) beschrijft dat problemen zich kunnen voortdoen op het gebied van het gevoel (tintelingen, extreem koud/ warm gevoel, het ontbreken van pijn en temperatuursgevoel, ontbreken van gevoel van aanraking), in de motoriek (spierzwakte, krachtverlies, totale verlamming), in het zien (afname gezichtsvermogen, pijn in de oogbol, dubbelzien), in de hogere hersenfuncties (vermindering van het korte termijn geheugen, traagheid in denkprocessen en verminderd concentratievermogen), incontinentie en impotentie, moeheid en pijn. Tesar, Bandion K. & Baumhackl (2005) geven aan dat chronische vermoeidheid door 50 tot 60 % van de cliënten als ergste symptoom aangegeven. Deze vermoeidheid wordt gekenmerkt door een oncontroleerbaar gevoel van verminderd humeur, uitputting, moeheid en gebrek aan energie.

§3.1.2 Psychisch functioneren

Voorafgaand aan de diagnose kan de cliënt grote onzekerheid ervaren, vanwege het feit dat hij voelt dat er iets mis is aan zijn of haar lichaam, maar niet precies weet wat het is. Wanneer de diagnose wordt vastgesteld zal er naast gevoelens van dreiging, angst en verdriet ook een opluchting ontstaan over het feit dat het om een ziekte gaat die niet levensbedreigend is. Tevens zullen gedachten en gevoelens ontstaan over het verlies van gezondheid en onzekerheid over het beloop van de ziekte. Daar komt bij dat MS meestal ontstaat tussen de 30 en de 40 jaar, waarin het leven niet stilstaat. Levensplannen zoals huis, kinderen en eventuele migratie moeten worden bijgesteld. Dat proces, dat verwerkingsproces is niet altijd succesvol. Depressie kan hiervan een gevolg zijn. In hoofdstuk 4 wordt uitgebreider ingegaan op de psychische gevolgen van deze ziekte in verband met het thema 'verwerking van verlieservaringen'.

§3.1.3 Sociaal functioneren

Wanneer een cliënt aan MS lijdt, zorgt dit voor veel veranderingen: afname van mobiliteit, vermindering van vanzelfsprekende gelijkwaardigheid, terugtrekken uit het actieve leven, verhuizing of de onervarenheid van mensen die niet weten hoe ze zich moeten opstellen of niet met ziekte geconfronteerd willen worden. Boeije et al. (2000) stellen vast dat al deze zaken te maken kunnen hebben met het verminderen van sociale contacten van mensen met MS en hun partners. Voor de omgeving van de cliënt kan de schrik groot zijn. Wrijvingen kunnen zich voortdoen, bijvoorbeeld wanneer de cliënt probeert onafhankelijk te blijven van zorg, maar deze toch duidelijk nodig heeft. De situatie kan daardoor uit balans raken en er moet gezocht worden naar een nieuw evenwicht.

§3.2 Beloop en prognose

Het beloop van Multiple Sclerose is onvoorspelbaar en per individu verschillend. Toch zijn er een aantal vormen van Multiple Sclerose te onderscheiden. Polman (1997) & Sanders (2007) beschrijven dat de meest bekende en meest voorkomende vorm van beloop, de Relapsing-Remitting vorm (RR-vorm) is. Daarbij ontstaan korte periodes van verslechtering en herstel. Dit herstel komt tot uiting wanneer de isolatielaag (de myeline) weer goed wordt aangemaakt. Daarbij moet worden aangemerkt dat de zenuw zich nooit meer helemaal goed kan herstellen en dat het herstel afhankelijk is van de plaats en heftigheid van de ontstekingsreactie. Een tweede vorm is Secundair Progressieve vorm (SR-vorm). Deze volgt meestal uit de Relapsing-Remitting vorm en heeft ook periodes van herstel. De SP vorm onderscheidt zich van de RR-vorm, door een geleidelijke verslechtering van het ziektebeeld. Een derde, maar minder voorkomend beloop (10-15% van alle patiënten) is de primair progressieve (PP-vorm). Hierin vindt er vanaf het begin af aan een geleidelijke verslechtering plaats en zijn er geen periodes van herstel zichtbaar. In bijlage 1 treft u een grafiek aan waarin de drie meest voorkomende verlopen van MS in beeld worden gebracht. Ondanks deze indeling moet niet verwacht worden dat zich hierin steeds een stabiel patroon manifesteert. MS staat bekend om de onzekerheid van het verloop. De snelheid van het uitvallen van functies is per individu verschillend.

Wanneer gekeken wordt naar de levensverwachting van cliënten met MS, de prognose, zien we een vrijwel normale levensverwachting. Dit komt door verschillende behandelmethoden die tegenwoordig beschikbaar zijn ter behandeling van complicaties. De gemiddelde levensverwachting van de MS-patiënten als groep is slechts een klein aantal jaren verkort. *'De meeste cliënten overlijden aan de gevolgen van complicerende morbiditeit zoals lucht- en urineweginfecties. Daarnaast blijft ook suicide een belangrijke doodsoorzaak'* Polman (2001, p. 23).

Hoofdstuk 4 Verwerking bij Multiple Sclerose

Zoals binnen de probleemstelling reeds is beschreven, wordt binnen dit praktijkonderzoek met verwerking 'de mogelijkheid om de steeds opnieuw komende verlieservaringen een plek te geven en de draad van het leven weer op te pakken' bedoeld. De Mönnink (1999) beschrijft dat het verliesverwerkingsproces kan worden bekeken als een vervanging van oude denkschema's door nieuwe. Binnen dit hoofdstuk wordt het ziektebeeld MS in verband gebracht met thematieken als: verwerking, de taken die moeten worden volbracht om tot verwerking te komen en tot slot met de problemen die zich voor kunnen doen binnen de verwerking.

§4.1 MS & verwerking

'Onzekerheid, basaliteit, alomvattendheid en afhankelijkheid zijn kernbegrippen om het ziekteverloop van MS te omschrijven' (Boeijs, Bromberger, Duijnste, Grypdonck, Pool, 1999, p. 3).

Met *onzekerheid* wordt het verloop van de ziekte bedoeld, 'hoe zal het morgen zijn'? *Basaliteit* betekent dat de kleinste dingen, zoals eten of zelf naar het toilet gaan, steeds moeilijker gaan. De invloed van de MS wordt steeds omvattender (de continue confrontatie met wat de MS veroorzaakt op vrijwel alle vlakken). De *afhankelijkheid* uit zich doordat cliënten dingen niet meer kunnen en steeds meer hulp van omgeving nodig hebben, zoals bij het eten en drinken of de begeleiding naar een stoel.

Veel cliënten trekken in twijfel wie ze zijn en vooral wat ze waard zijn en wat voor zin hun leven heeft. Dit komt juist doordat er een continue confrontatie is met de MS, men krijgt steeds opnieuw negatieve feedback op alles wat men doet. Het is een aanslag op de eigen identiteit en tast de eigenwaarde aan, omdat men steeds meer dingen verliest (baan, huisdieren, huis, hobby's). Steeds moeten die verstoringen worden verwerkt.

Elke verlieservaring binnen het ziekteproces van MS vraagt dus uiteindelijk om een aanpassing. Een aanpassing die berust op het lichamelijk, sociaal en psychisch functioneren. Om te komen tot die aanpassing heeft men te maken met verliesverwerking. Een proces van ziekteverwerking in het algemeen kan volgens de Mönnink (1999), worden vergeleken met een proces van rouwverwerking. Rouw is een natuurlijke reactie op een verlieservaring. Dat kan zijn wanneer iemand is overleden, maar dat kan ook optreden bij een proces als MS, waarin een cliënt steeds meer kleine verlieservaringen opdoet.

Het verwerkingsproces bij een cliënt met MS begint al aan het begin bij het stellen van de diagnose. Minderhoud (1999) geeft aan dat cliënten vaak lang moeten wachten voordat ze de diagnose MS krijgen. Dit komt doordat huisartsen vaak lang wachten tot het overgaan van een MRI onderzoek. Dit heeft als gevolg dat cliënten vaak een lange periode in onzekerheid zitten. Wanneer de diagnose wordt gesteld kan dit als een opluchting worden ervaren en tegelijkertijd als een schok. Blij dat je uiteindelijk weet wat je hebt, niet blij met wat je hebt. Wanneer een cliënt wordt opgenomen in een verzorgings-/ verpleeghuis, betekent dit dat er al een hele weg is afgelegd.

§4.2 Verwerkingsmodellen & verwerkingsproblematiek

Er zijn veel modellen bedacht die berusten op faseringmodellen van verwerkingsprocessen. Een van de bekendste vormen is bijvoorbeeld dat van Kübler-Ross (1982). Dat model gaat uit van de fasering: Ontkenning, Woede, Marchanderen, Depressie en Aanvaarding. Een kritiekpunt hierop is echter dat sommige reacties niet eenmalig optreden, maar zich herhaaldelijk kunnen voordoen. Iemand kan bijvoorbeeld een terugval krijgen naar eerdere fasen. M.S. Stroebe, W. Stroebe, Hansson & Schut (2001) beschrijven dat elk mens een individu is. Elk mens is anders, waardoor iedereen op een andere manier omgaat met verlies. Sommige cliënten doen er langer over om tot 'aanvaarding' te komen dan anderen. Naast individuele verschillen, spelen ook aspecten als cultuur en tijd een rol. Worden (1992), een Amerikaanse rouwtherapeut, gaat niet uit van fasen maar onderscheidt taken waar een rouwende na een verlieservaring voor staat. Deze taken hoeven niet per se achtereenvolgens op te treden, maar moeten uiteindelijk wel allemaal doorlopen worden om oude denkschema's aan te passen en tot verwerking van de ziekte te komen. Wanneer duidelijk sprake is van blijven 'hangen' in het verwerkingsproces, het stagneren binnen een taak die Worden (1992) heeft uitgedacht, spreekt men over verwerkingsproblematiek.

1. **Erkenning van de realiteit van het verlies**

Binnen deze taak gaat de cliënt van een ontkenning naar een erkenning van de realiteit van het verlies.

2. **De pijn en het verdriet doorleven**

Pas door het ervaren en doorleven van de pijn: bijvoorbeeld wanhoop, depressiviteit en tal van lichamelijke klachten, zoals vermoeidheid en slapeloosheid, wordt het verlies uiteindelijk aanvaard.

3. **Zich aanpassen aan een leven waarin het verlorene niet meer aanwezig is**

Het kijken naar zichzelf verandert binnen deze taak. Het kan zijn dat iemand veel waarde heeft gehecht aan zijn werk maar dit werk niet meer kan doen. Dit kan ertoe leiden dat het zelfbeeld naar beneden gaat, omdat het werk een deel van hun identiteit was. Binnen deze taak zal iemand een aanpassing gaan creëren en het werk niet meer als meest belangrijke in het leven te zien, maar bijvoorbeeld de kinderen of kleinkinderen.

4. **Het verlies emotioneel een plaats geven en de draad van het leven oppakken**

De verlieservaring krijgt een plaats, waardoor deze gebeurtenis niet meer op de voorgrond staat. Zoals de titel aangeeft: 'Ik ben geen MS, ik heb MS'. De cliënt zegt hiermee dat hij meer is dan de ziekte alleen.

Peeters, S. (2008) beschrijft drie verstoorde reacties die kunnen optreden tijdens of na opgedane verlieservaringen: 'Ontkenning', 'depressie' en 'agressiviteit'.

Ontkenning

Ontkenning is in principe een eerste normale reactie. Met ontkenning bedoelt men het niet willen onderkennen dat men de ziekte MS heeft. De Mönnink (1999) beschrijft dat ontkenning een weerstand is die zich uit in het volledig storten in nieuwe relaties, werk, sporten, drankgebruik etc. Men is niet in staat om het verlies en haar gevolgen te accepteren. Wanneer ontkenning te lang duurt, kan verwerking niet plaatsvinden. Een cliënt blijft lange tijd het verlies ontkennen, hij vermijdt daardoor de pijn en het verdriet en komt dus ook niet toe aan het doorgaan met leven (Palm, 2005). De cliënt stagneert hier in de eerste fase van het model van Worden (1992).

Depressie

Schuldgevoelens kunnen volgens Bergsma (2002) ook leiden tot depressiviteit 'heb ik iets verkeerd gedaan'? Molen et al. (1997) beschrijven dat depressie ook dikwijls gepaard gaat met angst. Veel cliënten maken zich zorgen over de toekomst, over wat nog komen gaat. De

cliënt stagneert hier in de tweede fase van het model van Worden (1992). Men blijft in oude denkschema's hangen en kan zich moeilijk aanpassen aan de nieuwe 'situatie'.

Agressiviteit

Als mensen zich niet meer op de gewoonlijke manier kunnen uiten, kunnen ze plotseling ander gedrag gaan vertonen en agressief, gefrustreerd of emotioneel ongeremd worden. De cliënt stagneert hier in de eerste twee fasen van het model van Worden (1992). De door Worden (1992) beschreven 'pijn' wordt niet erkent en doorleefd.

Hoofdstuk 5 Muziektherapie bij MS en verwerkingsproblematiek

Het stellen van een indicatie, betekent volgens Smeijsters (2003) ook wel het beantwoorden van de vraag of een bepaalde vorm van therapie geschikt is. Binnen dit hoofdstuk wordt de vraag beantwoord waarom muziektherapie voor een doelgroep als MS met verwerkingsproblematiek geschikt is. Er wordt aandacht besteedt aan een aantal door Hattum & Hutschemaekers (2000) en Smeijsters (2003) beschreven criteriapunten die helpen bepalen wanneer over mag worden gegaan naar een indicatiestelling Creatieve Therapie. Als eerste zullen indicaties worden beschreven. Vervolgens worden verschillende doelstellingen aangegeven die ondersteunend zijn aan de hoofddoelstelling: verminderen van verwerkingsproblematiek. Tot slot wordt de meerwaarde van muziektherapie tegenover andere therapieën beschreven.

§5.1. Indicaties

Het onderzoek naar de toepassing van muziektherapie bij cliënten met MS met betrekking tot verwerking van verlies is, zoals reeds beschreven, beperkt. Dit betekent ook dat het onderzoek naar indicatiestellingen binnen deze doelgroep en problematiek nog in de kinderschoenen staat. Peeters (2008) beschrijft in haar scriptie verschillende indicaties die worden gegeven binnen de muziektherapie voor cliënten met verwerkingsproblemen en de ziekte van Huntington. Hierin beschrijft Peeters dat indicaties kunnen worden gegeven op de volgende probleemgebieden: Muziek en identiteit & zelfvertrouwen, Muziek en emoties, muziek en de fysiologie van het lichaam, muziek en controle, Muziek en contact & communicatie. Deze probleemgebieden zijn in principe alle overdraagbaar naar de doelgroep MS, omdat ook mensen met de ziekte van Huntington te maken hebben met de verwerking van een steeds verdere achteruitgang naar mate het ziekteproces vordert.

Muziek en Identiteit & zelfvertrouwen

MS cliënten weten soms tijdens het ziekteproces niet meer wie ze zijn. Daar komt bij dat ze door alle veranderingen steeds afhankelijker worden, waardoor ook het sociale leven steeds beperkter wordt. Peeters (2008) beschrijft dat muziektherapie kan helpen om het gevoel van identiteit van de cliënt vast te houden doordat actief wordt meegedaan, nieuwe contacten met de groep of therapeut worden gelegd en doordat het verhaal van de cliënt tot uiting mag komen en wordt bevestigd. Tevens kunnen succeservaringen binnen de muziek zorgen voor positief gevoel wat kan uitmonden in meer zelfvertrouwen. Smeijsters (2006) geeft aan dat de cliënt op deze manier ervaart nog wel iets te kunnen. Hij kan nieuwe dingen uitproberen. Ook kan er binnen de muziektherapie gewerkt worden met muziek met als doel om herinneringen op te halen. Dit kan allerlei gevoelens met zich meebrengen. De muziek waar iemand in het verleden veel naar geluisterd heeft is een bevestiging zijn van zijn identiteit en versterkt de eigenwaarde.

Muziek en fysiologie

Bij MS kunnen spieren steeds minder makkelijk functioneren. Er ontstaat vaak veel spanning in de ledematen, zogenaamde spierspanning. Via muziek kan er met die spanning worden omgegaan door bewust los te laten. Dit kan bijvoorbeeld gedaan worden door in het begin aan te sluiten bij het energieniveau van meneer/-mevrouw en van daaruit naar een lagere puls over te gaan. Door deze verandering in puls zullen ook fysiologische processen veranderen. Hartslag en ademhaling zal trager worden en de cliënt zal minder met zijn handen en voeten bewegen. De afname van bewegingen kan tevens worden verklaard doordat muziek van invloed is op de hersengolven en daardoor een ontspannend effect heeft (Smeijsters, 2006).

Muziek en emoties

Het onzekere en angstige gevoel, dat je niet weet wat er morgen mogelijkwerwijs nog meer zal uitvallen wordt soms wel geuit, maar vaak ook niet. *'Je wilt niet voortdurend klagen, je ziet er immers aan de buitenkant niets van?'* (Minderhoud, 1999, p. 197). Wanneer gevoel lange tijd niet geuit wordt kan spanning zich ophopen. Men kan in een neerwaartse spiraal terecht komen en mogelijk uiteindelijk in een depressie. Uiting geven aan emoties, aan diep gelegen gevoelskwesaties zijn volgens Worden (1992) van belang om tot verwerking te komen van verlieservaringen.

Muziek en gevoel van autonomie

Met autonomie bedoelt men binnen dit hoofdstuk, 'het gevoel eigen zeggenschap te hebben over beslissingen'. MS cliënten zijn vaak afhankelijk van zorg, waardoor veel voor hen wordt bepaald. Door ervaringen te scheppen binnen de muziektherapie (bijvoorbeeld door hem zelf een instrument te laten uitkiezen) waarin iemand eigen keuzes kan aangeven wordt het gevoel van eigenwaarde versterkt en krijgt iemand weer het gevoel zijn eigen keuzes te kunnen te mogen maken.

Muziek en contact & communicatie

De Mönnink (1999) beschrijft dat het contact met anderen grote invloed heeft op het verwerken van verlies. Contact met anderen zorgt ervoor dat het verlies niet alleen gedragen hoeft te worden, de omgeving kan een persoon ondersteunen. Aldridge (1996) beschrijft dat mensen die lijden aan een ongeneeslijke ziekte vaak te maken krijgen met verminderde contacten met de omgeving. Net zoals de Mönnink is hij van mening dat een ondersteunende omgeving belangrijk is voor de cliënt voor het leren omgaan van de ziekte. Muziek is een medium waarbinnen contact en communicatie snel optreedt. De oorzaak hiervan ligt in de mogelijkheid non-verbaal te communiceren.

§5.2. Doelstellingen

Aan de hand van de bovenbeschreven probleemgebieden, kunnen doelstellingen worden geformuleerd die ondersteunend zijn aan de hoofddoelstelling: verminderen van verwerkingsproblematiek. Hieronder zal elk van de probleemgebieden kort worden herhaald, met daaronder een beschrijving van de doelstelling die binnen de behandeling kan worden geformuleerd.

Muziek en identiteit & zelfvertrouwen

Door aandacht te richten op mogelijkheden en het versterken van vaardigheden die er zijn, kan de cliënt zich makkelijker aanpassen aan de omstandigheden waarin hij zich op dat moment bevindt. De cliënt ervaart succeservaringen. Smeijsters (2008) zegt hierover dat de ervaring, dat iemand zich ook positief kan voelen, belangrijk is om tot heroverweging te komen van het negatieve levensperspectief, zodat hij weer kan genieten van het leven.

Doelstelling: De cliënt exploreert en versterkt eigen mogelijkheden en vaardigheden.

Muziek en de fysiologie van het lichaam

Het ervaren van rust en ontspanning is belangrijk vanwege de vaak langdurige stress situaties en frustraties die zich van dag tot dag opstapelen. Rust en ontspanning dragen ertoe bij dichterbij de behoeftes te komen die onder de spanning liggen. Het loslaten van de spanning zorgt tevens voor het loslaten van de gedachte om alles te moeten controleren. Het leven wordt op deze manier op dat moment 'genomen' zoals het is, het hier-en-nu staat centraal. Meijer (2004) geeft aan dat ontspanning zorgt voor het bewustzijn kunnen oproepen van beelden en emoties waardoor deze in de muziek kunnen worden beleefd en verwerkt. Vandaar dat ontspanning een doel kan zijn bij het verminderen van problemen binnen het verwerkingsproces.

Doelstelling: De cliënt ervaart rust en ontspanning.

Muziek en emoties

De expressie van gevoelens is ook heel belangrijk tot het komen van verwerking. Zoals Worden (1992) in taak twee beschrijft moeten pijn en het verdriet 'doorleefd' worden. Worden bevestigt de vooronderstelling van waaruit dit onderzoek uitgaat, dat pas door het ervaren en doorleven van de pijn, het verlies uiteindelijk aanvaard kan worden. Magee (1999) beschrijft dat door de geboden mogelijkheid om gevoelens en emoties te uiten, agressiviteit wordt voorkomen óf agressie kan worden geuit op een voor de cliënt gepaste manier.

Doelstelling: De cliënt kan expressie geven aan zijn gevoelens en emoties.

Muziek en controle

Het leven met MS zorgt vaak voor een steeds meer afhankelijk bestaan. Steeds meer zorg moet worden overgedragen waardoor cliënten steeds meer controle moeten loslaten. Dit veroorzaakt veel verdriet. Door ervaringen binnen de muziektherapie waarop de cliënt nog wel grip heeft kan ook het aanvaarden van en aanpassen aan de steeds weer nieuwe situaties van het ziekteproces sneller worden doorlopen. Chiu (1997) beschrijft dat het gevoel van machteloosheid kan worden voorkomen, door de cliënt te betrekken bij het nemen van beslissingen en daardoor autonomie aan de cliënt terug te geven en de afhankelijkheid te verminderen.

Doelstelling: De cliënt ervaart het gevoel eigen keuzes te kunnen en mogen maken, de cliënt ervaart een gevoel van autonomie.

Muziek en contact & communicatie

Een laatste subdoelstelling is het delen van ervaringen, het meer gericht zijn op omgeving. Het kan zijn dat cliënten met MS zich gaan afsluiten voor omgeving. Dit kan gebeuren doordat cliënten het gevoel hebben niet meer te zijn wie ze waren, of, zoals Boeije ed. (1999) beschrijven, door een 'vermijdingsstrategie' waardoor ze confronterende situaties uit de omgeving uit de weg gaan. Uiteindelijk kan het voorkomen dat iemand zich in een sociaal isolement schuilhoudt. Door dit sociale isolement wordt de cliënt weer bevestigd in het negatieve denkpatroon. Dit isolement en het daarbij behorende negatieve denkpatroon kan mede doorbroken worden door bijvoorbeeld in groepen te werken, waarin interactie mogelijk wordt en het delen van de ervaringen kan leiden tot steun en (h)erkenning. Tevens beschrijft Boeije et al. (1999) dat de sociale steun, die vanuit het (muzikale) contact kan komen, belangrijk is voor het welzijn van de mensen en de effecten van stress vermindert.

Doelstelling: De cliënt deelt ervaringen en ervaart hierdoor steun en (h)erkenning van derden.

§5.3. Meerwaarde muziektherapie bij MS

Jochims (2005) beschrijft dat Multiple Sclerose, naast medicatie, ook binnen therapieën nog niet genezen kan worden. Wel kan behandeling plaatsvinden. Zo kan met muziektherapie iets worden gedaan met betrekking tot de manier van omgaan met symptomen en copingstrategieën. De levenskwaliteit kan volgens Jochims (2005) met deze therapievorm verbeterd worden omdat emoties, die tijdens of na ziekteverschijnselen ontstaan, een plek krijgen.

'Health is the process of becoming one's fullest potential for individual and ecological wholeness' (Bruscia 1998, p. 84.)

Muziektherapie is een therapie waarin het doel is om de gezondheid van de cliënt te bevorderen. Gezondheid kan volgens Bruscia (1998) gezien worden als een tegenstelling van ziekte, maar ook als een zijnswijze. Om dat doel te bereiken hebben muziektherapie en andere vaktherapieën zoals drama-/ dans-/ bewegings- of tuintherapie, een aantal sterke punten tegenover andere therapieën. Deze sterke punten worden door Berman (1998b) uitvoerig benoemd. Allereerst benadrukt Berman dat Creatieve Therapie de fysieke kant van de mens aanspreekt. Er wordt niet alleen gesproken, maar men komt in actie en het lichaam is erbij betrokken. Ten tweede komt het handelen in het medium tegemoet aan de behoefte iets te leren. Mensen hebben snel motivatie om zaken te bedenken, uit te voeren, op te bouwen of te oefenen. Ten derde noemt Berman de mogelijkheid om expressie te tonen in het medium, waardoor er meer mogelijkheden bestaan om contact te maken met zichzelf en de ander. Als laatste aspect noemt Berman dat weggestopte emoties grijpbaar en voelbaar worden binnen de creatieve therapie.

Graag voeg ik hieraan toe dat een kracht van muziektherapie ook daarin ligt dat muziektherapie tot aan de laatste levensfase door kan gaan. Een fysiotherapeut is uitbehandeld wanneer geen verbetering meer kan optreden in fysieke mogelijkheden en wanneer onderhoudstherapie geen bijdrage meer levert aan de gezondheid van de cliënt. Als muziektherapeut kan men de werkvormen binnen de therapie steeds weer aanpassen aan de mogelijkheden van de cliënt.

Kwaliteit van leven is volgens Jochims (2005) gebaseerd op mobiliteit: men kan pas expressie geven aan emotie wanneer dit lichamelijk mogelijk is. Naarmate het MS-proces vordert, kan er vanuit de muziektherapeut aanpassingen worden gedaan aan de toegepaste werkvormen, zodat uiting toch mogelijk is. Muziek blijft zo een middel voor contact, communicatie en beleving.

Binnen de muziektherapie is verbaliteit niet noodzakelijk om tot contact te komen. Juist het non-verbale, het muzikale contact is heel belangrijk. Dit geldt ook voor mensen die nog goed kunnen praten. Het praten kan namelijk een bedreigend en direct karakter hebben. Taal kan daardoor het

werkelijke gevoel vervormen.

'Woorden en theorieën hebben de kracht om het leven te begrijpen en organiseren, maar zijn vervreemdend wanneer zij de authentieke ervaring en het authentieke engagement vervangen' (Smeijsters, 2008, p. 31.)

Tot slot krijgt de cliënt binnen de muziektherapie de kans om met gevoelens bezig te zijn die op dat moment, in het 'hier-en-nu' ontstaan en op dat moment in een muzikale vorm kan worden gegoten. Onder het 'hier-en-nu' verstaat men het aanwezig zijn zonder de toekomst of verleden in ogenschouw te nemen. Puur en alleen de beleving staat centraal. Smeijsters (2008) beschrijft de mogelijkheid tot het ervaren van een direct, uniek, authentiek, niet herhaalbaar moment als een sterk punt van muziektherapie. Dit moment is van jezelf, het is niet afgeleid, het laat je voelen dat je leeft, het verrijkt je en verandert je. Binnen het hier-en-nu kan gewerkt worden aan gevoelskwesaties, die met praten niet kun worden herbeleefd. *'Kunst in zijn algemeenheid is het middel bij uitstek dat ons in staat stelt in het actuele moment negatieve emoties door positieve te vervangen'* Smeijsters, 2008, p. 228).

Hoofdstuk 6 Resultaten

Binnen dit hoofdstuk worden op basis van de ingevulde vragenlijsten resultaten weergegeven. Deze resultaten zijn tot stand gekomen door de vragenlijsten te analyseren en te prepareren, zodat frequenties, modus en mediaan konden worden berekend. Herhaaldelijk zullen er verwijzingen plaatsvinden naar figuren en/of tabellen in bijlage 4. Hierin zijn alle grafieken en tabellen op een overzichtelijke manier weergegeven, zodat ze als ondersteuning of verheldering van de gegeven beschrijvingen fungeren. Dit hoofdstuk is opgebouwd vanuit de verschillende deelgebieden van de vragenlijst. Allereerst volgt een beschrijving van de respondenten in het algemeen, vervolgens een beschrijving van de doelgroep en behandeling, de inzet van mediumaspecten per doelstelling en de op- of aanmerkingen. Tot slot wordt er een samenvatting gegeven over de resultaten, waarin de ingezette mediumaspecten met het oog op de verschillende doelstellingen worden vergeleken. Omdat het een klein aantal respondenten bevat, zal er gesproken worden in delingen en niet in procenten. Baarda & de Goede (2001) bevestigt deze keuze, door de uitspraak dat het geen zin heeft om percentages te berekenen bij een klein aantal respondenten. Dit is pas zinvol bij meer dan honderd respondenten.

§6.1 Respondenten in het algemeen

In totaal hebben zes respondenten aan dit onderzoek meegewerkt en de vragenlijst ingevuld. Wanneer naar het geslacht van de deelnemers wordt gekeken, ziet men dat voornamelijk vrouwen deze vragenlijst hebben ingevuld. Slechts een van de zes was mannelijk. Daar komt bij dat de leeftijd varieerde van 21 tot 43. De leeftijd staat in verband met het aantal jaren werkervaring binnen deze doelgroep en deze problematiek: Respondenten tussen de 20 en de 30 jaar gaven aan 0-5 jaar werkzaam te zijn. Personen tussen de 30 en de 40 jaar gaven ofwel 0-5 jaar ofwel 6-10 jaar aan. En tot slot waren het de respondenten boven de 40 jaar die de optie '11 tot 15 jaar werkzaam' aanvinkten. De gehele respondentengroep geeft aan in Nederland muziektherapie gestudeerd te hebben. Een van de zes respondenten geeft aan tevens het eerste jaar van schoolmuziek op het conservatorium te hebben afgerond. Zie voor meer informatie figuur 1 t/m 3 in bijlage 4, met de bijbehorende tabellen.

§6.2 Doelgroep

In figuur 1¹ hieronder vallen een aantal zaken op. Binnen de keuzeopties 'Niet opvallend', 'Matig opvallend' en 'Zeer opvallend' wordt vooral de keuze 'Matig opvallend' aangegeven. 24 van de 42 antwoorden geeft deze optie aan. De uitschieters binnen deze antwoordcategorie zit hem in de variabelen: 'Emotionele geremdheid' (5/6), 'Laag zelfbeeld (4/6)' en 'weinig tot geen initiatief tot interactie' (5/6). Wanneer de overige variabelen bekeken worden (zie: fig 1), zien we dat agressiviteit niet veel wordt waargenomen. 3/6^e van de respondenten geeft aan 'agressie' als niet opvallend te

¹ Het nummer van de onderstaande grafiek is niet compatible met figuurnummer 1 uit de bijlage

observeren. 'Emotionele instabiliteit' wordt met name als zeer opvallend waargenomen. Maar liefst 5/6^e deel van de respondenten geeft dit aan.

'Depressie' wordt als 'matig opvallend' (1/2) en als 'zeer opvallend' (1/2) waargenomen. 'Ontkenning' wordt net zoals Emotionele instabiliteit, wisselend geobserveerd. Zowel 'niet opvallend' (1/3), 'matig opvallend' (1/3) als 'zeer opvallend' (1/6). En tot slot, het lage zelfbeeld wordt zowel Matig (2/3) als zeer opvallend waargenomen (1/3). Daarnaast geeft één van de zes respondenten 'verwerkingsproblematiek' als extra optie en tekent dit als zeer opvallend aan.

Voor meer informatie, zie: bijlage 4, figuur 4 t/m 10 met de bijbehorende tabellen.

Concluderend kunnen we zeggen dat vooral 'Depressie' en 'Emotionele instabiliteit' zeer opvallend zijn in de waarneming van de muziektherapeut bij de cliënt. 'Agressie' wordt duidelijk vooral als 'minst opvallend' geobserveerd. De meest gekozen optie, de modus, voor de overige variabelen ligt op de optie: 'Matig opvallend'.

Waargenomen kenmerken bij de cliënt

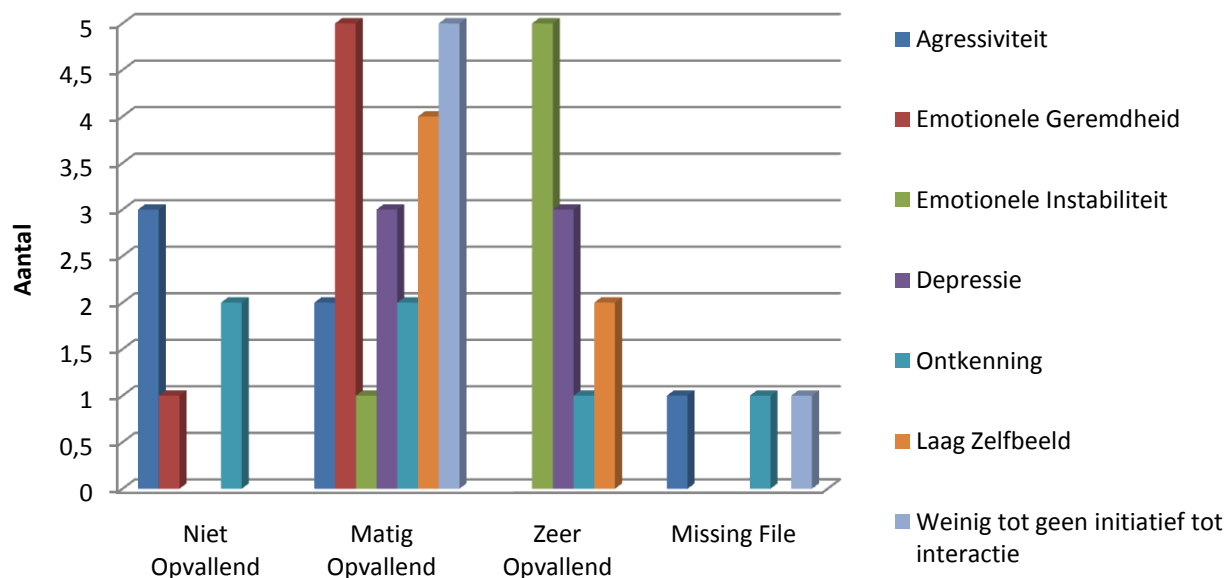


Fig. 1

§6.3 Behandeling in het algemeen

Het merendeel van de respondenten (5/6^e) geeft aan voornamelijk individuele muziektherapie te geven aan de cliënt. Slechts 1/6^e deel zegt dit niet te doen en geeft aan voornamelijk groepstherapie te geven. Binnen de inhoud van een sessie zien we nog iets opmerkelijks. Slechts 1/6^e van de respondenten zegt dat werkvormen door de muziektherapeut zelf worden aangeboden. Het grootste gedeelte, maar liefst 5/6^e deel van de respondenten zegt dat werkvormen worden bedacht in overleg met cliënt en groep. Geen van de respondenten geeft aan dat de cliënt/groep zelf bepaalt wat er gedaan wordt binnen de sessie. Zie voor meer informatie: figuur 11 en 12 met de bijbehorende tabellen in bijlage 4. Kortom, muziektherapie wordt met name in individuele vorm aangeboden en werkvormen worden door muziektherapeuten voor het grootste gedeelte ingezet in overleg met de cliënt/groep.

§6.4 Inzet van mediaspecten

Binnen de vragenlijst is gewerkt met verschillende doelstellingen die ondersteunend zijn aan de hoofddoelstelling: het verminderen van problemen binnen de verwerking. Deze doelstellingen zijn: 'exploreren en versterken van eigen mogelijkheden en vaardigheden', 'ervaring van rust en ontspanning', 'expressie van gevoelens en emoties', gevoel van controle binnen situaties, gevoel van

autonomie' en 'meer gericht zijn op de omgeving, het delen van ervaringen'. Per doelstelling zijn dezelfde vragen gesteld. De resultaten en de bijbehorende beschrijvingen worden hieronder weergegeven.

Aan de respondent die aangeeft dat desbetreffende doelstelling geen belangrijke rol speelt binnen de behandeling, wordt telkens bij de bijbehorende vragen de code 'Missing File' toegekend. De vragen die passend zijn bij die doelstelling zullen voor deze respondent steeds als 'n.v.t.' moeten worden geïnterpreteerd.

Exploreren en versterken van eigen mogelijkheden en vaardigheden

Het grootste gedeelte van de respondenten (5/6 deel) geeft aan dat 'exploreren en versterken van eigen mogelijkheden en vaardigheden' een belangrijke rol speelt binnen de behandeling. 1/6^e deel van de respondenten zegt dat deze doelstelling geen belangrijke rol speelt. Zie: bijlage 4, figuur 13 met bijbehorende tabellen.

Vorm, soort en instrumentarium

De helft van de respondenten geeft aan dat de werkvormen meestal actief van aard zijn. De andere helft van de respondenten kiest de optie 'anders' waarin schriftelijk wordt aangegeven dat zowel receptieve als actieve werkvormen worden gedaan binnen de behandeling. Daar komt bij dat de gekozen werkvormen voornamelijk half-open worden ingezet. De werkvorm wordt voorgegeven maar laat ruimte voor eigen invulling. 5/6^e deel van de respondenten geven dit aan.

Qua inzet van instrumentarium geeft 2/6^e van de respondenten aan voornamelijk met slaginstrumenten te werken, 1/6^e met klankinstrumenten, 1/6^e met stem en 1/6^e geeft aan alle instrumenten en stem veel te gebruiken.

Een overzichtelijk beeld van de hier bovenstaande resultatenweergave treft u aan in bijlage 4, figuur 14 t/m 16 met de bijbehorende tabellen.

Technieken

Muziektherapeuten binnen dit onderzoek passen de techniek 'rhythmic grounding' gedeeltelijk wel, gedeeltelijk niet voornamelijk toe. 1/3^e van de respondenten zegt dit wel te doen, 1/3^e niet en 1/3^e heeft geen antwoord ingevuld, waarbij één respondent niet wist wat Bruscia technieken waren. Deze respondent zegt hiermee niet opgeleid te zijn, waardoor het onbekende begrippen zijn.

Dezelfde scores als die van 'rhythmic grounding' zijn te vinden onder de technieken 'tonal centering' en 'introducing change'. Alleen 'pacing' wijkt af. Hierbij zegt 3/6^e van de respondenten 'pacing' niet voornamelijk toe te passen binnen de behandeling. Onder 1/6^e respondenten wordt 'holding' als extra antwoord toegevoegd. 'Holding' is een door Bruscia (1987) beschreven exploratie techniek waarbij de therapeut een ondersteunende achtergrond in de improvisatie biedt, zodat de cliënt veilig muzikaal gedrag kan uitproberen. Zie, voor meer informatie over de technieken: figuur 17 t/m 20 met de bijbehorende tabellen in bijlage 4.

Muzikale component

2/3^e deel van de respondenten geeft aan dat ritme de grootste rol speelt binnen deze doelstelling. 1/6^e deel van de respondenten geeft hiervoor klank aan. Tot slot geeft 1/6^e deel van de respondenten melodie aan. Zie figuur 21 met de bijbehorende tabellen in bijlage 4.

Ervaring van rust en ontspanning

De doelstelling 'Ervaring van rust en ontspanning' wordt onder de gehele onderzoekspopulatie als een belangrijke doelstelling binnen de behandeling gezien. 100% van de ondervraagden geven optie 'ja' aan. Zie fig. 22 met bijbehorende tabellen in bijlage 4.

Vorm, soort en instrumentarium

Werkvormen binnen de sessies zijn met name receptief van aard. Zie figuur 23 t/m 25 met de bijbehorende tabellen in bijlage 3 voor ondersteunende informatie. 2/3^e deel van de respondenten geeft dit aan. De overige groep (1/3^e) geeft aan dat binnen deze doelstelling vooral met actieve werkvormen wordt gewerkt. Elke respondent kiest binnen dit kader voor half-open werkvormen. Binnen de uitslagen van het instrumentarium is geen duidelijke uitschieter te vinden. Klank wordt gekozen met 1/3^e van de respondenten, 1/6^e voor slaginstrumenten, 1/6^e voor melodie instrumenten, 1/6^e voor stem en 1/6^e geeft aan Orff instrumentarium te gebruiken. Orff instrumentarium bestaat uit slaginstrumenten met vel en toonhoogte (bijvoorbeeld de pauken), slaginstrumenten met vel zonder toonhoogte (trommen en tamboerijnen), slaginstrumenten zonder vel en met toonhoogte (staafspelen) en tot slot de slaginstrumenten zonder vel en zonder toonhoogte (bekkens, triangles, ratels, etc.) (Hoekman, 2009.)

Technieken

'Rhythmic grounding' is een techniek waarvan 2/3^e van de respondenten zeggen dat deze techniek niet voornamelijk wordt verwerkt binnen de werkvormen. 1/6^e geeft aan dat dit wel zo is en 1/6^e geeft wederom aan deze technieken niet te kennen. Eenzelfde score wordt toegekend aan de technieken 'tonal centering' en 'introducing change'. 3/6^e geeft aan deze technieken niet voornamelijk toe te passen binnen deze werkvormen, 2/6^e geeft aan dat dit wel het geval is.

De score van de techniek 'pacing' is net andersom. Hierin zegt 3/6^e dat deze techniek wel wordt verwerkt binnen de werkvormen en 1/3^e zegt deze als minder belangrijk te vinden of past deze niet toe. De techniek 'containing' wordt als extra techniek toegevoegd door een van de respondenten. 'Containing' wordt door Bruscia (1987) beschreven als een empathietechniek. Deze techniek zorgt voor veiligheid, zodat de therapeut muzikale ontladingen van de cliënt kan opvangen. Zie: figuur 26 t/m 29 met de bijbehorende tabellen in bijlage 4, voor heldere grafieken en tabellen.

Muzikale component

'Klank' is de uitschieter in de muzikale componenten die wordt toegepast binnen de werkvormen. Deze wordt door 3/6^e deel van de respondenten toegepast. Vervolgens komen de componenten 'ritme' (1/6) en 'melodie' (1/6). Zie figuur 30 met de bijbehorende tabellen in bijlage 3.

Expressie van gevoelens en emoties

Het overgrote deel van de respondenten (5/6) geeft aan dat deze doelstelling een belangrijke rol speelt binnen de behandeling. 1/6^e deel van de respondenten zegt dit niet te zien. Zie figuur 31 en bijbehorende tabellen in bijlage 3.

Vorm, soort en instrumentarium

Werkvormen worden zowel receptief als actief ten behoeve van deze doelstelling ingezet. 1/6^e zegt voornamelijk met receptieve werkvormen te werken, 1/3^e met actieve, 1/3^e zowel receptief als actief en 1/6^e is een Missing File, met betekenis: n.v.t. gezien het feit dat de doelstelling geen belangrijke rol heeft binnen de behandeling. Binnen de sessies wordt er met name gewerkt met halfopen werkvormen (2/3), 1/6^e geeft aan gestructureerde werkvormen aan te bieden, waarin het verloop van de werkvorm vast ligt. Kijken we naar de voornamelijk gebruikte instrumenten binnen deze werkvormen, dan zien we dat alle soorten instrumenten of zang door één persoon worden aangevinkt. De persoon met de aangekruiste 'anders' beschrijft dat alle instrumenten voornamelijk worden gebruikt. Zie: figuur 32 t/m 34 met de bijbehorende tabellen in bijlage 4.

Technieken

De techniek 'rhythmic grounding' wordt binnen deze onderzoeksgroep niet gezien als een techniek die veelal wordt verwerkt in werkvormen met deze doelstelling. Maar liefst 2/3^e van de respondenten geeft aan dat deze techniek niet voornamelijk wordt verwerkt.

De technieken 'tonal centering' en 'introducing change' zijn wederom hetzelfde gescoord. Over de verwerking van deze Bruscia technieken zien we een gelijk verschil: 1/3^e van de respondenten zegt dat deze technieken wordt verwerkt binnen de werkvormen, 1/3^e zegt dat dit niet het geval is. Verder wordt door 3/6^e deel van de respondenten aangegeven dat 'pacing' voornamelijk wordt verwerkt binnen deze werkvormen. Slechts 1/6^e deel zegt van niet. De techniek 'holding' wordt door een van de respondenten als extra punt aangegeven als gebruikte techniek. Zie: figuur 35 t/m 38 met de bijbehorende tabellen in bijlage 4.

Muzikale component

Vrijwel alle muzikale componenten worden in gelijke hoeveelheid genoemd binnen de vraag welke muzikale componenten voornamelijk een rol speelt binnen de werkvormen. Zowel ritme (1/6^e), dynamiek (1/6^e), klank (1/6^e) en vorm (1/6^e) worden genoemd. Melodie wordt maar liefst door 2/6^e van de respondenten toegepast binnen de behandeling. Zie figuur 39 in bijlage 4, met de bijbehorende tabellen, voor meer informatie

Gevoel van controle binnen situaties, gevoel van autonomie

Alle zes de respondenten geven aan dat 'gevoel van controle binnen situaties' een belangrijke rol speelt binnen de behandeling. Zie: figuur 40 met bijbehorende tabellen in bijlage 4.

Vorm, soort en instrumentarium

Alle drie de antwoordopties: 'receptief', 'actief' als 'anders', worden aangegeven binnen de vraag welke vorm de werkvormen meestal hebben. De optie receptief wordt door 3/6^e van de respondenten gegeven. Actief met 1/6^e en de optie 'anders' wordt door 2/6^e deel van de respondenten aangevinkt. 'Anders' wordt door de respondenten beschreven als de inzet van zowel receptieve als actieve werkvormen binnen de behandeling. Geen van de twee wordt door hen voornamelijk ingezet. Werkvormen worden voornamelijk half-open ingezet en tevens wordt er veel gebruik gemaakt van CD's. 2/6^e deel van de respondenten geeft dit aan. Naast CD's wordt ook gewerkt met stem, klankinstrumenten en slaginstrumenten. Een respondent geeft aan niet voornamelijk te werken met een bepaald soort instrumentarium, maar geeft de optie 'anders' aan en beschrijft dit met 'divers'. Zie: figuur 41 t/m 43, in bijlage 4, met bijbehorende tabellen.

Technieken

De technieken 'rhythmic grounding', 'tonal centering' als 'pacing' zijn door een gelijk aantal respondenten voor elke antwoordcategorie gekozen. 2/6^e geeft aan dat 'rhythmic grounding' en 'tonal centering' voornamelijk wordt verwerkt binnen de werkvormen. 2/6^e zegt dat dit niet zo is. 'Introducing change' wordt minder vaak aangekruisd. Hierbij zegt 3/6^e deze niet als een voornamelijk verwerkte techniek te zien. Een van de zes respondenten geeft tevens schriftelijk aan verbale technieken te gebruiken binnen de werkvormen. Zie figuur 44 t/m 47 in bijlage 4 met bijbehorende tabellen.

Muzikale component

2/6^e van de respondenten geeft 'ritme' aan als muzikale component, welke voornamelijk een rol speelt binnen de behandeling. 1/6^e geeft 'klank' aan. Daarnaast geven 2/6^e van de cliënten aan dat de componenten indirect van toepassing zijn, gezien er gewerkt wordt met CD-materiaal. Zie: figuur 48, in bijlage 4, met de bijbehorende tabellen.

Meer gericht zijn op de omgeving

Opvallend is dat deze doelstelling door een stuk minder respondenten wordt gehandhaafd. Slechts 2/6^e deel van de respondenten zegt dat deze doelstelling een belangrijke rol speelt binnen de behandeling. Een groter deel, 2/3^e, zegt dat dit niet het geval is. Zie: figuur 49 met de bijbehorende tabellen in bijlage 4.

Vorm, soort en instrumentarium

Zowel actieve als receptieve werkvormen worden gegeven. Beiden met een waarde van 1/6^e deel van de respondenten. 2/6^e deel van de respondenten, het deel dat niet onder de categorie 'Missing File' is gevallen, geeft aan alleen half-open werkvormen te gebruiken.

Geen enkele respondent heeft gekozen voor een bepaald soort gebruikte instrumenten, alleen de optie 'Anders' wordt aangegeven. 1/6^e deel van de respondenten bedoelt hiermee dat alle instrumenten voornamelijk worden gebruikt. Het andere 1/6^e deel geeft aan sfeerinstrumenten te gebruiken zoals een oceandrum. Zie: Figuur 50 t/m 52 in bijlage 4, voor meer informatie.

Technieken

De technieken 'rhythmic grounding', 'tonal centering', 'introducing change' en 'pacing' worden alle aangegeven als een 'niet voornamelijk ingezette techniek' binnen de werkvormen. 1/6^e van de respondenten bevestigt dit beeld. Deze respondent geeft aan technieken te gebruiken gericht op reflectie. Of deze technieken verbaal of non-verbaal (muzikaal) van aard zijn is niet duidelijk. Zie: figuur 53 t/m 56 in bijlage 4, met bijbehorende tabellen, voor meer informatie.

Muzikale component

'Dynamiek' wordt met 1/6^e van de respondenten aangegeven als de muzikale component die het meest voorkomt binnen deze werkvormen. De andere respondenten behoren tot de categorie 'Missing File'. Zie: figuur 57 in bijlage 4, met bijbehorende tabellen.

§6.5 Opmerkingen van respondenten

Aan het eind van de vragenlijst, was de mogelijkheid op- of aanmerkingen te plaatsen. Van deze mogelijkheid werd door vier van de zes respondenten gebruik gemaakt. Van één respondent kwam de opmerking dat er weinig met slaginstrumenten werd gedaan, omdat dit door de lichamelijke beperkingen vaak teveel energie vraagt, of teveel confrontatie oplevert, om aan de doelen te kunnen

werken. De opmerking van een tweede respondent sloot hierbij aan. Deze schreef dat de stadia van de ziekte per cliënt bepalend zijn welke werkvormen, technieken en interventies de respondent inzet. De respondent schreef dat met name fysieke mogelijkheden hierin bepalend zijn. Een derde respondent gaf aan niet opgeleid te zijn met de genoemde 'Bruscia' technieken, die binnen de vragenlijst zijn ingesloten. Voor het niet invullen van deze vragen, werd telkens de code 'Missing File' 888 toegekend. De code 888, staat voor de Missing File met het label: 'Weet niet', zie bijlage 3 'Logboek SPSS'. Een tweede opmerking ging erover dat het voor de respondent moeilijk was om de vragenlijst in te vullen, omdat het inzetten van mediumaspecten per cliënt heel verschillend is. Dit overlapt met de andere, hiervoor genoemde opmerkingen. De respondent voegde hieraan toe: 'Ik kan dus niet zeggen: ik doe het altijd zus of zo...' Deze respondent zegt dat het heel divers is wat iemand wil, of dat het om een groeps- of individuele therapie gaat. 'Vormgeven aan verwerking speelt inderdaad een grote rol, maar hoe dat wordt ingevuld is per persoon anders.' Een andere opmerking ging over de mate van ervaring van de respondent. Deze respondent gaf aan vooral ervaring te hebben met de doelgroep in een vergevorderd stadium van de aandoening en heeft de vragenlijst op basis van die ervaring ingevuld. Graag kom ik terug op deze opmerkingen in het volgende hoofdstuk: 'de Discussie'.

§6.6 Samenvatting van de resultaten

De zes ingevulde vragenlijsten hebben verschillende resultaten laten zien. Vijf van de zes respondenten is vrouw en alle respondenten hebben Creatieve Therapie muziek gestudeerd aan een hogeschool in Nederland. De leeftijd varieert van 21 tot 43 en de meeste respondenten hebben 0-5 jaar werkervaring. Kenmerken die worden waargenomen bij cliënten op het gebied van agressiviteit, emotionele geremdheid, emotionele instabiliteit, depressie, ontkenning, laag zelfbeeld en weinig tot geen initiatief tot interactie, worden veelal aangegeven als 'Matig opvallend'. Uitschieters hierin zijn het kenmerk agressiviteit, dat wordt vooral als 'niet opvallend' waargenomen en 'depressie en emotionele instabiliteit', dat als 'zeer opvallend' wordt waargenomen.

Binnen de muziektherapeutische behandeling wordt voor het grootste gedeelte op individuele basis gewerkt, waarin werkvormen worden overlegd met de cliënt.

Doelstellingen die belangrijk zijn en een rol spelen binnen de behandeling van de cliënt, zijn met name 'ervaren van rust en ontspanning' en 'gevoel van controle'. De doelstelling 'Meer gericht zijn op de omgeving' wordt het minst aangegeven. Verder wordt binnen de doelstellingen gebruik gemaakt van zowel actieve als receptieve vormen van muziektherapie. Een duidelijk verschil met de overige doelstellingen is dat bij de doelstelling 'ervaren van rust en ontspanning' naar voren komt dat meer respondenten aangeven receptieve werkvormen te gebruiken.

Binnen iedere doelstelling worden voor het grootste gedeelte half-open werkvormen ingezet als toegepaste werkvorm binnen de behandeling. Alleen binnen de doelstelling 'expressie van emotie' en 'gevoel van autonomie' geeft één respondent aan ook gestructureerde werkvormen te gebruiken.

Instrumentarium wordt veelal wisselend ingezet. Men geeft vaak aan dat alle instrumenten worden gebruikt en er geen instrumentensoort is die voornamelijk wordt gebruikt binnen de behandeling. Op twee uitzonderingen na. In de doelstelling 'exploreren en ontdekken van eigen mogelijkheden' worden met name slaginstrumenten gebruikt. In de doelstelling ervaren van rust en ontspanning worden voornamelijk klankinstrumenten gebruikt.

Muzikale technieken worden vanuit de muziektherapeut verschillend ingezet. 'Rhythmic grounding' wordt vooral in doelstellingen 'exploreren van eigen mogelijkheden' en 'expressie van emoties' toegepast. 'Tonal centering' en 'introducing change' wordt over het algemeen minder snel ingezet binnen de behandeling van elke doelstelling. 'Pacing' wordt vooral toegepast in doelstellingen 'ervaren van rust en ontspanning' en 'expressie van emoties'.

Qua ingezette muzikale componenten springt bij de doelstelling 'exploreren en ontwikkelen van eigen mogelijkheden' ritme eruit, bij 'ervaren van rust en ontspanning' is dit klank, bij 'expressie van emoties' melodie en bij 'meer gericht zijn op de omgeving' dynamiek.

Meerdere respondenten geven aan dat er verschillend gewerkt wordt als muziektherapeut. Dit verschil heeft te maken met het verschil van cliënten in mogelijkheden op fysiek, cognitief en emotioneel vlak. Dit betekent dat werkvormen, technieken en interventies binnen de behandeling worden aangepast naar gelang de mogelijkheden op deze gebieden en op de wensen en behoeften van de cliënt.

Hoofdstuk 7 Discussie

Dit hoofdstuk fungeert als bespreking van het verrichte praktijkonderzoek. Ten eerste wordt de vraag gesteld of de resultaten die voortvloeien uit de gegevens van de ingevulde vragenlijsten daadwerkelijk een antwoord geven op de hoofdvraagstelling die voorafgaande aan het praktijkonderzoek is geformuleerd. Ten tweede wordt bekeken of de resultaten op voorgenomen wijze verkregen zijn. Er wordt een kritische blik geworpen op de meerwaarde en de mogelijke tekortkomingen van het onderzoek. Vervolgens worden de resultaten geïnterpreteerd, verklaard en geïntegreerd in een nieuw werkmodel. Tot slot wordt het oude met het nieuwe werkmodel vergeleken en worden aanbevelingen naar vervolgonderzoek geformuleerd.

§ 7.1 Beantwoording van de vraagstelling

Nadat de onderzoeksresultaten geanalyseerd zijn kan de vraag gesteld worden in hoeverre deze een antwoord geven op de hoofdvraagstelling van het onderzoek. De hoofdvraagstelling was:

'Welke mediumaspecten worden binnen de muziektherapie, door muziektherapeuten ingezet bij cliënten met Multiple Sclerose die te maken hebben met verwerkingsproblemen?'

Om deze onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden was het noodzakelijk voorafgaande aan het praktijkonderzoek tot een verdieping te komen van kennis over de ziekte MS en het thema 'verwerking en verwerkingsproblematiek' te komen. In die zin waren zowel de literatuurstudie als het praktijkonderzoek nodig om de hoofdvraagstelling te kunnen beantwoorden.

Tevens zijn de deelvragen, die met betrekking tot de hoofdvraag een ondersteunende rol hebben, beantwoord. De lichamelijke, psychische en sociale aspecten die kenmerkend zijn voor mensen met MS (deelvraag één) zijn via literatuurstudie en het praktijkonderzoek onderzocht. We hebben een overzicht gekregen in welke mate kenmerken wel en welke niet zichtbaar zijn bij de cliënten. Ook het thema 'verwerking en verwerkingsproblematiek (deelvraag twee) is binnen de scriptie behandeld. Enerzijds stond deze problematiek centraal in de vragenlijst, anderzijds kon de theoretische kennis over dit thema via literatuurstudie, zoals in hoofdstuk vier behandeld, verdiept worden. De meerwaarde van muziektherapie tegenover andere therapieën (deelvraag drie) werd in hoofdstuk vijf beantwoord, waarbij naast de relevante literatuur ook de eigen praktijkervaring een rol speelde. Binnen de vragenlijst is aan dit aspect geen aandacht geschonken. De laatste deelvraag, welke doelstellingen binnen de muziektherapie gehanteerd worden, werd in de vragenlijst wel uitvoerig behandeld. Zo kon duidelijk gemaakt worden welke doelstellingen een meer of minder grote rol spelen binnen een muziektherapeutische behandeling.

De hoofdvraag is gedeeltelijk beantwoord. Met gedeeltelijk wordt bedoeld naar het reeds beschreven feit dat niet naar alle mediumaspecten zijn gevraagd binnen de vragenlijst, omdat deze anders te lang zou worden. Een van de mediumaspecten dat wél naar voren kwam in de vragenlijst is de mate van structurering van de gehele sessie. We hebben gezien dat de werkvormen binnen de behandeling voornamelijk samen met de cliënt werden bedacht. De vragen die onder elk van de vijf doelstellingen stonden waren aan elkaar gelijk, zodat vergelijking mogelijk werd. We kregen hierdoor ook zicht op andere mediumaspecten zoals: de mate van structurering van de werkvormen, de vorm van de werkvormen, het instrumentgebruik, de inzet van Bruscia technieken en tot slot over de muzikale componenten, die binnen elke doelstelling werden ingezet.

Kortom, de hoofdvraagstelling is – zij het op basis van het geringe aantal van zes respondenten - grotendeels beantwoord. De oorspronkelijk doelstelling was, dat de resultaten konden worden gegeneraliseerd naar een operationele populatie. Dit zijn alle muziektherapeuten die werken in Nederland met cliënten met MS en verwerkingsproblematiek. Vanwege het geringe aantal respondenten is een dergelijke generalisatie niet mogelijk. Hierop wordt hieronder nog uitgebreid gereflecteerd.

De conclusies, die uit de resultaten voortkomen, moeten gezien worden als richtinggevend en niet als gebod. De resultaten maken duidelijk dat bepaalde mediumaspecten tijdens het werken aan de hoofddoelstelling eventueel gunstiger uitpakken. Echter - zoals in de resultatenweergave wordt benoemd - blijft gelden dat elke cliënt een individu is en als individu behandeld dient te worden. Het moet vermeden worden, dat alleen het ziektebeeld wordt gezien, waarna 'bijbehorende'

mediumaspecten worden ingezet. De behandeling moet steeds aan de toestemming van de cliënt en zijn of haar fysieke, emotionele en cognitieve mogelijkheden worden aangepast.

§7.2 Reflectie op de methode

Terugkijkend op de onderzoeksopzet kan de voorgenomen wijze van onderzoek met de daadwerkelijke methode vergeleken worden. Binnen de onderzoeksopzet zijn een aantal zaken aan bod gekomen die voor het proces van het behalen van de resultatenweergave van belang waren. Hier kan de vraag naar de evaluatie dus beantwoord worden aan de hand van de verschillende facetten die reeds in de onderzoeksopzet zijn beschreven.

De planning

Voorafgaande aan het gehele scriptieproces is een planning gemaakt. Deze planning is niet zoals verwacht verlopen, omdat het opstellen van de vragenlijst meer tijd kostte dan verwacht. Daar komt bij dat veel tijd moest worden geschonken aan de respondentenwerving, om zoveel mogelijk respondenten bij elkaar te krijgen. Hierover meer onder het kopje: 'Onderzoekspopulatie'.

De vragenlijst

Verschillende keuzes en afwegingen stonden centraal tijdens het maken van de vragenlijst. Al snel werd duidelijk dat een kwantitatieve survey het best bij mijn vraagstelling paste. De overweging om zoveel mogelijk vragenlijsten per post te versturen, was achteraf goed gekozen. Hierin werd meer respons behaald dan binnen de digitale versies. In totaal werden zeven schriftelijke vragenlijsten geretourneerd, waarvan er een te laat was. Er werden geen digitale versies geretourneerd.

Onderzoekspopulatie

Binnen dit onderzoek is een verkeerde inschatting gemaakt met betrekking tot de onderzoekspopulatie. De inventarisering van de respondenten is te beperkt gebleven. Hiermee doel ik op het feit dat ik te snel conclusies heb getrokken op basis van informatie van cliënten met Multiple Sclerose, die binnen de gezochte instellingen zouden wonen. Ik ging er te snel vanuit dat de muziektherapeuten die binnen deze instellingen werkten, ook ervaring zouden hebben met deze doelgroep.

Het tegendeel was het geval. 24 van de 55 geënquêteerden zeiden geen ervaring te hebben in het werken met een cliënt met Multiple Sclerose, of te weinig om op een representatieve manier de vragenlijst in te vullen. Overige negatieve reacties vloeiden voort uit het niet (meer) werkzaam zijn als muziektherapeut in het algemeen of het niet voldoen aan het derde inclusie criterium: deze geënquêteerde was wel werkzaam met een cliënt met MS, maar binnen de therapie was geen behandeling meer mogelijk. Deze factoren verklaren de lage respons van zes van de vijftien vragenlijsten binnen het onderzoek. Een bijkomende verklaring is dat de adressenbestanden waarin muziektherapeuten werkende in de revalidatiezorg en/ of verpleeghuiszorg, worden genoemd, sterk verouderd zijn. Enkele schriftelijke vragenlijsten zijn hieronder niet of bij de 'verkeerde' persoon terecht gekomen. Een laatste verklaring wordt door een van de geënquêteerde gegeven: *'Dat de respons klein is had ik wel verwacht, de meeste muziektherapeuten hebben weinig uren en willen geen tijd vrij maken voor dergelijke zaken'* (Anoniem, persoonlijke mededeling, 14 april 2010).

Het was van belang voor dit onderzoek dat er zoveel mogelijk vragenlijsten zouden terugkomen, om generaliseerbaarheid mogelijk te maken. Geprobeerd is om dit na te streven, door een herinneringsbrief te sturen, waarin ook de vraag was opgenomen of men de vragenlijst door zou willen sturen naar derden. Één geënquêteerde heeft de vragenlijst inderdaad doorgestuurd naar de werkgroep VV (muziektherapie & Verpleeghuis en Verzorgingshuis) en naar de werkgroep muziektherapie & Revalidatie. Hierdoor werden nog ongeveer 110 muziektherapeuten bereikt. Helaas mondde dit niet in verdere respons uit.

De analyse van de data

Binnen de scriptieperiode was er de mogelijkheid een cursus SPSS te volgen. SPSS is het programma waarmee statistische gegevens kunnen worden verwerkt. In deze cursus werd basiskennis en kunde over dit verwerkingsprogramma bijgebracht zodat data kon worden ingevoerd en grafieken en tabellen konden worden ontworpen. Met deze nieuw opgedane competentie werden resultaten verkregen die gebruikt zijn voor de beantwoording van de vraagstelling.

§7.3 Een kritische kijk op het verrichte onderzoek

De meerwaarde

Dit praktijkonderzoek biedt een bijdrage aan het bijschaven en de verbreding van kennis over het ziektebeeld en zijn verwerkingsproblematiek. Maar in het bijzonder biedt het een overzicht welke mediumaspecten tegenwoordig daadwerkelijk in de praktijk worden ingezet. Dit overzicht kan als een appèl aan muziektherapeuten of studenten in opleiding fungeren, om eventueel op een andere manier te werken, andere strategieën toe te passen of interventies te plegen. Dit kan bijvoorbeeld het geval zijn wanneer in de praktijk merkbaar wordt dat de gebruikte mediumaspecten niet werken bij de desbetreffende cliënt.

Smeijsters (2006) beschrijft drie zaken die meerwaarde hebben bij systematisch onderzoek. Deze aspecten zijn duidelijk ook op dit onderzoek van toepassing.

Deze drie zaken zijn: 'transparantie', 'ambachtelijkheid' en 'de basis voor verdere ontwikkeling'.

De transparantie - ofwel: de uitwisseling tussen vaktherapeuten onderling - kan met dit onderzoek worden vergroot, doordat inzichtelijk wordt welke mediumaspecten door 'collega's' worden ingezet. Er vindt *uitwisseling* plaats tussen muziektherapeuten over de verschillende ingezette mediumaspecten. Dit kan een bron van kennis en inspiratie zijn. Men heeft bijvoorbeeld voorheen niet aan bepaalde mediumaspecten gedacht, die ook ingezet zouden kunnen worden.

De tweede meerwaarde van de resultaten uit dit onderzoek, is de ambachtelijkheid. De muziektherapeut kan zich ontwikkelen, zodat interventies doelmatiger kunnen worden ingezet. De ambachtelijkheid zit hem in de kennis en ervaringen van muziektherapeuten die wordt overgebracht, zodat eigen kennis over muziektherapie binnen deze doelgroep en deze problematiek wordt verbreed. Het derde voordeel van dit onderzoek is dat beschrijvingen kunnen dienen als basis voor verdere ontwikkeling. De gegevens kunnen dienen als bouwstenen voor producten en modules en kunnen een bron van inspiratie zijn in het dagelijkse werk. Tevens kan vervolgonderzoek worden verricht. Hier wordt aan het eind van de discussie uitgebreider op ingegaan.

Het werken met de vragenlijst heeft op bepaalde vlakken een positieve invloed gehad op de onderzoeksresultaten. Binnen de vragenlijst is gewerkt met gesloten en open antwoordcategorieën, waardoor de respondent de mogelijkheid kreeg om eigen 'extra' opties aan te geven, wat veelvuldig werd gebruikt. De eigen opties dienden tot verdieping of verbreding van de gegeven antwoordopties, wat de onderzoeksresultaten rijker maakt.

Ook de combinatie van de twee vragen die ingaan op de ingezette muzikale component en het instrumentengebruik heeft een duidelijke meerwaarde gehad. Deze hebben duidelijk een overlap met elkaar, ze bevestigen elkaar, waardoor de antwoorden betrouwbaarder zijn.

Dit is duidelijk waarneembaar in de verschillende grafieken in bijlage 4, wanneer de bijbehorende grafieken en tabellen worden vergeleken. Respondenten die kiezen voor instrumentengebruik 'Slaginstrumenten' kiezen bij de meest gebruikte component: 'Ritme'. Bij de keuze Melodie instrumenten, wordt 'Melodie' gekozen, bij de keuze Klankinstrumenten wordt 'klank' gekozen, bij Stem 'klank en dynamiek' en bij 'anders' 'dynamiek', waarin 'anders' met divers wordt aangeduid. Met name de eerste drie uitkomsten hebben een bevestigende werking op elkaar.

De tekortkomingen

De vragenlijst was erop gericht, gegevens te verschaffen over de *voornamelijk* ingezette mediumaspecten. Dit betekent dat de gemiddelde MS cliënt het uitgangspunt is geweest, niet één willekeurige cliënt. Dit kan naar mijns inziens als tekortkoming worden gezien, omdat 'uitzonderingen' met deze vragenlijst worden uitgesloten.

Met de resultaten die zijn voortgekomen uit de vragenlijsten moet voorzichtig worden omgegaan. De resultaten zijn slechts richtinggevend. Baarda & de Goede (2001) beschrijft dat voor de generalisatiemogelijkheden van onderzoeksresultaten belangrijk is, dat over een representatieve onderzoeksgroep kan worden beschikt. Een respondentengroep van zes personen kan hier helaas niet aan voldoen.

Naast de verkeerde inschatting over de grootte van de respondentengroep, werd ook een verkeerde inschatting gemaakt over de kennis van muziektherapeuten over muzikale interventietechnieken. Een van de respondenten gaf aan niet met 'Bruscia' technieken opgeleid te zijn. Het is mogelijk dat wanneer deze vragen op een andere manier geformuleerd geweest zouden zijn (zonder terminologie) het invullen van de vraag toch plaats had kunnen vinden. Op deze manier zou meer differentiatie in resultaten zichtbaar geworden zijn.

Een discussiepunt dat verder nog van belang is, is het thema 'verwerking'. Dit was een centraal thema binnen deze scriptie, waarin vooral de vraag werd gesteld waarom en hoe verlieservaringen verwerkt dienen te worden, zodat de draad van het leven weer op kan worden gepakt. Door deze vraagstelling zou de indruk kunnen zijn ontstaan dat deze verlieservaringen ten alle tijden doorgewerkt moeten zijn. 'Doorwerken' wordt door Erp (2004) beschreven als het veelvuldig bezig moeten zijn met de ziekte door confrontatie en het uiten van gevoelens die daarmee gepaard gaan. Maar is het daadwerkelijk voor elk persoon nodig om verlieservaringen door te werken? 'Nee', beschrijft van Erp (2004) in zijn werk over coping en verwerking bij chronisch zieken.

'Het lijkt een misvatting te denken dat voor iedere persoon geldt dat een betekenisvol verlies moet worden doorgewerkt. Er kan sprake zijn van een onvoldoende doorwerken van verlies bij personen met verlieservaringen die zich melden bij hulpverleners. Andere personen die eveneens het verlies niet of nauwelijks doorwerken, worden eenvoudigweg niet gezien, mogelijk omdat zij strategieën hanteren die weliswaar vermijdend, maar ook effectief blijken te zijn' Erp (2004, p. 75)

Een eventuele indicatie voor muziektherapie, zal voor deze groep cliënten dan ook altijd niet op het vlak 'verwerking' liggen, maar kan ook andere gebieden betreffen. Dit discussiepunt heeft geen invloed op het praktijkonderzoek, omdat vragenlijsten gericht zijn op cliënten met verwerkingsproblematiek, dat wil zeggen: op cliënten die voor zichzelf geen effectieve manier hebben gevonden om met verlieservaringen om te gaan.

De betrouwbaarheid en validiteit van verkregen gegevens uit de laatste vraag: 'Welk van de muzikale componenten speelt voornamelijk een rol binnen deze werkvormen?' is achteraf gezien discutabel, vanwege het feit dat verschillende interpretaties kunnen worden verbonden aan deze vraag. Enerzijds kan de respondent haar interpreteren als 'welke muzikale component zet de cliënt in en speelt met name een belangrijke rol?', anderzijds kan men ook lezen 'welke muzikale component zet de therapeut in en speelt voornamelijk een belangrijke rol?' Daar komt bij dat de insteek van de vraag eigenlijk was om te onderzoeken welke van de muzikale parameters met name tot uitdrukking komt binnen de werkvormen. Vandaar dat in de probleemstelling de muzikale componenten niet uitgelegd zijn geworden onder de term 'muzikale component', maar onder 'parameters'. Dit kon voor de lezer wellicht verwarrend zijn, Daar komt bij dat muzikale componenten en parameters raakvlakken hebben: ritme, melodie, dynamiek en vorm, komen in allebei voor.

§7.4 Verklaring en interpretatie van de resultaten

Hieronder worden uit de resultatenweergave, de meest of minst voorkomende kenmerken en mediumaspecten weergegeven, met bijbehorende verklaringen en interpretaties vanuit eigen denkwijze en literatuur.

Kenmerken

Depressie en emotionele instabiliteit zijn kenmerken die duidelijk naar voren komen uit de resultatenweergave. Depressie wordt binnen de scriptie benoemd als één van de voorkomende verstoorde reacties die tot uiting komt in het moeilijk kunnen verwerken van verlieservaringen. Toch kan de vraag worden gesteld of de depressie daadwerkelijk psychisch gevolg is van de steeds grotere afhankelijkheid van anderen, of dat, zoals Hintzen et al. (1998) aangeven, zij in verband staat met een hersenfunctiestoornis die door de Multiple Sclerose tot stand is gekomen. Deze vraag doet echter niets af aan de observatie van het fenomeen depressie. Gezondheidspsychologe Bol (2010) beschrijft in haar proefschrift dat 27-45% van de mensen met MS aan een depressie lijdt, terwijl ongeveer de helft van de MS cliënten gedurende het ziekteproces minstens één keer te maken hebben met een depressieve periode.

Aldridge, Schmid, Kaeder, Schmidt & Ostermann (2005) zeggen dat veel onderzoek is gedaan naar de correlatie tussen depressie en MS, maar minder over emotionele instabiliteit en hoe verschillende symptomen - zoals onrealistische gedachten en droefheid - een plaats krijgen binnen het ziekteproces. Boeije et al. (1999) doen hierin een suggestie en gaan ervan uit dat emotionele instabiliteit te maken kan hebben met frustraties over de ziekte en de angst voor nieuwe verlieservaringen.

Aanbod muziektherapie

Muziektherapie wordt door de respondenten voornamelijk individueel aangeboden. Individuele therapie heeft als voordeel dat er op een doelgerichte manier aan de specifieke problematiek van de cliënt kan worden gewerkt. De muziektherapeut richt zich in dit geval geheel op één persoon en kan hierdoor sneller aanpassingen doen met betrekking tot werkvormen, interventies en technieken naar gelang de mogelijkheden en wensen van de cliënt. Groepstherapie heeft als voordeel dat de cliënt in interactie kan komen met groepsgenoten, waardoor herkenning, ondersteuning, het gevoel hebben bij een groep te horen, het ontladen van gevoelens en het corrigeren van interactiepatronen kan plaatsvinden. Deze dingen kunnen tijdens het werken aan het verwerkingsproces een positieve bijdrage leveren (Smeijsters, 2003).

Inhoud sessie en werkvormen

De steeds grotere afhankelijkheid van hulp, die een cliënt ervaart, kan zorgen voor veel machteloze gevoelens. *'Afhankelijk worden betekent dat je geleidelijk alles afgeeft wat je zelf kon doen en dat je niet meer voor jezelf kunt zorgen'* (Boeije et al., 1999, p. 54). Dit betekent dat men snel het gevoel kan krijgen geen sturing te kunnen geven in het leven, dat het leven voor de cliënt wordt bepaald. Backhaus (2009) beschrijft dat gevoelens van afhankelijkheid vaak gepaard gaan met verzwakte autonomie; kwetsbaarheid en verstrengeling. Met verstrengeling wordt de gedachte niet te weten wie de cliënt zelf is, bedoeld. Cliënten hebben hierdoor snel de neiging om een passieve rol in te nemen, zich aan te passen en zich te onderwerpen aan structuur. De cliënt kan door overleg te plegen met de therapeut eigen invulling geven aan de sessie of werkvormen. Dit zorgt ervoor dat het gevoel van autonomie wordt gestimuleerd en tevens een succeservaring optreedt. Op die manier heeft de cliënt het gevoel zijn eigen proces mee te bepalen. De therapeut heeft hierin een ondersteunende functie. Deze positieve gevolgen verklaren hiermee de meerderheid van de respondenten die 'half-open' werkvormen gebruikt binnen de behandeling.

Doelstellingen

Doelstellingen die door de respondenten belangrijk worden gevonden zijn met name 'ervaren van rust en ontspanning' en 'gevoel van controle'. MS cliënten lijden veelal aan spanning in spieren en gewrichten. Via muziek kan er beroep worden gedaan op die spanning door bewust los te laten. De afname van onrustige bewegingen kan verklaard worden doordat muziek van invloed is op de hersengolven en daardoor een ontspannend effect heeft (Smeijsters, 2006). Meijer (2004) geeft daarnaast aan dat ontspanning zorgt voor het bewuster kunnen oproepen van beelden en emoties, waardoor deze in de muziek kunnen worden beleefd en doorgewerkt. De doelstelling 'gevoel van autonomie' wordt ook belangrijk gevonden. De reden hiervoor, is reeds beschreven in het kopje 'Inhoud sessie en werkvormen'.

De doelstelling 'meer gericht zijn op de omgeving' wordt het minst aangegeven als belangrijkste doelstelling. Dit is opmerkelijk, omdat het ervaren van een ondersteunende omgeving belangrijk is voor de cliënt met betrekking tot het leren omgaan van de ziekte (de Mönnink, 1999.) Aldridge e.a. (2005) beschrijven dat sociale ondersteuning belangrijk is voor cliënten die te maken hebben met MS, omdat deze ondersteuning bij kan dragen aan een realistisch zelfbeeld. Een realistisch zelfbeeld zorgt ervoor dat het accommodatieproces van de ziekte (aanpassen aan de nieuwe situatie) beter kan plaatsvinden (Monnink, 1999). De lage score in deze doelstelling staat waarschijnlijk in verband met het geven van groepstherapie of individuele therapie (1:6). 'Meer gericht zijn op de omgeving' is een doelstelling die sneller in groepstherapie gehanteerd wordt en vormt hiermee een mogelijke verklaring.

Receptieve of actieve werkvormen

De meerderheid voor de inzet van actieve werkvormen binnen de therapie, heeft waarschijnlijk te maken met de mogelijkheid die deze werkvormen bieden om het muzikaal handelen van de cliënt te veranderen of te beïnvloeden (Smeijsters, 2006). De cliënt doet zelf actief mee en krijgt het gevoel deel uit te maken van het geheel, zodat zowel therapeut als cliënt samen actief werken aan het verwerkingsproces. Actieve werkvormen zijn bijvoorbeeld vrije improvisaties, maar ook de door Smeijsters (2006) beschreven werkvormen als het samen componeren van een stuk door middel van verklanking van sfeer of beleving. Hutschemaekers (2006) beschrijft dat het actief omgaan met de problematiek die in het verwerkingsproces optreedt ervoor zorgt dat eigen sterktes kunnen worden (her)ontdekt, zodat de cliënt zichzelf minder als de passieve drager van de ziekte ervaart, die afhankelijk is en zich over moet geven aan de zorg. Receptieve werkvormen, die met name in de doelstelling 'ervaren van rust en ontspanning' een rol spelen kenmerken zich daardoor, dat de cliënt niet zelf in het medium aan de slag gaat, maar dat geluisterd wordt naar de muziek die de therapeut maakt, of, zoals respondenten aangeven, door middel van een CD. De cliënt luistert binnen de

receptieve vormen naar gedachten, gevoelens, spanningen en stemmingen in het lichaam (Smeijsters, 2006). Deze type werkvormen lenen zich goed voor deze doelstelling. Door te luisteren naar in dit geval spanningen in het lichaam, kan via muziek (on)bewust toegewerkt worden naar ontspanning.

Instrumentengebruik

Elk instrument heeft zijn eigen specifieke uitwerking op de mens. Binnen de therapie zal daarom ook een verscheidenheid aan instrumenten ingezet worden. Dit beeld wordt bevestigd door de reacties van de respondenten. Aangegeven wordt dat er vrijwel geen instrumentensoort is die voornamelijk wordt gebruikt binnen de behandeling. Belangrijke uitgangspunten voor het kiezen van instrumenten zijn de mogelijkheden van de cliënt, de voorkeur en de werking van de klank (Alblas, 2010). Grote instrumenten, zoals pauken, hebben als voordeel dat ze eenvoudiger te hanteren zijn en daardoor snel een succeservaring opleveren, omdat minder snel 'mis' kan worden geslagen. Kleine instrumenten zullen naar eigen inzicht, minder snel de voorkeur hebben, omdat hierin vooral het denken wordt geactiveerd en de cliënt al snel bezig is de juiste snaar of staaf aan te willen raken. Smeijsters (2003) bevestigt dit met de beschrijving dat complexiteit zorgt voor cognitieve activiteit. Dit heeft tot gevolg dat de muziek zelf minder 'beleefd' wordt en dat de therapeut minder snel in contact kan treden met de cliënt.

Het ingezette instrumentengebruik hangt daarnaast ook af van de behoeften van de cliënt; het hangt ervan af, welke instrumenten de cliënt wel of niet prefereert en welke doelstelling wordt nagestreefd. Als naar de werking van de instrumenten wordt gekeken, hebben slaginstrumenten als voordeel dat er snel een fysieke waarneming plaats kan vinden. Alblas (2010) beschrijft hoe slaginstrumenten ons uitnodigen om in beweging te komen en ons lichaam te gebruiken. Maat en ritme worden hierin als sleutelbegrippen genoemd. De kracht die men moet uitoefenen om geluid te krijgen uit een slaginstrument, samen met de trilling die het instrument afgeeft, kan zorgen voor een intense ervaring. Slaginstrumenten worden door de respondenten met namen ingezet binnen de doelstelling 'exploreren en ontdekken van eigenlijk mogelijkheden'. Technieken zijn laagdrempelig en niet veeleisend. De veiligheid van het instrument speelt een belangrijke rol. Deze veiligheid en de positieve bevestiging vanuit de therapeut, is volgens Backhaus (2009) een stimulans voor het uitproberen van (muzikaal) gedrag.

Naast de hierboven genoemde slaginstrumenten, springt ook de inzet van klankinstrumenten, met name in het kader van de doelstelling 'ervaren van rust en ontspanning', eruit. Bruscia (1987) beschrijft dat klank gerefereerd kan worden aan sfeer en emotie. Smeijsters (1991) voegt hieraan toe dat klank gevoel is oftewel dat klank een emotie bij ons losmaakt. Hieruit kunnen we afleiden dat sferen en emoties kunnen worden opgeroepen. De inzet van een rustige sfeer kan binnen deze doelstelling het gewenste effect opleveren. De trillingen van instrumenten als bijvoorbeeld klankstaven of klankschalen brengen een ontspannende werking teweeg, doordat trillingen resoneren in het lichaam en waarneembaar worden.

Bruscia technieken

Muzikale interventietechnieken worden in de verschillende doelstellingen wisselend ingezet. 'Rhythmic grounding' wordt door de respondenten vooral toegepast in de doelstelling 'exploreren van eigen mogelijkheden' en 'expressie van gevoelens en emoties'. Bongaarts (2009) beschrijft dat ritme de tijd structureert. 'Rhythmic grounding' is een interventietechniek die zorgt voor het verschaffen van een ritmische basis, waardoor ordening plaatsvindt. De voorspelbare basis bevordert gevoelens van veiligheid en stabiliteit (Smeijsters, 2006), die nodig zijn om (muzikaal) gedrag te exploreren en uiting te geven aan bepaalde gevoelens en emoties die er op dat moment zijn. De empathietechniek 'Pacing' wordt door Bruscia (1987) beschreven als de techniek die zorgt voor aansluiting op het energieniveau van de cliënt, door op dezelfde intensiteit en snelheid van de cliënt te musiceren. Ook deze techniek wordt door het merendeel van de respondenten ingezet en creëert veiligheid binnen de therapie.

'Matching the client serves to not only convey empathy but also to establish rapport and elicit an interactive response' (Bruscia, 1987, p. 537).

Bruscia (1987) zegt hiermee dat 'Pacing' niet alleen zorgt voor het kenbaar maken van empathie, maar dat ook de 'verstandhouding' ofwel de therapeutische relatie wordt bevestigd. Ten slotte kan deze techniek ook interactie uitlokken. 'Pacing' wordt vooral toegepast in de doelstellingen 'ervaren van rust en ontspanning' en 'expressie van gevoelens en emoties', waarin veiligheid van belang is om ontspanning en expressie van gevoelens en emoties mogelijk te maken. Bruscia (1987) beschrijft dat wanneer eerst aangesloten wordt bij het energieniveau van de cliënt, er dan pas kan worden overgegaan naar hogere of lagere energieniveaus. Binnen de doelstelling 'ervaren van rust en

ontspanning' zal duidelijk zijn dat overgegaan wordt naar een lager energieniveau. Zodat onrust veranderd in rust. Binnen de doelstelling 'expressie van gevoelens en emoties' zal dit verschillend zijn, omdat een mens verschillende gevoelens en emoties kent.

Componenten

'Ritme' speelt voornamelijk een rol binnen de doelstelling 'exploreren en ontwikkelen van eigen mogelijkheden'. Dit wordt bevestigd door het veelvuldig gebruik van ritme-instrumenten binnen deze doelstelling. Een verklaring hiervoor kan dan ook onder het kopje 'instrumentengebruik' worden gelezen. Ditzelfde geldt voor 'klank'. Deze component komt duidelijk het meest voor binnen de doelstelling 'ervaren van rust en ontspanning' en hier worden met name klankinstrumenten ingezet. Binnen de doelstelling 'expressie van gevoelens en emoties' is er iets opvallends. Melodie wordt gekozen als meest voorkomende component. Melodie wordt door Hegi (1986) beschreven als 'een mening', 'een overtuiging', 'een geschiedenis'. *'In de melodie komt tot uitdrukking wat de speler wil zeggen en problemen die hij daarmee heeft'* (Smeijsters, 2006, p. 102). Dit is opmerkelijk, omdat een mening voortkomt uit een denkproces. In een doelstelling als 'expressie van emoties' zou verwacht worden dat een component als 'klank' of 'dynamiek' op de voorgrond zou staan, die verbonden zijn met gevoelens, affecten en emoties. Dynamiek is verbonden met wensen en willen (Smeijsters, 2006). Een verklaring voor dit resultaat werd in de literatuur niet gevonden.

Dynamiek speelt voornamelijk een rol binnen de doelstelling 'meer gericht zijn op de omgeving'. Dynamiek wordt beschreven (Hegi, 1986) als tegenover elkaar staande krachten die te maken hebben met de wensen en willen van de cliënt. Thema's die afgeleid kunnen worden uit de gebruikte dynamiek hebben te maken met contact-terugtrekking, nabijheid-distantie, en vraag-antwoord (Smeijsters, 2006). Het zijn de thema's die vanuit de interactie *met de ander* vorm krijgen in de component dynamiek. Die 'interactie met de ander' staat in verband met de doelstelling 'meer gericht zijn op de omgeving'.

§7.5 Integratie resultaten in nieuw werkmodel

Binnen mijn praktijkervaring als muziektherapeute in opleiding heb ik mogen aanschouwen dat mediumaspecten kunnen bijdragen aan het verminderen van verwerkingsproblematiek. Doelstellingen als 'exploreren en versterken van eigen mogelijkheden en vaardigheden', 'ervaring van rust en ontspanning', 'expressie van gevoelens', 'controle binnen situaties, gevoel van autonomie' en 'meer gericht zijn op de omgeving' zijn belangrijk en ondersteunend aan de hoofddoelstelling.

Het werken vanuit mijn intuïtie stond binnen mijn stage centraal en was voor mij belangrijk ter ontwikkeling van mijn werkmodel. Echter, wanneer de literatuur erbij wordt genomen wordt al snel duidelijk dat over de combinatie muziektherapie bij cliënten met MS, die te maken hebben met verwerkingsproblematiek, weinig bevestigende of onderbouwende uitspraken te vinden zijn die mijn manier van werken ondersteunen. Er is überhaupt weinig literatuur over deze thematieken te vinden. Met dit onderzoek heb ik mijn eigen werkmodel kunnen bijschaven en worden enkele zaken bevestigd, die vanuit mijn intuïtie ingezet werden. Hieronder volgt een beschrijving van mijn nieuwe werkmodel voor deze doelgroep en problematiek, waaraan effectenstudies en verklaringen zijn toegevoegd.

Doelgroep en kernproblematiek

Cliënten die lijden aan MS kunnen te maken krijgen met verwerkingsproblematiek. Verstoorte reacties van verwerken kunnen ontstaan, zoals agressiviteit, depressiviteit en ontkenning. Boeije et al. (2000) beschrijft dat veelal schuldgevoelens hiervan de oorzaak zijn. Dit kunnen schuldgevoelens zijn naar zichzelf toe over de ziekte, in de zin van: 'Waarom moet dit mij overkomen?' Of onrealistische gedachten, als: 'Als ik beter voor mezelf gezorgd had, dan was dit niet gebeurd!'

MS is een chronische ziekte. Dat betekent dat er geen lichamelijke genezing kan optreden. Wel kan iets gedaan worden met betrekking tot de copingstrategieën, de manieren van omgaan met de ziekte. Met andere woorden, er kan gewerkt worden aan verwerking, zodat de draad van het leven weer kan worden opgepakt.

De onvoorspelbaarheid van de ziekte brengt veel onzekerheid met zich mee, waarin gevoelens van machteloosheid, boosheid en angst op kunnen spelen. Gedragskenmerken die door Hintzen e.a. (1998) worden beschreven en binnen dit praktijkonderzoek worden bevestigd zijn de kenmerken 'emotionele geremdheid', 'emotionele instabiliteit', 'depressie', 'laag zelfbeeld' en 'weinig tot geen initiatief'. Deze kenmerken worden in matige of sterke mate waargenomen.

Kenmerkend voor de meeste cliënten met verwerkingsproblematiek zijn gevoelens van verdriet en

kwaadheid die tot uiting komen in muzikaal spel (Wigram, Saperston & West, 1995, p. 316). Echter, omdat problemen met de verwerking per cliënt verschillende vormen kent (de Mönnink, 1999), kan muzikaal gedrag moeilijk over één kam worden geschoren. In globale zin kan dit wel. Uiting van verwerkingsproblematiek wordt namelijk zichtbaar wanneer een cliënt heel sterk op bepaalde liederen of non-verbale improvisaties reageert. Het zijn momenten waarin een sterke negatieve associatie met een of meerdere verlieservaringen wordt gemaakt Wigram et al. (1995).

Hulpvraag

De cliënt kan 'de situatie' waarin hij zich bevindt verwerken.

Indicaties

- Cliënt met Multiple Sclerose, waarbij de somatische aandoening op de voorgrond ligt
- Cliënt heeft te maken met verwerkingsproblematiek

Contra-indicaties

- Cliënt met MS, waarbij een psychiatrisch ziektebeeld op de voorgrond ligt

Werkwijze, methodiek & structuur

Hulpverlening is een proces dat samen wordt doorgemaakt (Egan, 2004). Van belang is dan ook dat samen aan de hulpvraag of (hoofd)doelstelling wordt gewerkt. Van belang is tevens dat niet alleen naar het probleem moet worden gekeken met de bijbehorende kenmerken, maar naar de persoon als individu. Groepskenmerken kunnen tot begrip leiden, maar kunnen ook het therapieproces in de weg staan (Egan, 2004). De algehele behandeling moet telkens worden aangepast aan de instemming en fysieke, emotionele en cognitieve mogelijkheden van de cliënt, zodat het proces optimaal kan worden beïnvloedt.

Diverse werkwijzen kunnen binnen het therapieproces worden gehanteerd. De supportieve werkwijze is één van de drie werkwijzen die van toepassing kan zijn op deze problematiek. Het betreft de werkwijze die ondersteuning biedt in het leren omgaan met problemen (Smeijsters, 2003). Het exploreren en ontwikkelen van eigen sterktes en mogelijkheden en het bereiken van een emotioneel evenwicht (het ervaren van rust en ontspanning) zijn doelstellingen die in deze werkwijze passen. Zowel receptieve als actieve werkvormen worden ingezet. Actieve werkvormen worden minder gestructureerd ingezet, zodat meer invulling vanuit de cliënt mogelijk is. Er kan een beroep gedaan worden op 'zelfactualisatie' (Smeijsters, 2003). De cliënt ervaart zijn eigen sterktes, waardoor een beroep wordt gedaan op het verhogen van het zelfbeeld. Een positief zelfbeeld draagt bij aan een actievere houding op zowel muzikaal als verbaal vlak (Wigram et al., 1995). Een actieve houding beïnvloedt de omgang met verlieservaringen op een positieve manier, waardoor het verwerkingsproces eerder wordt voltooid (de Mönnink, 1999).

Een tweede passende werkwijze binnen dit probleemgebied is de palliatieve werkwijze waarin gestreefd wordt naar het verzachten van en het ondersteunen en valideren van het probleemgebied, in dit geval verwerkingsproblematiek (Smeijsters, 2003). Binnen deze werkwijze worden receptieve en actieve werkvormen minder gestructureerd ingezet. Receptieve werkvormen kunnen voor deze doelgroep en problematiek belangrijk zijn om 'iets' wat nog lang intact blijft (in dit geval het gehoor) te benadrukken (Wigram et al., 1995). Actieve werkvormen kunnen in die zin te confronterend zijn, doordat cliënten eventueel voelen wat ze vroeger wel konden en nu niet meer. Met andere woorden: de therapeut dient oog te hebben voor de mogelijkheden van de cliënt en benadrukt deze, zodat verlieservaringen op de achtergrond komen te staan en minder voelbaar zijn.

Een derde werkwijze is de re-educatieve werkwijze, die zich richt op het beïnvloeden en doorwerken van problemen. 'Wijzigen van het zelfbeeld' en 'uiten en reguleren van emoties' zijn doelstellingen die hier passen. Het eigen gedrag en beleven in het hier en nu en de directe oorzaken hiervan staan binnen deze werkwijze centraal (Smeijsters, 2003). Zowel receptieve als actieve werkvormen kunnen ingezet worden. Echter, actieve werkvormen bieden de voorkeur omdat de cliënt actief meedoet, zodat zijn gedrag, gedachten en gevoelens worden gedeeld met de therapeut en eventueel met de groepsleden in het medium. Hierdoor kan doorwerking plaatsvinden. Achteraf kan eventueel een verbale reflectie zelfbewustzijn en integratie vergroten. Een cliënt met MS kan echter te maken krijgen met spraakproblemen, waardoor verbale reflectie minder makkelijk kan plaatsvinden. De gedragsverandering vindt in dit geval maximaal in het medium plaats (Smeijsters, 2003).

De Rogeriaanse methodiek past volgens Smeijsters (2003) goed binnen deze drie werkwijzen. Empathie en echtheid dragen volgens Egan (2002) bij aan een versterking van de therapeutische relatie. Op deze manier kunnen vertrouwen en veiligheid ertoe leiden, dat de cliënt zich 'kwetsbaar'

durft op te stellen. Die kwetsbaarheid of openheid vanuit de cliënt is van belang om goed te kunnen werken aan persoonlijke thema's als verlies (de Mönnink, 1999).

Het instrumentengebruik wordt telkens aangepast aan de wensen en mogelijkheden van de cliënt. Grote, grove slaginstrumenten hebben de voorkeur, zodat een succeservaring snel tot stand kan komen en het lichaam met deze instrumenten wordt aangesproken. Ook klankinstrumenten zullen veel worden ingezet. Dit instrumentarium kan, door de trillingen van het instrument die door de resonantie in het lichaam worden waargenomen, zorgen voor de ervaring van rust en ontspanning. Half-open werkvormen worden ingezet, zodat enerzijds zowel structuur wordt geboden als anderzijds de cliënt zelf ervaart ook sturing te mogen en kunnen geven. Tot slot worden muzikale interventietechnieken (Bruscia, 1987) verschillend ingezet binnen de behandeling om sturing te geven aan het muzikaal gedrag van de cliënt. Technieken als 'pacing', 'rhythmic grounding', 'tonal centering', 'introducing change' en 'holding' worden wisselend toegepast wanneer de situatie binnen de improvisatie zich daarvoor leent. Dit hangt sterk af van de doelstelling die binnen de ingezette werkvorm wordt nagestreefd.

Effectenstudies en verklaringen

Aldridge, Schmid, Kaeder, Schmidt & Ostermann (2005) beschrijven dat cliënten met MS vaak op zoek gaan naar andere therapieën naast het medicijngebruik. Een reden hiervoor is: de teleurstelling in de effecten van de medicatie. Medicijngebruik kan MS niet genezen. Daar komt bij dat medicatie soms niet of nauwelijks aanslaat (Hintzen e.a., 1998). Een andere reden is het willen zoeken naar een manier om psychosociale behoeften te bevredigen. Veel cliënten zijn volgens Aldridge e.a. (2005) op zoek naar goede, actieve manier van omgaan met de ziekte, de zogenaamde copingstrategieën.

Naar de behandeling van verwerkingsproblematiek is op dit moment nauwelijks gecontroleerd onderzoek uitgevoerd (Vandereycken, Hoogduin & Emmelkamp, 2006). Op dit moment wordt met name een kortdurende behandeling geadviseerd, waarin de cliënt leert om in acht sessies disfunctionele gedachten op te sporen, te onderzoeken en waar mogelijk bij te stellen met behulp van cognitieve interventies uit de cognitieve gedragstherapie. Het aanleren van vaardigheden of het vinden van oplossingen staan binnen deze behandelingen centraal. Vandereycken et al. (2006) voegen hieraan toe dat voor het uitdiepen van inhoudelijke thema's en het uiten van onvrede, angsten of andere nare gevoelens veel minder ruimte bestaat. Hier stuiten we op de kracht van muziektherapie, waarin juist iets met dit laatste kan worden gedaan. Ostermann & Schmid (2006) beschrijven in hun literatuurstudie over muziektherapie binnen de behandeling van cliënten met Multiple Sclerose dat muziektherapie domeinen als zelfacceptatie, angstigheid en depressie sterk kan verminderen.

Een ander, niet-vergelijkend vragenlijstonderzoek (Smeijsters, 2006), vult dit aan. Cliënten geven aan dat muziektherapie leidt tot ontspanning en rust, activering, beleving en de mogelijkheid biedt om gevoelens en emoties uit te drukken en in contact te staan met een ander.

Muziektherapie is een ervaringsgerichte therapie, ze spreekt het gevoel aan. Het werken binnen het medium gebeurt in het hier-en-nu, zodat *op het moment* nieuwe ervaringen kunnen worden opgedaan. Binnen de muziektherapie is het mogelijk om expressie te tonen in het medium en contact te maken met jezelf en de ander. Verbale reflectie is niet noodzakelijk, daar komt bij dat taal bedreigend kan worden ervaren en het werkelijke gevoel kan vervormen (Smeijsters, 2003, 2006, 2008). Smeijsters (2006) verklaart dat niet het verbale, maar de muzikale interactie in de muziektherapie op de voorgrond staat. Het zijn de parameters die naar voren komen in de muzikale interactie, wat non-verbale en emotionele lading verklankt. Dit biedt de cliënt de mogelijkheid om non-verbale, emotionele kenmerken te verkennen en hiermee contact te maken (Smeijsters, 2006, p. 31).

In een effectstudie (Magee, 1999) wordt de werking van muzikale improvisaties binnen de muziektherapie bij cliënten met een chronisch neurologische aandoening behandeld. Het reflecteren van het spel van de cliënt, door aan te sluiten op het energieniveau van de cliënt (pacing) en door een veilige basis te bieden door middel van een vast ritme (rhythmic grounding), voelt de cliënt zich veilig en gehoord. Cliënten die deelgenoot waren in dit onderzoek, werden aangemoedigd tot het exploreren van muzikaal gedrag en non-verbale interactie. Dit alles binnen een veilige sfeer. Muziektherapie biedt volgens het onderzoek van Magee (1999) de mogelijkheid om ervaringen op te doen het op gebied van gevoel van onafhankelijkheid en ontdekking van eigen mogelijkheden. Beiden voelen als een positieve ervaring, als een succeservaring en zijn belangrijk om te komen tot een verandering van een negatief naar een meer positief zelfbeeld, zodat de kwaliteit van leven wordt vergroot (Jochims, 2005). Het onderzoek van Aldridge e.a. (2005) bevestigt dit en gaat hierop verder. Zij beschrijven dat

negatieve gedachten over de ziekte tijdens de muziektherapie op de achtergrond kunnen worden gehouden, wanneer mogelijkheden en sterktes door de cliënt worden ontdekt en door de therapeut worden bevestigd. Hierdoor ontstaat ruimte voor expressie van gevoel van veiligheid, vrijheid en geluk. Deze gevoelens zijn belangrijk voor het zelfvertrouwen en het positief herstructureren van het zelfbeeld. Het aanpassen aan nieuwe situaties, het verwerken van verlieservaringen wordt hierdoor een stuk eenvoudiger (de Mönnink, 1999).

Randvoorwaarden

Therapie is pas mogelijk wanneer aan bepaalde voorwaarden wordt voldaan, de zogenaamde randvoorwaarden (Smeijsters, 2006). Binnen deze doelgroep en deze problematiek spelen de volgende randvoorwaarden een rol: de cliënt heeft enige affiniteit met muziek en is voldoende gemotiveerd om deel te nemen aan muziektherapie; verschillend instrumentarium kan worden ingezet en tot slot is het belangrijk om beschikking te hebben over een vaste muziekrimte, wat zorgt voor structuur.

§7.6 Vergelijking oud en nieuw werkmodel

Hieronder volgt de vergelijking van het oude en nieuwe werkmodel. Deze vergelijking wordt weergegeven in de vorm van een tabel.

Werkmodel 'oud'	Werkmodel 'nieuw'
Denkmodel 1. Succeservaringen zorgen voor een bevestiging van identiteit en stimuleren het zelfvertrouwen 2. Cliënten hebben structuur nodig binnen de muziektherapie, houvast, wegens de onzekerheid die zich in hun dagelijks leven voordoet 3. Echtheid & empathie, twee belangrijke pilaren 4. Het belang van nonverbaal contact, de kracht van muziektherapie 5. Belangrijk om door mezelf, <i>snel</i> een positief resultaat te verkrijgen. 6. Probleemgericht werken	Denkmodel 1. } 2. } Idem, zoals het oude werkmodel 3. } 4. } 5. Doelen worden samen met de cliënt nagestreefd. 6. Persoonsgericht werken, belang om de cliënt zelf te blijven zien en niet slechts zijn aandoening.
Doemodel 1. Werken vanuit intuïtie	Doemodel 1. Meer gerichte inzet, door onderbouwing van ervaringskennis van muziektherapeuten werkzaam met deze doelgroep en deze problematiek en literatuur. 2. Eigen observaties en de mediumspecifieke inzet, voortkomend vanuit het intuïtief werken, worden ondersteund en verbreed.
Mediuminzet 1a. Instrumentengebruik passend bij de wensen en behoefte van de cliënt. 1b. Met name gebruik maken van receptieve werkvormen, zodat de cliënt zo min mogelijk confrontatie met de ziekte krijgt. 2. Vaste structuur van werkvormen als muziektherapeute aanbieden, met als doel houvast te bieden.	Mediuminzet 1. Instrumentengebruik, passend bij de behoefte maar vooral ook bij de fysieke mogelijkheden van de cliënt. Actieve werkvormen kunnen worden toegepast, mits hierin ook aan de bovenstaande voorwaarden wordt voldaan. 2. Halfopen structuur van werkvormen gebruiken, zodat de cliënt zowel houvast, als het gevoel eigen keuzes te kunnen en mogen maken ervaart.

Tabel 1² Oud en nieuw werkmodel

Door de literatuurstudie en dit praktijkonderzoek heb ik mijn werkmodel kunnen bijstellen en verbreden. Zowel mijn visie, als mijn handelen zijn veranderd en meer geprofessionaliseerd. Mijn handelen, dat voorheen voornamelijk intuïtief was, kan nu met deze onderzoeksresultaten onderbouwd worden. Dit maakt mijn handelen meer 'consensus based'. Andere behandelaars en management binnen een instelling kunnen beter overtuigd worden met 'feiten' dan met intuïtie, verantwoording aan derden is hiermee meer onderbouwd, meer overtuigender en transparanter.

§7.7 Aanbevelingen

Omdat dit onderzoek wegens het beperkte tijdsbestek kleinschalig van aard is, zou het interessant en belangrijk zijn om een dergelijk onderzoek grootschaliger op te zetten. Door middel van een groter aantal respondenten als onderzoekspopulatie zouden generalisaties mogelijk worden en wordt de betrouwbaarheid van de resultaten in dit onderzoek getoetst. Door hetzelfde meetinstrument te gebruiken, kan achteraf vergeleken worden hoe groot de correlatie is (in hoeverre de resultaten vergelijkbaar zijn). Daar komt bij dat eventuele waardevolle aanvullingen gemaakt kunnen worden. Daarnaast kan het interessant zijn en een meerwaarde hebben om de onderzoeksgroep te verbreden tot West-Europa, zodat ook de mediums specifieke inzet tussen de verschillende landen kunnen worden vergeleken. Op deze manier worden overeenkomsten en verschillen geanalyseerd en daaraan gekoppelde conclusies geformuleerd. De inventarisatie hierover zorgt voor een verbreding van kennis over en voor de beroepspraktijk: het zorgt voor de ontwikkeling van vaktherapeutische beroepen.

Dit onderzoek betreft een inventariserend onderzoek. Een inventariserend onderzoek kan als vertrekpunt fungeren voor een verklaringsonderzoek. Een verklaringsonderzoek dat op zoek gaat naar de beweegredenen van muziektherapeuten voor de inzet van bepaalde mediumaspecten. Ervaringen en meningen worden hierin meegenomen. Een verklaringsonderzoek is van belang om tot verbreding van kennis te komen. Voor muziektherapeuten kan het belangrijk zijn, om op deze manier eventueel tot een heroverweging te komen van zijn of haar mediums specifieke inzet, zodat uiteindelijk therapeutische doelen eerder kunnen worden behaald, wat de cliënt ten goede komt.

Samenvatting

Multiple Sclerose is een chronische aandoening in het centrale zenuwstelsel. Het lichamenlijk functioneren gaat steeds verder achteruit, met als gevolg dat ook op psychosociaal gebied spanningen zullen optreden. Onzekerheid, basaliteit, alomvattendheid en afhankelijkheid zijn de kernbegrippen die het ziekteverloop van een ziekte als MS omschrijven. Er is aanpassing nodig van de situatie waarin men verkeert. Die aanpassing kan voor de één sneller plaatsvinden dan voor ander. Deze scriptie gaat met name om de laatste groep. De groep cliënten die te maken hebben met problemen binnen de verwerking.

Binnen mijn stage in het derde jaar van de opleiding Creatieve Therapie muziek werd ik geconfronteerd met dit ziektebeeld en deze problematiek. Een indicatie voor muziektherapie die veelvuldig werd gegeven was: 'meneer/ mevrouw heeft problemen verlieservaringen te verwerken'. Door middel van het inzetten van diverse mediumaspecten ontwikkelde ik na een periode een werkmodel. Dit werkmodel kwam met name vanuit mijn intuïtie tot stand. Graag wilde ik mijn werkmodel toetsen door middel van literatuur en praktijkonderzoek, zodat ik in de toekomst keuzes beter kan verantwoorden aan derden. Ik stelde me de kritische vraag of het geen toeval was dat mijn manier van werken positief uitpakte bij die cliënt en wilde deze beantwoorden door middel van een praktijkonderzoek. Het praktijkonderzoek wat is verricht, is een inventariserend onderzoek, middels een kwantitatieve survey. De onderzoeksvraag luidt:

'Welke mediumaspecten worden binnen de muziektherapie, door muziektherapeuten ingezet bij cliënten met Multiple Sclerose die te maken hebben met verwerkingsproblemen?'

De muziektherapeutische ingezette mediumaspecten: soort en vorm van werkvormen, de mate van structuur, het instrumentengebruik en de interventietechnieken worden uitgebreid besproken. Hierin wordt duidelijk dat er diversiteit bestaat tussen de ingezette mediumaspecten, waardoor de conclusie steeds verder naar voren komt, dat het inzetten van mediumaspecten afhankelijk is van de 'benodigdheden' en mogelijkheden van de cliënt op fysiek, emotioneel en cognitief gebied.

Geraadpleegde literatuur

- Aldridge, D. (1996). *Music Therapy Research and Practice in Medicine: From out of the Silence*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Ansdell, G. (1995). *Music for Life: Aspects of Creative Music Therapy with Adult Clients*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Baarda, D.B. & Goede, M.P.M. de (2001). *Basisboek Methoden en Technieken*. Groningen: Wolters-Noordhoff.
- Baarda, B. (2009). *Dit is onderzoek: Handleiding voor kwantitatief en kwalitatief onderzoek*. Groningen: Wolters-Noordhoff.
- Beemen, L. van (2006). *Ontwikkelingspsychologie*. Groningen: Wolters-Noordhoff.
- Bergsma, J. (2002). *Lichamelijke verstoring en autonomie: Een medisch psychologische bijdrage*. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg.
- Boeije, H.R., Bromberger, N., Duijnste, M.S.H., Grypdonck, M.H.F., & Pool, A. (1999). *In relatie tot MS*. Utrecht: NIZW uitgeverij.
- Bruggen-Rufi, M. (2009). *Indicatiestelling Muziektherapie voor Korsakov, in het bijzonder ter vermindering van probleemgedrag*. Apeldoorn: Atlant Zorggroep.
- Bruscia, K. (1987). *Improvisational models of music therapy*. Springfield, IL: Charles C Thomas.
- Bruscia, K.E. (1998). *Defining music therapy*. Gilsum: Barcelona Publishers.
- Buuren, H., Hummel, H., Berkhout, J. & Sloomaker, A. (2003). *Onderzoek de basis*. Groningen: Wolters-Noordhoff.
- Chiu, E. (1997). Omgaan met emotionele- en gedragsaspecten. In Chiu, E. (Ed.), *Verzorging van mensen met de ziekte van Huntington*. (p. 2 – 12). Den Haag: Vereniging van Huntington.
- Egan, G. (2002). *Deskundig hulpverleners: Een model, methoden en vaardigheden*. Assen: Koninklijke Van Gorcum.
- Erp, J. & Donders, P. (Red.) (2004). *Leven met verandering*. Den Haag: Nederlandse Hartstichting.
- Hattum, M. van & Hutschemaekers, G. (2000). *Producttyperingen van vaktherapeuten voor het programma stemmingsstoornissen*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Hegi, F. (1986). *Improvisation und Musiktherapie*. Paderborn: Jungfermann-Verlag.
- Hintzen, R.Q., Lucas, C.J., Noort, J.M. van, Moll, J.W.B., Meché, F.G.A. van der., Ploeg, H.M. van der et al. (1998). *Multiple Sclerose*. Leiden: Groen.
- Hutschemaekers, B., Tiemens, B. & Smit, A. (2006). *Weg van professionalisering – paradoxale beweging in de geestelijke gezondheidszorg*. Wolfheze: Grip - De Gelderse Roos.
- Jochims, S. (2005). *Musiktherapie in der Neurorehabilitation*. Bad Honnef: Hippocampus Verlag.
- Kruiskamp, C. (2008). *Van Dale: groot woordenboek der Nederlandse taal*. 's-Gravenhage: Martinus Nijhoff.
- Kübler-Ross, E. (1982). *Leven met stervenden*. Amsterdam: Ambo.
- Magee, W. (1999). Singing my life, playing my self. Music Therapy in the treatment of chronic neurological illness'. In Wigram, T. & De Backer, J. (Eds.), *Clinical Applications of Music Therapy in Developmental Disability, Paediatrics and Neurology*. (p. 201 – 223). London: Jessica Kingsley Publishers.
- Meijer, C. (2004). *Handboek psychosomatiek*. Baarn: HB.
- Mighelbrink, F. (2009). *Praktijkgericht onderzoek in zorg en welzijn*. Amsterdam: Uitgeverij SWP.
- Minderhoud J.M. & Zwanikken C.P. (1994) Increasing prevalence and incidence of multiple sclerosis: an epidemiological study. In Firnhaber, W., & Lauer K. (Eds.) *Multiple sclerosis in Europe: an epidemiological update*. (p. 113 – 121). Leuchtturm: Darmstadt.
- Minderhoud, J.M. (1999). *Multiple Sclerose*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Molen, H. T. van der, Perreijn, S. & Hout, M.A. van den (1997). *Klinische psychologie, theorieën en psychopathologie*. Groningen: Wolters – Noordhoff
- Mönnink, H. de (1999). *Verlieskunde*. Maarssen: Elsevier.
- Palm, J. (2005). *Omgaan met hersenletsel: Hulp bij een veranderend leven*. Assen: Koninklijke Van Gorcum.
- Polman, C.H. (1997). *Multiple Sclerose*. Utrecht: Wetenschappelijke uitgeverij Bunge.
- Rigter, J. (1996). *Het palet van de psychologie: Stromingen en hun toepassingen in de hulpverlening*. Bussum: Coutinho.
- Sanders, E.A.C.M. & Hupperts, R.M.M. (2007). *Ontmantelde zenuwen*. Wormer: Inmerc bv.
- Smeijsters, H. (1991). *Muziektherapie als psychotherapie*. Assen: Van Gorcum & Comp.
- Smeijsters, H. (2003). *Handboek creatieve therapie*. Bussum: Uitgeverij Coutinho.
- Smeijsters, H. (2006). *Handboek muziektherapie*. Houten: Bohn stafleu en Loghum.

- Smeijsters, H. (2008). *Kunsten van het leven: Voorbeelden uit de creatieve therapie*. Diemen: Veen Magazines.
- Stroebe, M.S., Stroebe, W., Hansson, R.O. & Schut (eds.) (2001). *Handbook of bereavement research: Consequences, coping, and care*. Washington DC: American Psychological Association.
- Uijen, J. (2001). *Hoe gedragsveranderingen bij de ziekte van Huntington te begrijpen zijn*. 's Gravenhage: Vereniging van Huntington.
- Wigram, T., Saperston, B. & West, R. (ed.) (1995). *The art & science of music therapy: A handbook*. Chur: Harwood Academic Publishers.
- Worden, J.W. (1992). *Verdriet en Rouw*. Amsterdam: Swets & Zeitlinger.
- Vandereycken, W., Hoogduin, C.A.L. & Emmelkamp, P.M.G. (2006). *Handboek psychopathologie-Deel2*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Zwanikken, C. P. (1997). *Multiple sclerose : Epidemiologie en kwaliteit van leven*. Groningen: Universiteit Groningen.

Scripties & naslagwerk

- Backhaus, L. (2009). *Ik ben er. Bachelorthese Creatieve Therapie beeldend*. Heerlen: Hogeschool Zuyd.
- Bongaarts, J. (2009). *Angstige noten. Bachelorthese Creatieve therapie muziek*. Heerlen: Hogeschool Zuyd.
- Peeters, S.J. (2008). *Afscheid van mezelf, muziektherapie bij verwerkingsproblematiek van mensen met de ziekte van Huntington*. Bachelorthese Creatieve Therapie muziek. Heerlen: Hogeschool Zuyd.
- Smeijsters, H. (2007) *Vernieuwen van werkmodellen en uitvoeren van praktijkonderzoek*. Bacheloropleiding Creatieve Therapie. Heerlen: Hogeschool Zuyd.

Tijdschrift/ artikelen

- Aldridge, D., Schmid, W., Kaeder, M., Schmidt, C. & Ostermann, T. (2005). Functionality or aesthetics? *Elsevier*, **13**, 25-33.
- Berman, A. (1998b) Perspectief voor creatieve therapie. Trends en ontwikkelingen in de gezondheidszorg. *Tijdschrift voor creatieve Therapie*, **17** (2), 20-23.
- Heinen, G. & Kirschning, S. (2007). Eigene Stärken entdecken, vorhandene Ressourcen nutzen – Das Konzept des Empowerment – ein Beispiel aus der Epilepsitherapie. *Einfälle*, **101**, 9-11.
- Ostermann, T. & Schmid, W. Music therapy in the treatment of multiple sclerosis: a comprehensive literature review. *Expert Reviews*, **4**, 469-477.
- Rosati, G. (2001). The prevalence of multiple sclerosis in the world: an update. *Springer-Verlag* **10**, 1-07100.
- Tesar N., Bandion K. & Baumhackl, U. (2005). Efficacy of a neuropsychological training programme for patients with multiple sclerosis – A randomized controlled trial. *Wiener Kinische Wochenschrift*, **117**, 21-22; 747-754.

Digitale informatiebronnen

- Gezondheid. <http://www.gezondheid.nl/nieuwsartikel.php?nieuwsartikelID=5871> 2010. Datum opzoeken 3 maart 2010. Psychologische benadering MS - moeheid.
- Klinker. <http://www.deklinker.net/contact.html> 2010. Datum opzoeken 27 mei 2010. Muziekinstrumenten.
- Kwadraad, GGZ. http://www.kwadraad.info/files/zzp_en_knelpunten.pdf 2008. Datum opzoeken 4 mei 2010. Zorgzwaartepaketten: knelpunten en aanbevelingen vanuit cliënten- en familieperspectief.
- MSweb. http://www.msweb.nl/index.php?content=content&description1=IK%20ampersand%20MS&description2=Mijn%20gedicht&menu_id=28&symbol= 2010. Datum opzoeken 28 april 2010. Leven met MS.
- Muzikale opvoeding. <http://users.telenet.be/rudy.hoekman/orff.htm>. 2009. Datum opzoeken 24 maart 2010. De Orff instrumenten.
- Nationaal Multiple Sclerose Centrum. <http://www.ms-centrum.be/nl/zorgaspecten/watisMS.html> 2010. Datum opzoeken 9 april 2010. Zorgaspecten.
- Tioms. <http://www.tioms.nl/mijngezicht.php> 2010. Datum opzoeken 26 april 2010. Wij de echte gezichten van MS.

Bijlagen 1 MS in verloop

Schematische voorstelling van de meest voorkomende verlopen van de ziekte MS

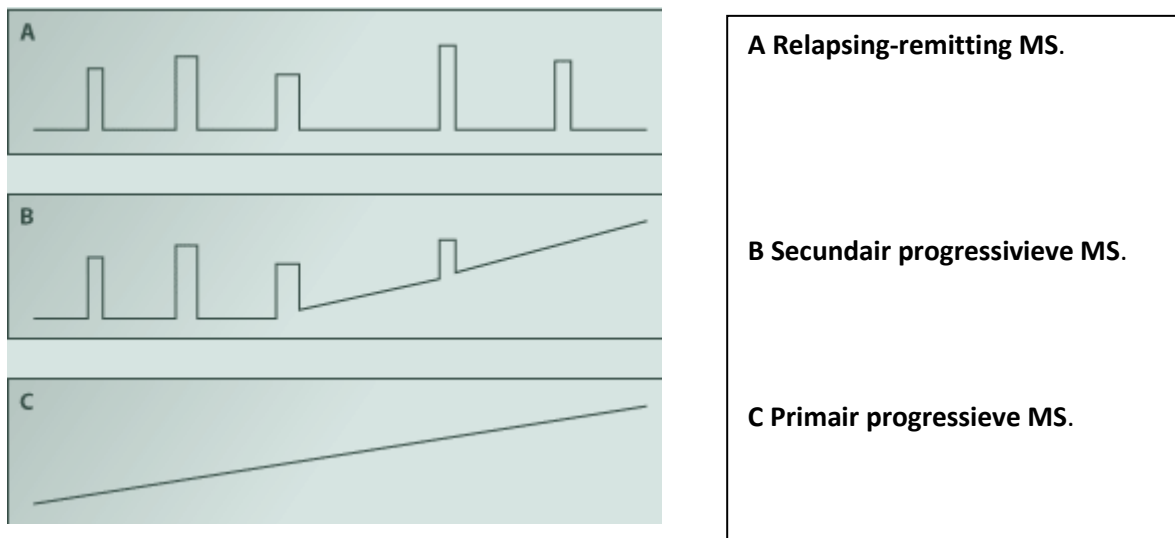


Fig. 1 (Zorgaspecten, 2010)

Bijlage 2 Brief & enquête

ECM Jung
De Kommert 59
6419 GB Heerlen
0619604jung@hszuyd.nl



Betreft: Praktijkonderzoek muziektherapie

Heerlen, donderdag 1 april 2010

Geachte heer/ mevrouw,

Ter afsluiting van de studie Creatieve Therapie muziek aan de Hogeschool Zuyd te Heerlen, is het doen van een praktijkonderzoek het belangrijkste onderdeel. Een praktijkonderzoek dat zorgt voor een bijdrage aan de ontwikkeling van Vaktherapieën. Mijn onderzoek betreft een inventariserend onderzoek naar mediumaspecten die worden ingezet door muziektherapeuten bij cliënten met Multiple Sclerose die verwerkingsproblemen hebben.

Wanneer een persoon gediagnosticeerd is met MS, zorgt dit vanaf het moment dat de ziekte ontstaat voor steeds grotere veranderingen in het dagelijkse leven. Het lichamelijk functioneren gaat achteruit, waardoor ook het sociale en het psychische leven onder spanning kan komen te staan.

Muziektherapie biedt cliënten onder andere de kans om eigen mogelijkheden en vaardigheden te (her)ontdekken, om rust en ontspanning te ervaren en om emoties expressie te geven. Verder biedt muziektherapie de mogelijkheid om ervaringen op te doen op het gebied van gevoel van autonomie en interactie. Al deze zaken kunnen ondersteunend werken aan het verwerkingsproces van verlieservaringen die in het leven van een cliënt met MS een rol spelen.

Wat me dit jaar bezig hield, was de vraag welke mediumaspecten, zoals materialen, de mate van structuur binnen werkvormen en technieken, worden ingezet door muziektherapeuten binnen het werken met cliënten met MS, waarbij het verminderen van problemen met de verwerking centraal staat.

Om mijn onderzoek te laten slagen en te komen tot verhoging van kwaliteit, is uw bijdrage van groot belang. U kunt mij gegevens verschaffen uit de praktijk. Binnen dit onderzoek is de vragenlijst zo opgesteld, dat met de antwoorden de praktijk in kaart kan worden gebracht. De vragenlijst zal ongeveer 10 minuten van uw tijd in beslag nemen. De gegevens worden strikt vertrouwelijk behandeld. Wanneer u de resultaten van dit onderzoek in de vorm van een scriptie in digitale vorm wenst te ontvangen, kunt u uw email adres noteren aan het einde van de vragenlijst.

Heel graag ontvang ik de ingevulde enquête binnen twee weken, vóór vrijdag 16 april 2010 terug in de aangeleverde geadresseerde en gefrankeerde enveloppe. Voor eventuele vragen kunt u contact met mij opnemen per post of per email.

Bij voorbaat hartelijk dank voor uw medewerking aan dit onderzoek!

Met vriendelijke groet,
Emma Jung



'Ik ben geen MS, ik heb MS'

Een inventariserend onderzoek naar mediumaspecten die worden ingezet binnen de muziektherapie om bij te dragen aan het verminderen van problemen binnen de verwerking bij cliënten met Multiple Sclerose

Enquête

Identificatienummer:

Door: E.C.M. Jung

Creatieve therapie muziek

Hogeschool Zuyd Heerlen

Faculteit Gezondheid en Zorg

Begeleidster: M.C.M. Poismans

Toelichting enquête

Inclusie criteria

- Heeft gewerkt als muziektherapeut(e) of is nog steeds werkzaam als muziektherapeut(e) met een of meerdere cliënten met MS, die te maken heeft/ hebben met problemen binnen de verwerking.
 - Bij de cliënt met MS staat de somatische aandoening (de MS) op de voorgrond, NIET een eventuele psychische aandoening.
 - Behandeling is nog mogelijk.
-
- De vragen zijn gericht op de **behandeling** en niet op de diagnostiek en/ of observatie.

Enquête

A. Persoonsgegevens

Geboortejaar: _____
 Geslacht: M / V
 Beroepsopleiding(en): _____

Hoeveel jaar werkervaring heeft u binnen het werken met cliënten met MS die te maken hebben met problemen binnen de verwerking?

☐ 0-5 jr. ☐ 6-10 jr. ☐ 11-15 jr. ☐ Meer dan 15 jr. ☐ Anders nl.: _____

B. Doelgroep

Hoe vaak worden door u, de onderstaande kenmerken waargenomen bij uw cliënt(en)?

Kruis bij elk kenmerk een van de gegeven opties aan.

	Niet opvallend	Matig opvallend	Zeer opvallend
Agressiviteit	☐	☐	☐
Emotionele Geremdheid	☐	☐	☐
Emotionele instabiliteit	☐	☐	☐
Depressie	☐	☐	☐
Ontkenning	☐	☐	☐
Laag zelfbeeld	☐	☐	☐
Weinig tot geen initiatief tot interactie	☐	☐	☐
Andere kenmerken:			
_____	☐	☐	☐
_____	☐	☐	☐
_____	☐	☐	☐

C. Behandeling

Hoe wordt muziektherapie voornamelijk aangeboden? A.u.b. **één** antwoord aankruisen.

☐ Individueel ☐ Groep ☐ Anders _____

Hoe ziet de inhoud van een sessie er over het algemeen uit? A.u.b. **één** antwoord aankruisen.

- ☐ Werkvormen worden door de muziektherapeut aangeboden.
☐ De cliënt/ groep bepaalt zelf wat hij wil doen.
☐ Werkvormen worden bedacht in overleg met cliënt/ groep.

D. De inzet van mediamaspecten binnen de behandeling

Dit onderdeel wordt onderverdeeld in subdoelstellingen. Deze subdoelstellingen zijn ondersteunend bij de hoofddoelstelling: Het verminderen van problemen binnen de verwerking. Onder elke subdoelstelling worden dezelfde vragen gesteld.

Subdoelstelling 1 Exploreren en versterken van eigen mogelijkheden en vaardigheden

1.1 Speelt -exploreren en versterken van eigen mogelijkheden en vaardigheden- een belangrijke rol binnen de behandeling?

- ☐ Ja ☐ Nee → ga verder naar vraag 2

1.2 Welke vorm hebben de werkvormen meestal? A.u.b. één antwoord aankruisen.

- ☐ Receptief
☐ Actief
☐ Anders namelijk: _____

1.3 Welk soort werkvorm vindt u meestal geschikt? A.u.b. één antwoord aankruisen.

- ☐ Open: werkvorm is gericht op experimenteren en ontdekken.
☐ Half open: De werkvorm is voorgegeven maar laat ruimte voor eigen invulling (bv. vrije instrumentkeuze).
☐ Gestructureerd: Het verloop van de werkvorm ligt vast, is voorgestructureerd door de therapeut.

1.4 Welke instrumenten worden er voornamelijk gebruikt? A.u.b. één antwoord aankruisen.

- ☐ Slaginstrumenten
☐ Melodie instrumenten
☐ Klank instrumenten
☐ Stem
☐ Anders namelijk: _____

1.5 Welke Bruscia technieken worden binnen deze werkvormen voornamelijk verwerkt? Meer antwoorden mogelijk.

- ☐ Rhythmic Grounding
☐ Tonal Centering
☐ Introducing Change
☐ Pacing
☐ Anders namelijk: _____

1.6 Welk van de onderstaande muzikale componenten speelt voornamelijk een rol binnen deze werkvormen? A.u.b. één antwoord aankruisen.

- ☐ Melodie
☐ Ritme
☐ Dynamiek
☐ Klank
☐ Vorm

Subdoelstelling 2 Ervaring van rust en ontspanning

2.1 Speelt -het ervaren van rust en ontspanning- een belangrijke rol binnen de behandeling?

- ☐ Ja ☐ Nee → ga verder naar vraag 3

2.2 Welke vorm hebben de werkvormen meestal? A.u.b. één antwoord aankruisen.

- ☐ Receptief
☐ Actief
☐ Anders namelijk: _____

2.3 Welk soort werkvorm vindt u meestal geschikt? A.u.b. één antwoord aankruisen.

- ☐ Open: werkvorm is gericht op experimenteren en ontdekken.
☐ Half open: De werkvorm is voorgegeven maar laat ruimte voor eigen invulling (bv. vrije instrumentkeuze).
☐ Gestructureerd: Het verloop van de werkvorm ligt vast, is voorgestructureerd door de therapeut. 2.4

Welke instrumenten worden er voornamelijk gebruikt? A.u.b. **één** antwoord aankruisen.

- ☐ Slaginstrumenten
- ☐ Melodie instrumenten
- ☐ Klank instrumenten
- ☐ Stem
- ☐ Anders namelijk: _____

2.5 Welke Bruscia technieken worden binnen deze werkvormen voornamelijk verwerkt? Meer antwoorden mogelijk.

- ☐ Rhythmic Grounding
- ☐ Tonal Centering
- ☐ Introducing Change
- ☐ Pacing
- ☐ Anders namelijk: _____

2.6 Welk van de onderstaande muzikale componenten speelt voornamelijk een rol binnen deze werkvormen? A.u.b. **één** antwoord aankruisen.

- ☐ Melodie
- ☐ Ritme
- ☐ Dynamiek
- ☐ Klank
- ☐ Vorm

Subdoelstelling 3 Expressie van emoties

3.1 Speelt -expressie van gevoelens zoals machteloosheid, verdriet, afhankelijkheid en angst- een belangrijke rol binnen de behandeling?

- ☐ Ja
- ☐ Nee → ga verder naar vraag 4

3.2 Welke vorm hebben de werkvormen meestal? A.u.b. **één** antwoord aankruisen.

- ☐ Receptief
- ☐ Actief

☐ Anders namelijk: _____

3.3 Welk soort werkvorm vindt u meestal geschikt? A.u.b. **één** antwoord aankruisen.

- ☐ Open: werkvorm is gericht op experimenteren en ontdekken.
- ☐ Half open: De werkvorm is voorgegeven maar laat ruimte voor eigen invulling (bv. vrije instrumentkeuze).
- ☐ Gestructureerd: Het verloop van de werkvorm ligt vast, is voorgestructureerd door de therapeut

3.4 Welke instrumenten worden er voornamelijk gebruikt? A.u.b. **één** antwoord aankruisen.

- ☐ Slaginstrumenten
- ☐ Melodie instrumenten
- ☐ Klank instrumenten
- ☐ Stem
- ☐ Anders namelijk: _____

3.5 Welke Bruscia technieken worden binnen deze werkvormen voornamelijk verwerkt? Meer antwoorden mogelijk.

- ☐ Rhythmic Grounding
- ☐ Tonal Centering
- ☐ Introducing Change
- ☐ Pacing
- ☐ Anders namelijk: _____

3.6 Welk van de onderstaande muzikale componenten speelt voornamelijk een rol binnen deze werkvormen? A.u.b. **één** antwoord aankruisen.

- ☐ Melodie
- ☐ Ritme
- ☐ Dynamiek
- ☐ Klank
- ☐ Vorm

Subdoelstelling 4 Gevoel van controle binnen situaties, gevoel van autonomie

4.1 Speelt de subdoelstelling: gevoel van controle binnen situaties, gevoel van autonomie, een belangrijke rol binnen de behandeling?

- ☐ Ja
- ☐ Nee → ga verder naar vraag 5

4.2 Welke vorm hebben de werkvormen meestal? A.u.b. **één** antwoord aankruisen.

- ☐ Receptief
- ☐ Actief
- ☐ Anders namelijk: _____

4.3 Welk soort werkvorm vindt u meestal geschikt? A.u.b. **één** antwoord aankruisen.

- ☐ Open: werkvorm is gericht op experimenteren en ontdekken.
- ☐ Half open: De werkvorm is voorgegeven maar laat ruimte voor eigen invulling (bv. vrije instrumentkeuze).
- ☐ Gestructureerd: Het verloop van de werkvorm ligt vast, is voorgestructureerd door de therapeut.

4.4 Welke instrumenten worden er voornamelijk gebruikt? A.u.b. **één** antwoord aankruisen.

- ☐ Slaginstrumenten
- ☐ Melodie instrumenten
- ☐ Klank instrumenten
- ☐ Stem
- ☐ Anders namelijk: _____

4.5 Welke Bruscia technieken worden binnen deze werkvormen voornamelijk verwerkt? Meer antwoorden mogelijk.

- ☐ Rhythmic Grounding
- ☐ Tonal Centering
- ☐ Introducing Change
- ☐ Pacing
- ☐ Anders namelijk: _____

4.6 Welk van de onderstaande muzikale componenten speelt voornamelijk een rol binnen deze werkvormen? A.u.b. **één** antwoord aankruisen.

- ☐ Melodie
- ☐ Ritme
- ☐ Dynamiek
- ☐ Klank
- ☐ Vorm

Subdoelstelling 5 Meer gericht zijn op de omgeving, delen van ervaringen

5.1. Speelt de subdoelstelling: Meer gericht zijn op de omgeving, het delen van ervaringen, een belangrijke rol binnen de behandeling?

- ☐ Ja
- ☐ Nee → ga verder naar 'opmerkingen'

5.2 Welke vorm hebben de werkvormen meestal? A.u.b. **één** antwoord aankruisen.

- ☐ Receptief
- ☐ Actief
- ☐ Anders namelijk: _____

5.3 Welk soort opdracht vindt u meestal geschikt? A.u.b. **één** antwoord aankruisen.

- ☐ Open: werkvorm is gericht op experimenteren en ontdekken.
- ☐ Half open: De werkvorm is voorgegeven maar laat ruimte voor eigen invulling (bv. vrije instrumentkeuze).
- ☐ Gestructureerd: Het verloop van de werkvorm ligt vast, is voorgestructureerd door de therapeut.

5.4 Welke instrumenten worden er voornamelijk gebruikt? A.u.b. **één** antwoord aankruisen.

- ☐ Slaginstrumenten
- ☐ Melodie instrumenten
- ☐ Klank instrumenten
- ☐ Stem
- ☐ Anders namelijk: _____

5.5 Welke Bruscia technieken worden binnen deze werkvorm voornamelijk verwerkt? Meer antwoorden mogelijk.

- ☐ Rhythmic Grounding
- ☐ Tonal Centering
- ☐ Introducing Change
- ☐ Pacing
- ☐ Anders namelijk: _____

5.6 Welk van de onderstaande muzikale componenten speelt voornamelijk een rol binnen deze werkvorm? A.u.b. **één** antwoord aankruisen.

- ☐ Melodie
- ☐ Ritme
- ☐ Dynamiek
- ☐ Klank
- ☐ Vorm

Op en/of aanmerkingen:

Heel hartelijk dank voor uw medewerking!

Wanneer u interesse heeft in de uitgeschreven scriptie, kunt u uw email adres hieronder noteren.

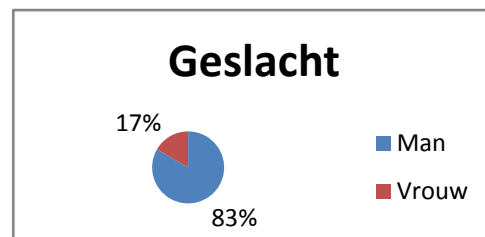
Bijlage 3 Logboek SPSS

Logboek	SPSS
Geboortejaar	Geen categorische vraag
Geslacht	M = 1,00 V = 2,00
Beroepsopleiding(en):	Open vraag
Hoeveel jaar werkervaring?	0-5 jr. = 1,00 6-10 jr = 2,00 11-15 jr. = 3,00 >15 jr.= 4,00
In welke mate worden de volgende kenmerken waargenomen bij uw cliënten?	Niet opvallend = 1 ,00; Matig opvallend = 2,00 Zeer opvallend = 3,00
- Agressiviteit	
- Emotionele Geremdheid	
- Emotionele instabiliteit	
- Depressie	
- Ontkenning	
- Laag zelfbeeld	
- Weinig tot geen initiatief tot interactie	
Aanbod muziektherapie	In = 1,00; Groep = 2,00; Anders = 3,00
Inhoud sessie	Door MT. = 1,00; Door Cl. = 2,00; Cl.+MT. = 3,00 Ja = 1,00; Nee = 2,00
Doelstelling 1,2,3,4,5	Receptief = 1,00; Actief = 2,00; Anders 3,00
Vorm werkvorm	Open = 1,00; Halfopen = 2,00; Gestructureerd = 3,00
Soort werkvorm	
Instrumenten	Slaginstrumenten = 1,00; Melodie instrumenten = 2,00; Klank instrumenten = 3,00; Stem = 4,00; Anders: 5,00 Ja = 1,00; Nee = 2,00
Bruscia technieken	
☐ Rhythmic Grounding	
☐ Tonal Centering	
☐ Introducing Change	
☐ Pacing	
☐ Anders namelijk	
Muzikale componenten	Melodie = 1,00; Ritme = 2,00; Dynamiek = 3,00; Klank = 4,00; Vorm = 5,00
<i>Missing File bij iedere variabele</i>	<i>N.v.t. = 777; Weet niet = 888; Vergeten = 999</i>

Bijlage 4 Berekeningen en grafieken SPSS & Excel

Tabel 1. Bent u man of vrouw?

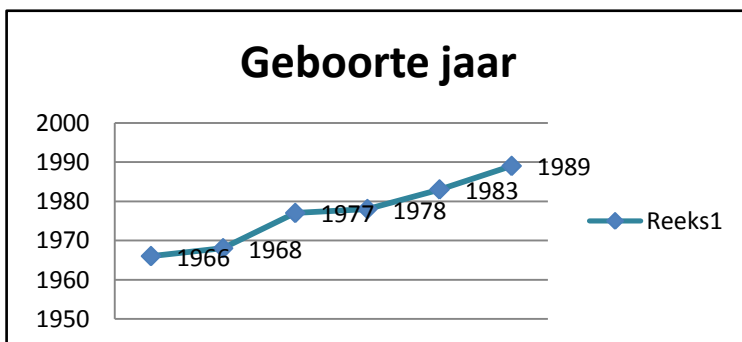
N	Valid	6
	Missing	0
	Mode	2



Figuur 1 (gegevens uit tabel 1 & 2)

Tabel 2. Bent u man of vrouw?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	man	1	16,7	16,7	16,7
	vrouw	5	83,3	83,3	100,0
	Totaal	6	100,0	100,0	



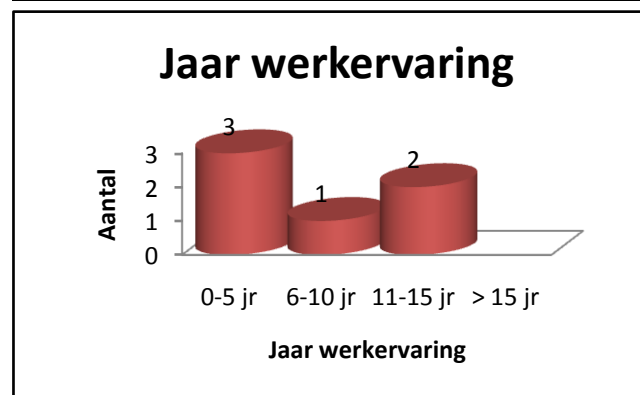
Figuur 2

Tabel 3. Hoeveel Jaar werkervaring?

N	Valid	6,0000
	Missing	,0000
	Mean	1,8333
	Median	1,5000
	Mode	1,0000

Tabel 4. Hoeveel Jaar werkervaring?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0-5 jr	3	50,0	50,0	50,0
	6-10 jr	1	16,7	16,7	66,7
	11-15 jr	2	33,3	33,3	100,0
	Total	6	100,0	100,0	



Figuur 3 (gegevens uit tabel 3 & 4)

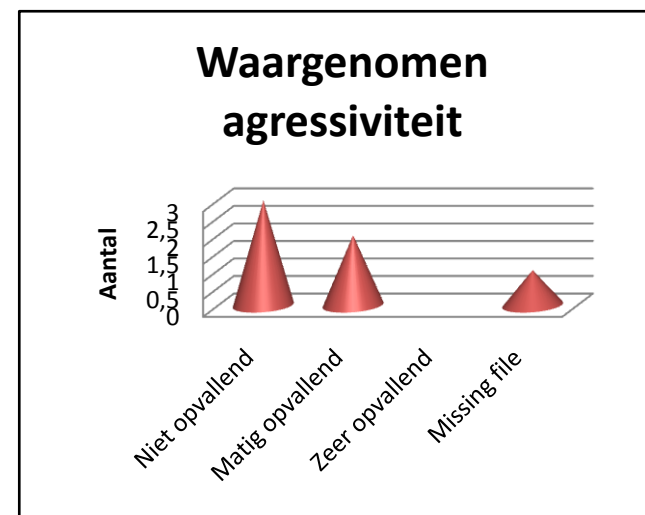
Tabel 5. Statistics

		Hoe vaak wordt door u agressiviteit waargenomen bij uw cliënten?	Hoe vaak wordt door u emotionele geremdheid waargenomen bij uw cliënten?	Hoe vaak wordt door u emotionele instabiliteit waargenomen bij uw cliënten?	Hoe vaak wordt door u depressie waargenomen bij uw cliënten?	Hoe vaak wordt door u ontkenning waargenomen bij uw cliënten?	Hoe vaak wordt door u laag zelfbeeld waargenomen bij uw cliënten?	Hoe vaak wordt door u weinig tot geen initiatief tot interactie waargenomen bij uw cliënten?
N	Valid	5	6	6	6	5	6	5
	Missing	1	0	0	0	1	0	1
	Median	1,0000	2,0000	3,0000	2,5000	2,0000	2,0000	2,0000
	Mode	1,00	2,00	3,00	2,00 ^a	1,00 ^a	2,00	2,00

a. Multiple modes exist. The smallest value is shown

Tabel 6. Hoe vaak wordt door u agressiviteit waargenomen bij uw cliënten?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Niet opvallend	3	50,0	60,0	60,0
	Matig opvallend	2	33,3	40,0	100,0
	Total	5	83,3	100,0	
Missing	999,00	1	16,7		
Total		6	100,0		



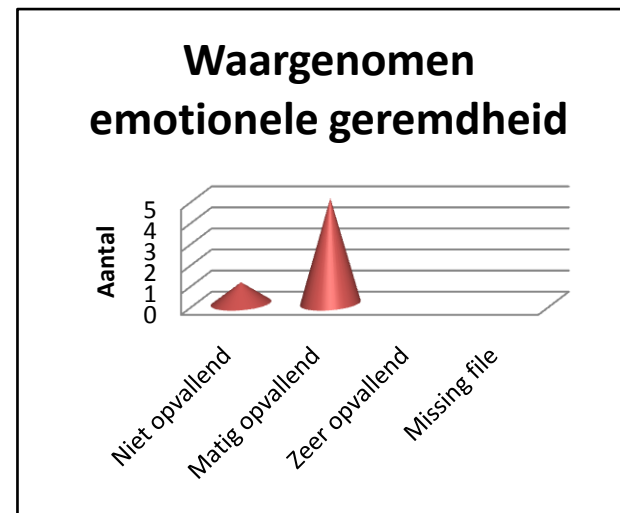
Figuur 4 (gegevens tabel 5 & 6)

Tabel 7 Hoe vaak wordt door u emotionele geremdheid waargenomen bij uw cliënten?

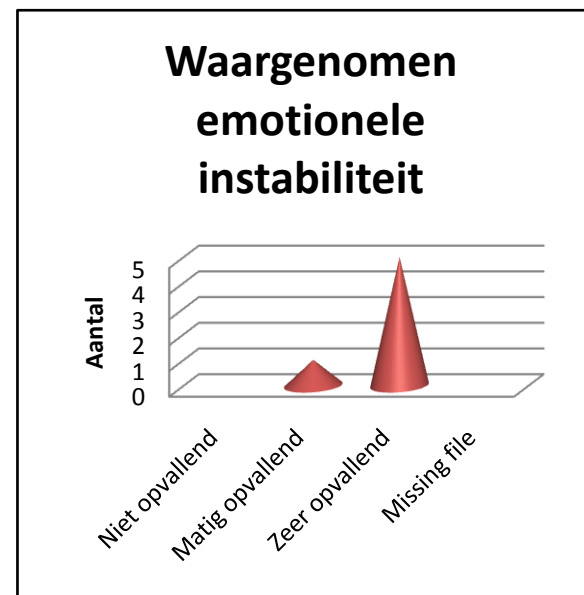
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Niet opvallend	1	16,7	16,7	16,7
	Matig opvallend	5	83,3	83,3	100,0
	Total	6	100,0	100,0	

Tabel 8. Hoe vaak wordt door u emotionele instabiliteit waargenomen bij uw cliënten?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Matig opvallend	1	16,7	16,7	16,7
	zeer opvallend	5	83,3	83,3	100,0
	Total	6	100,0	100,0	



Figuur 5 (gegevens tabel 5 & 7)



Figuur 6 (gegevens tabel 5 & 8)

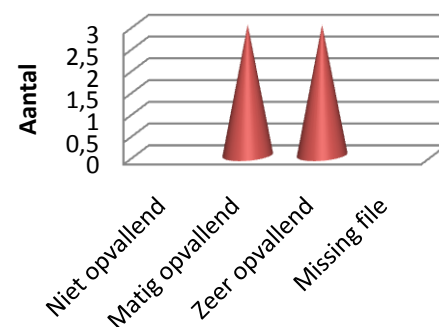
Tabel 9. Hoe vaak wordt door u depressie waargenomen bij uw cliënten?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Matig opvallend	3	50,0	50,0	50,0
	zeer opvallend	3	50,0	50,0	100,0
	Total	6	100,0	100,0	

Tabel 10. Hoe vaak wordt door u ontkenning waargenomen bij uw cliënten?

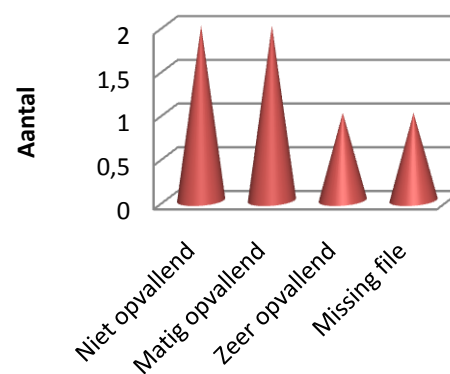
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Niet opvallend	2	33,3	40,0	40,0
	Matig opvallend	2	33,3	40,0	80,0
	zeer opvallend	1	16,7	20,0	100,0
	Total	5	83,3	100,0	
Missing	999,00	1	16,7		
Total		6	100,0		

Waargenomen Depressie



Figuur 7 (gegevens tabel 5 & 9)

Waargenomen ontkenning



Figuur 8 (gegevens tabel 5 & 10)

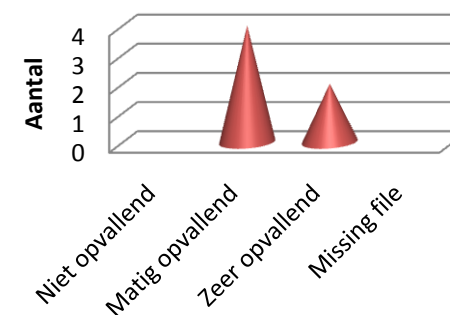
Tabel 11. Hoe vaak wordt door u laag zelfbeeld waargenomen bij uw cliënten?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Matig opvallend	4	66,7	66,7	66,7
	zeer opvallend	2	33,3	33,3	100,0
	Total	6	100,0	100,0	

Tabel 12. Hoe vaak wordt door u weinig tot geen initiatief tot interactie waargenomen bij uw cliënten?

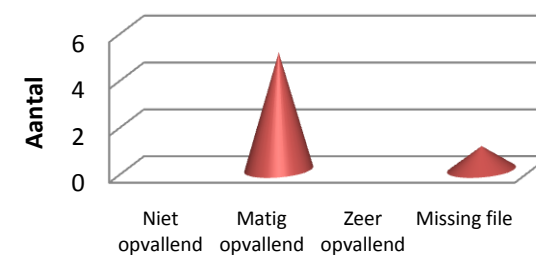
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Matig opvallend	5	83,3	100,0	100,0
	999,00	1	16,7		
Missing					
Total		6	100,0		

Waargenomen laag zelfbeeld



Figuur 9 (gegevens tabel 5 & 11)

Waargenomen 'weinig tot geen initiatief tot interactie'



Figuur 10 (gegevens tabel 5 & 12)

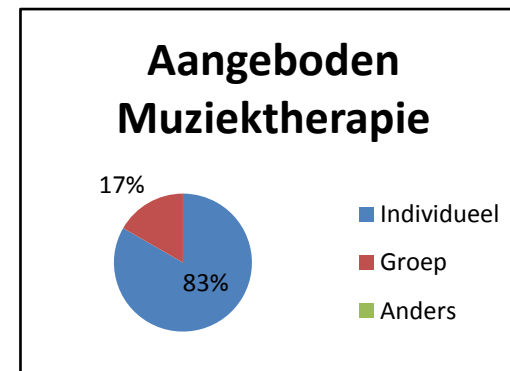
Tabel 13. Statistics

Hoe wordt muziektherapie voornamelijk aangeboden?

N	Valid	6
	Missing	0
	Mode	1

Tabel 14. Hoe wordt muziektherapie voornamelijk aangeboden?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	individueel	5	83,3	83,3	83,3
	Groep	1	16,7	16,7	100,0
	Total	6	100,0	100,0	



Figuur 11 (gegevens tabel 13 & 14)

Tabel 15 Statistics

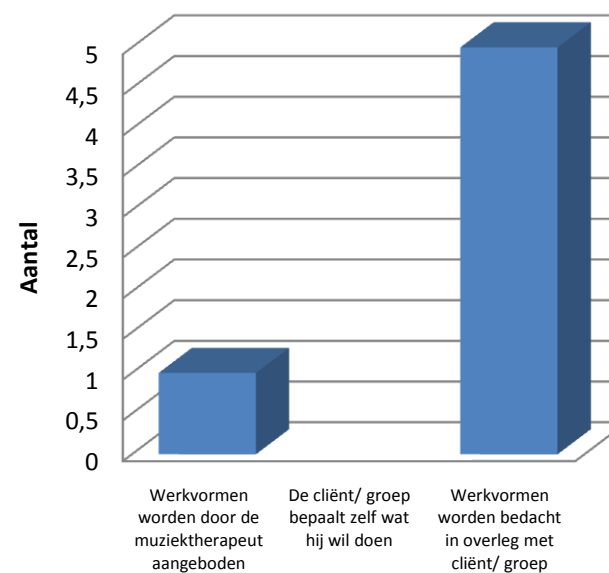
Hoe ziet de inhoud van een
sessie er over het algemeen uit?

N	Valid	6
	Missing	0
	Mode	3

Tabel 16. Hoe ziet de inhoud van een sessie er over het algemeen uit?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Werkvormen worden door de muziektherapeut aangeboden	1	16,7	16,7	16,7
Werkvormen worden bedacht in overleg met cliënt/ groep	5	83,3	83,3	100,0
Total	6	100,0	100,0	

Hoe ziet de inhoud van een sessie er over het algemeen uit?



Figuur 12 (gegevens tabel 15 & 16)

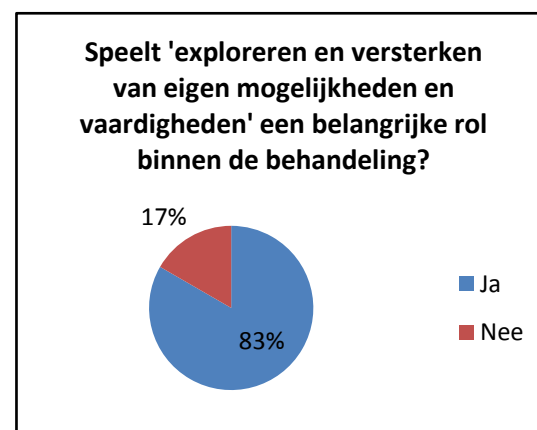
Tabel 17. Statistics

	Speelt -exploreren en versterken van eigen mogelijkheden en vaardigheden- een belangrijke rol binnen de behandeling?	Welke vorm hebben de werkvormen meestal binnen d1?	Welke soort werkvorm vindt u meestal geschikt binnen d1?	Welke instrumenten worden er voornamelijk gebruikt binnen d1?	Wordt Rithmic Grounding toegepast binnen d1?	Wordt Tonal Centering toegepast binnen d1?	Wordt Introducing Change toegepast binnen d1?	Wordt Pacing toegepast binnen d1?	Welk van de onderstaande muzikale componenten speelt voornamelijk een rol binnen deze werkvormen in d1?
N	Valid	6	5	5	5	4	4	4	4
	Missing	0	1	1	1	2	2	2	2
	Mode	1,00	2,00	2,00	1,00	1,00 ^a	1,00 ^a	1,00 ^a	2,00

a. Multiple modes exist. The smallest value is shown

Tabel 18. Speelt -exploreren en versterken van eigen mogelijkheden en vaardigheden- een belangrijke rol binnen de behandeling?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ja	5	83,3	83,3	83,3
	Nee	1	16,7	16,7	100,0
	Total	6	100,0	100,0	



Figuur 13 (gegevens tabel 17 & 18)

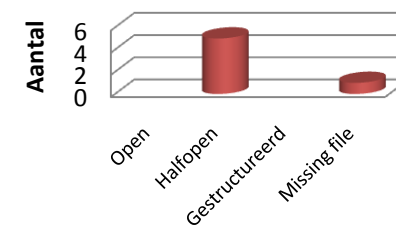
Tabel 19. Welke vorm hebben de werkvormen meestal?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Actief	3	50,0	60,0	60,0
	Anders	2	33,3	40,0	100,0
	Total	5	83,3	100,0	
Missing	777,00	1	16,7		
Total		6	100,0		

Tabel 20. Welke soort werkvorm vindt u meestal geschikt binnen d1?

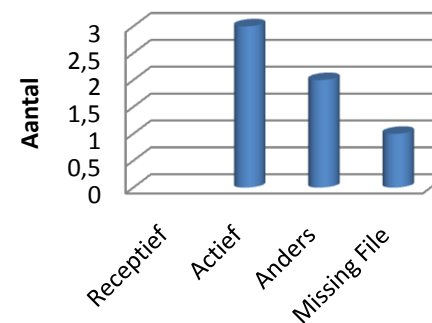
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Halfopen	5	83,3	100,0	100,0
Missing	777,00	1	16,7		
Total		6	100,0		

Soort werkvorm d1



Figuur 14 (gegevens tabel 17 & 19)

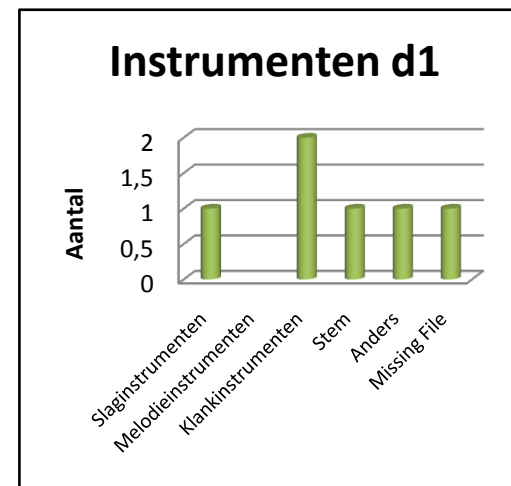
Vorm werkvorm d1



Figuur 15 (gegevens tabel 17 & 20)

Tabel 21. Welke instrumenten worden er voornamelijk gebruikt binnen d1?

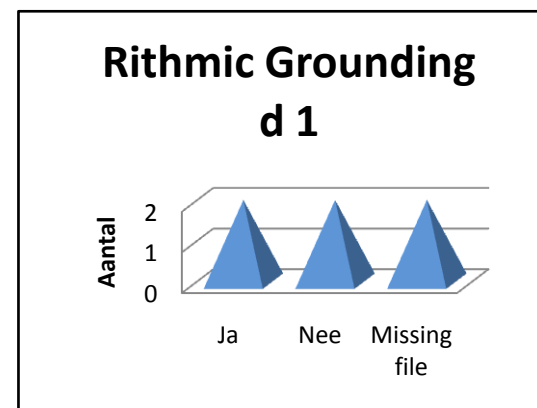
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Slaginstrumenten	2	33,3	40,0	40,0
	Klank instrumenten	1	16,7	20,0	60,0
	Stem	1	16,7	20,0	80,0
	Anders	1	16,7	20,0	100,0
	Total	5	83,3	100,0	
Missing	777,00	1	16,7		
Total		6	100,0		



Figuur 16 (gegevens tabel 17 & 21)

Tabel 22. Wordt Rithmic Grounding toegepast binnen d1?

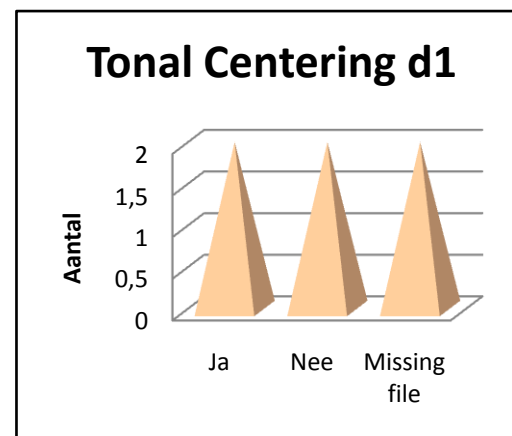
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ja	2	33,3	50,0	50,0
	nee	2	33,3	50,0	100,0
	Total	4	66,7	100,0	
Missing	777,00	1	16,7		
	888,00	1	16,7		
	Total	2	33,3		
Total		6	100,0		



Figuur 17 (gegevens tabel 17 & 22)

Tabel 23. Wordt Tonal Centering toegepast binnen d1?

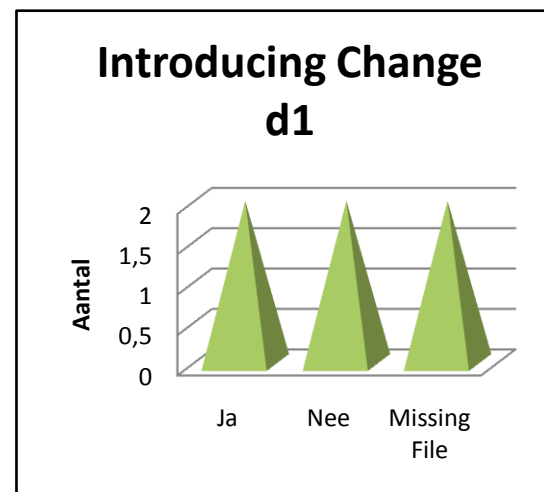
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ja	2	33,3	50,0	50,0
	nee	2	33,3	50,0	100,0
	Total	4	66,7	100,0	
Missing	777,00	1	16,7		
	888,00	1	16,7		
	Total	2	33,3		
Total		6	100,0		



Figuur 18 (gegevens tabel 17 & 23)

Tabel 24. Wordt Introducing Change toegepast binnen d1?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ja	2	33,3	50,0	50,0
	nee	2	33,3	50,0	100,0
	Total	4	66,7	100,0	
Missing	777,00	1	16,7		
	888,00	1	16,7		
	Total	2	33,3		
Total		6	100,0		



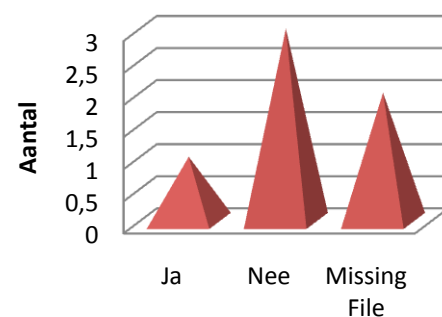
Figuur 19 (gegevens tabel 17 & 24)

Tabel 25. Wordt Pacing toegepast binnen d1?

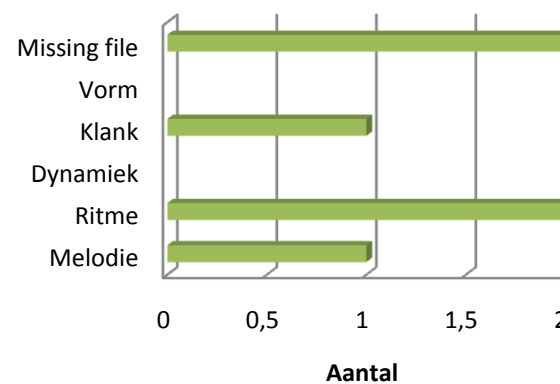
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ja	1	16,7	25,0	25,0
	nee	3	50,0	75,0	100,0
	Total	4	66,7	100,0	
Missing	777,00	1	16,7		
	888,00	1	16,7		
	Total	2	33,3		
Total		6	100,0		

Table 26. Welk van de onderstaande muzikale componenten speelt voornamelijk een rol binnen deze werkvormen in d1?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Melodie	1	16,7	25,0	25,0
	Ritme	2	33,3	50,0	75,0
	Klank	1	16,7	25,0	100,0
	Total	4	66,7	100,0	
Missing	777,00	1	16,7		
	999,00	1	16,7		
	Total	2	33,3		
Total		6	100,0		

Pacing d1

Figuur 20 (gegevens tabel 17 & 25)

Muzikale component d1

Figuur 21 (gegevens tabel 17 & 26)

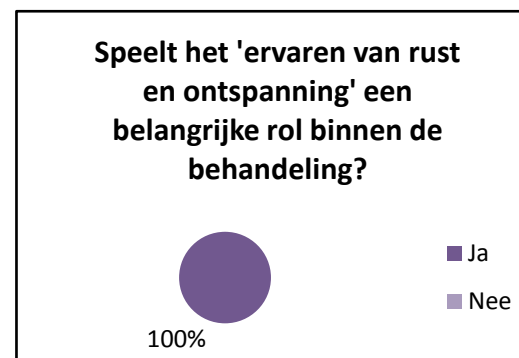
Tabel 27. Statistics

		Speelt het ervaren van rust en ontspanning een belangrijke rol binnen de behandeling?	Welke vorm hebben de werkvormen meestal binnen d2?	Welke soort werkvorm vindt u meestal geschikt binnen d2?	Welke instrumenten worden er voornamelijk gebruikt binnen d2?	Wordt Rithmic Grounding toegepast binnen d2?	Wordt Tonal Centering toegepast binnen d2?	Wordt Introducing Change toegepast binnen d2?	Wordt Pacing toegepast binnen d2?	Welk van de onderstande muzikale componenten speelt voornamelijk een rol binnen deze werkvormen in d2?
N	Valid	6	6	6	6	5	5	5	5	5
	Missing	0	0	0	0	1	1	1	1	1
	Mode	1,00	1,00	2,00	3,00	2,00	2,00	2,00	1,00	4,00

Table 28.

Speelt het ervaren van rust en ontspanning een belangrijke rol binnen de behandeling?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ja	6	100,0	100,0	100,0



Figuur 22 (gegevens tabel 27 & 28)

Tabel 29. Welke soort werkvorm vindt u meestal geschikt binnen d2?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Halfopen	6	100,0	100,0	100,0

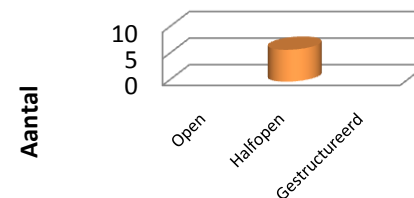
Tabel 30. Welke vorm hebben de werkvormen meestal binnen d2?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Receptief	4	66,7	66,7	66,7
	Actief	2	33,3	33,3	100,0
	Total	6	100,0	100,0	

Tabel 31. Welke instrumenten worden er voornamelijk gebruikt binnen d2?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Slaginstrumenten	1	16,7	16,7	16,7
	Melodie instrumenten	1	16,7	16,7	33,3
	Klank instrumenten	2	33,3	33,3	66,7
	Stem	1	16,7	16,7	83,3
	Anders	1	16,7	16,7	100,0
	Total	6	100,0	100,0	

Soort werkvorm d2



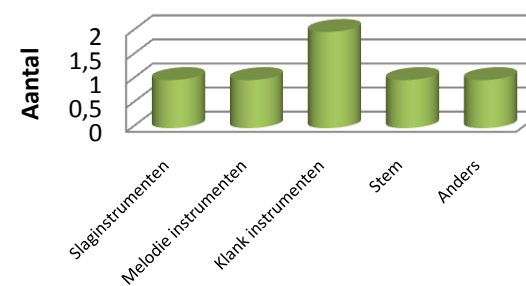
Figuur 23 (gegevens tabel 27 & 29)

Vorm werkvorm d2



Figuur 24 (gegevens tabel 27 & 30)

Instrumenten d2



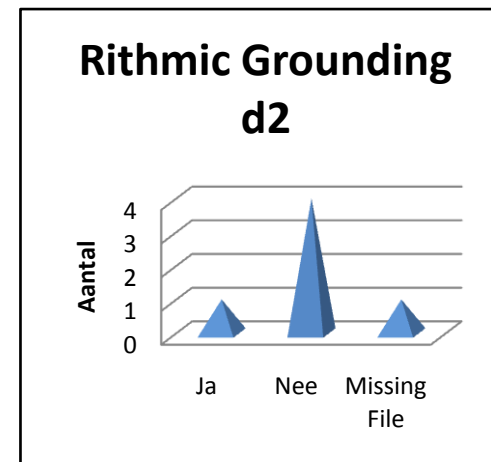
Figuur 25 (gegevens tabel 27 & 31)

Tabel 32. Wordt Rithmic Grounding toegepast binnen d2?

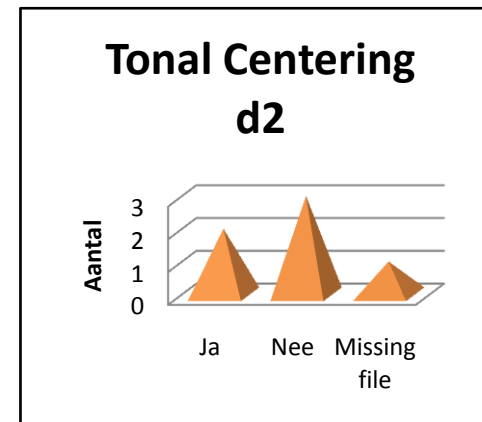
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ja	1	16,7	16,7	16,7
	nee	4	66,7	66,7	83,3
Missing	888,00	1	16,7	16,7	100,0
	Total	6	100,0	100,0	

Tabel 33. Wordt Tonal Centering toegepast binnen d2?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ja	2	33,3	33,3	33,3
	nee	3	50,0	50,0	83,3
Missing	888,00	1	16,7	16,7	100,0
	Total	6	100,0	100,0	



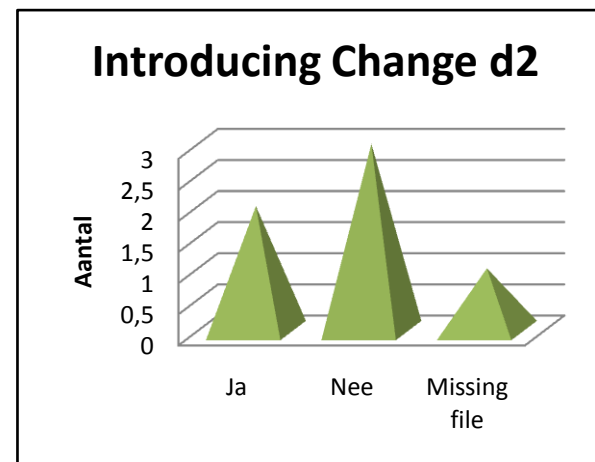
Figuur 26 (gegevens tabel 27 & 32)



Figuur 27 (gegevens tabel 27 & 33)

Tabel 34. Wordt Introducing Change toegepast binnen d2?

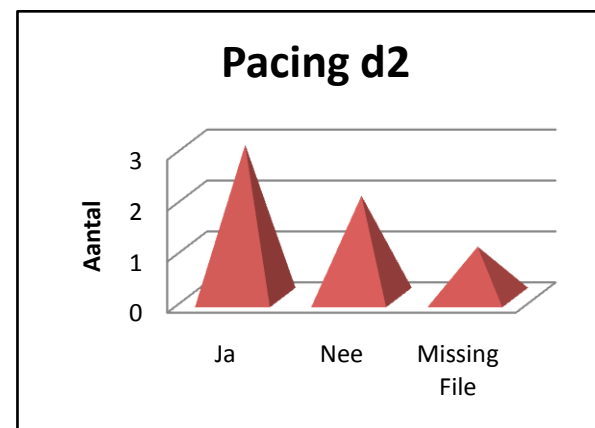
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ja	2	33,3	33,3	33,3
Missing	nee	3	50,0	50,0	83,3
	888,00	1	16,7	16,7	100,0
	Total	6	100,0	100,0	



Figuur 28 (gegevens tabel 27 & 34)

Tabel 35. Wordt Pacing toegepast binnen d2?

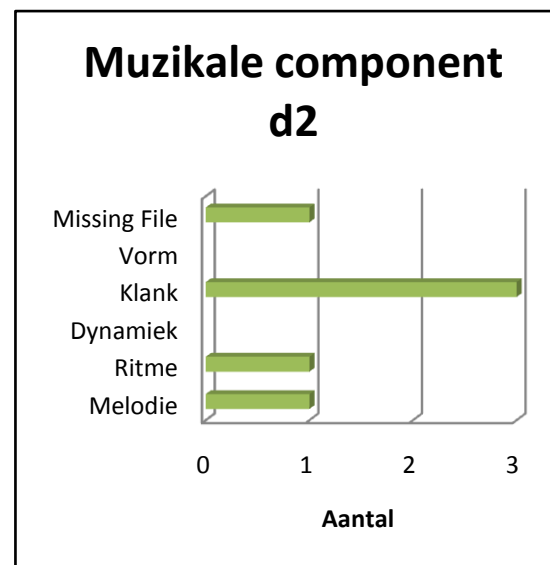
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ja	3	50,0	50,0	50,0
Missing	nee	2	33,3	33,3	83,3
	888,00	1	16,7	16,7	100,0
	Total	6	100,0	100,0	



Figuur 29 (gegevens tabel 27 & 35)

Tabel 36. Welk van de onderstaande muzikale componenten speelt voornamelijk een rol binnen deze werkvormen in d2?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Melodie	1	16,7	16,7	16,7
Missing	Ritme	1	16,7	16,7	33,3
	Klank	3	50,0	50,0	83,3
	999,00	1	16,7	16,7	100,0
	Total	6	100,0	100,0	



Figuur 30 (gegevens tabel 27 & 36)

Tabel 37. Statistics

		Speelt - expressie van emoties- een belangrijke rol binnen de behandeling?	Welke vorm hebben de werkvormen meestal binnen d3?	Welke soort werkvorm vindt u meestal geschikt binnen d3?	Welke instrumenten worden er voornamelijk gebruikt binnen d3?	Wordt Rithmic Grounding toegepast binnen d3?	Wordt Tonal Centering toegepast binnen d3?	Wordt Introducing Change toegepast binnen d3?	Wordt Pacing toegepast binnen d3?	Welk van de onderstaande muzikale componenten speelt voornamelijk een rol binnen deze werkvormen in d3?
N	Valid	6	5	5	5	5	4	4	4	5
	Missing	0	1	1	1	2	2	2	2	1
	Mode	1,00	2,00 ^a	2,00	1,00 ^a	2,00	1,00 ^a	1,00 ^a	1,00	1,00 ^a

a. Multiple modes exist. The smallest value is shown

Tabel 38. Speelt - expressie van emoties- een belangrijke rol binnen de behandeling?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ja	5	83,3	83,3	83,3
nee	1	16,7	16,7	100,0
Total	6	100,0	100,0	

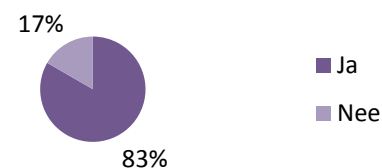
Tabel 39. Welke vorm hebben de werkvormen meestal binnen d3?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Receptief	1	16,7	16,7	16,7
Missing Actief	2	33,3	33,3	50,0
Anders	2	33,3	33,3	83,3
777,00	1	16,7	16,7	100,0
Total	6	100,0	100,0	

Tabel 40. Welke soort werkvorm vindt u meestal geschikt binnen d3?

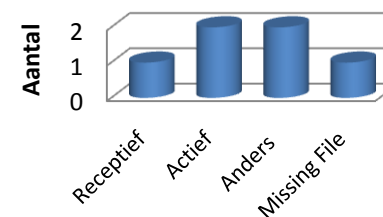
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Halfopen	4	66,7	66,7	66,7
Missing Gestructureerd	1	16,7	16,7	83,3
777,00	1	16,7	16,7	100,0
Total	6	100,0	100,0	

Speelt 'expressie van gevoelens' een rol binnen de behandeling?



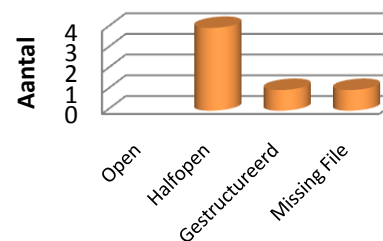
Figuur 31 (gegevens tabel 37 & 38)

Vorm werkvorm d3



Figuur 32 (gegevens tabel 37 & 39)

Soort werkvorm d3



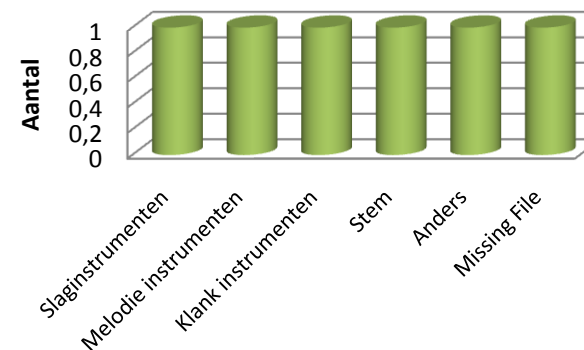
Figuur 33 (gegevens tabel 37 & 40)

Tabel 41. Welke instrumenten worden er voornamelijk gebruikt binnen d3?

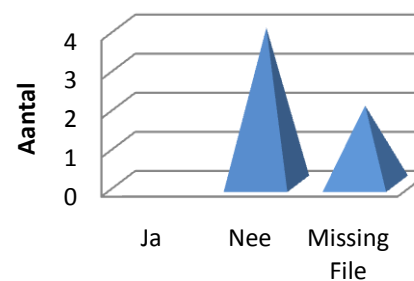
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Slaginstrumenten	1	16,7	16,7	16,7
	Melodie instrumenten	1	16,7	16,7	33,3
	Klank instrumenten	1	16,7	16,7	50,0
	Stem	1	16,7	16,7	66,7
	Anders	1	16,7	16,7	83,3
	777,00	1	16,7	16,7	100,0
Missing File	Total	6	100,0	100,0	

Tabel 42. Wordt Rithmic Grounding toegepast binnen d3?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Mis. File	nee	4	66,7	66,7	66,7
	777,00	1	16,7	16,7	83,3
	888,00	1	16,7	16,7	100,0
	Total	6	100,0	100,0	

Instrumenten d3

Figuur 34 (gegevens tabel 37 & 41)

Rithmic Grounding d3

Figuur 35 (gegevens tabel 37 & 42)

Tabel 43. Wordt Tonal Centering toegepast binnen d3?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ja	2	33,3	33,3	33,3
	nee	2	33,3	33,3	66,7
	777,00	1	16,7	16,7	83,3
	888,00	1	16,7	16,7	100,0
Total		6	100,0	100,0	

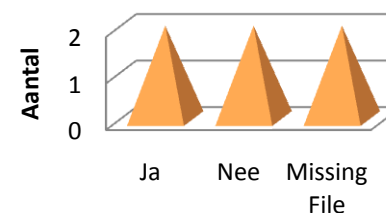
Tabel 44. Wordt Introducing Change toegepast binnen d3?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ja	2	33,3	33,3	33,3
	nee	2	33,3	33,3	66,7
	777,00	1	16,7	16,7	83,3
	888,00	1	16,7	16,7	100,0
Total		6	100,0	100,0	

Tabel 45. Wordt Pacing toegepast binnen d3?

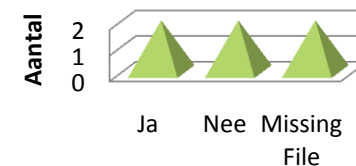
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ja	3	50,0	50,0	50,0
	nee	1	16,7	16,7	66,7
	777,00	1	16,7	16,7	83,3
	888,00	1	16,7	16,7	100,0
Total		6	100,0	100,0	

Tonal Centering d3



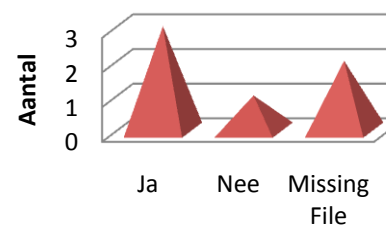
Figuur 36 (gegevens tabel 37 & 43)

Introducing Change d3



Figuur 37 (gegevens tabel 37 & 44)

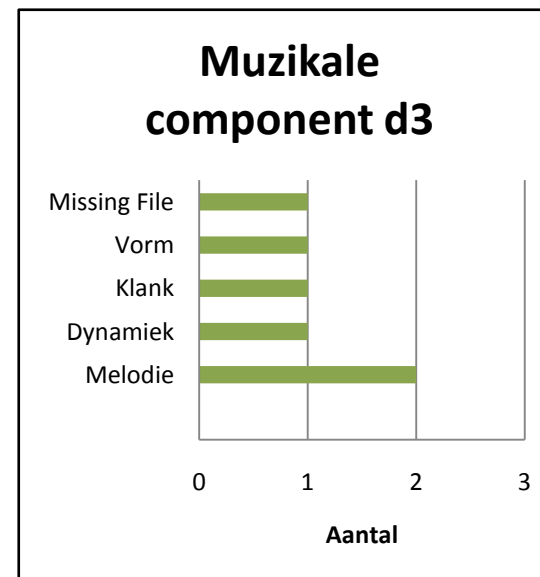
Pacing d3



Figuur 38 (gegevens tabel 37 & 45)

Tabel 46. Welk van de onderstaande muzikale componenten speelt voornamelijk een rol binnen deze werkvormen in d3?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Melodie	2	33,3	33.3	33.3
	Dynamiek	1	16,7	16,7	50.0
Missing File	Klank	1	16,7	16,7	66.7
	Vorm	1	16,7	16,7	83.3
	777,00	1	16,7	16,7	100,0
	Total	6	100,0	100,0	



Figuur 39 (gegevens tabel 37 & 46)

Tabel 47. Statistics

		Speelt - Gevoel van controle binnen situaties - een belangrijke rol binnen de behandeling?	Welke vorm hebben de werkvormen meestal binnen d4?	Welke soort werkvorm vindt u meestal geschikt binnen d4?	Welke instrumenten worden er voornamelijk gebruikt binnen d4?	Wordt Rithmic Grounding toegepast binnen d4?	Wordt Tonal Centering toegepast binnen d4?	Wordt Introducing Change toegepast binnen d4?	Wordt Pacing toegepast binnen d4?	Welk van de onderstaande muzikale componenten speelt voornamelijk een rol binnen deze werkvormen in d4?
N	Valid	6	6	6	6	4	4	4	4	3
	Missing	0	0	0	0	2	2	2	2	3
	Mode	1,00	1,00	2,00	5,00	1,00a	1,00a	2,00	1,00a	2,00a

Tabel 48. Speelt - Gevoel van controle binnen situaties - een belangrijke rol binnen de behandeling?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ja	6	100,0	100,0	100,0

Tabel 49. Welke vorm hebben de werkvormen meestal binnen d4?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Receptief	3	50,0	50,0	50,0
Actief	1	16,7	16,7	66,7
Anders	2	33,3	33,3	100,0
Total	6	100,0	100,0	

Tabel 50. Welke soort werkvorm vindt u meestal geschikt binnen d4?

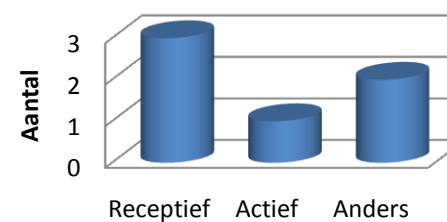
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Halfopen	5	83,3	83,3	83,3
Gestructureerd	1	16,7	16,7	100,0
Total	6	100,0	100,0	

'gevoel van controle binnen situaties'



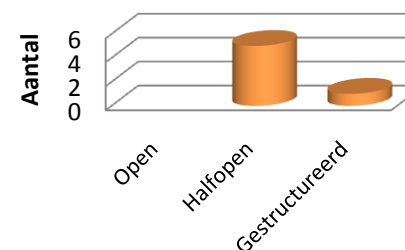
Figuur 40 (gegevens tabel 47 & 48)

Vorm werkvorm d4



Figuur 41 (gegevens tabel 47 & 49)

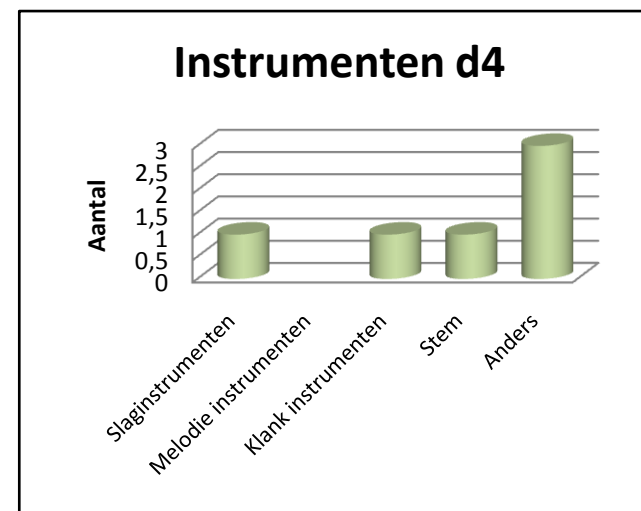
Soort werkvorm



Figuur 42 (gegevens tabel 47 & 50)

Tabel 51. Welke instrumenten worden er voornamelijk gebruikt binnen d4?

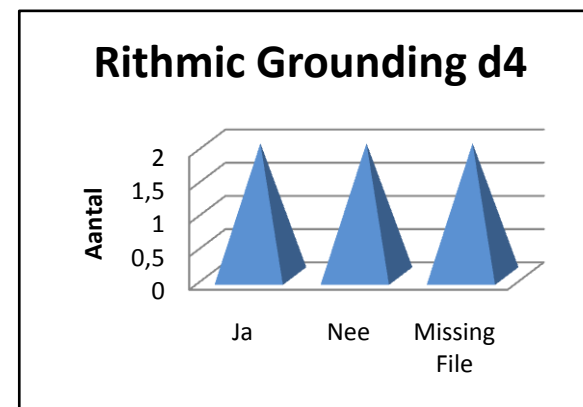
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Slaginstrumenten	1	16,7	16,7	16,7
Klank instrumenten	1	16,7	16,7	33,3
Stem	1	16,7	16,7	50,0
Anders	3	50,0	50,0	100,0
Total	6	100,0	100,0	



Figuur 43 (gegevens tabel 47 & 51)

Tabel 52. Wordt Rithmic Grounding toegepast binnen d4?

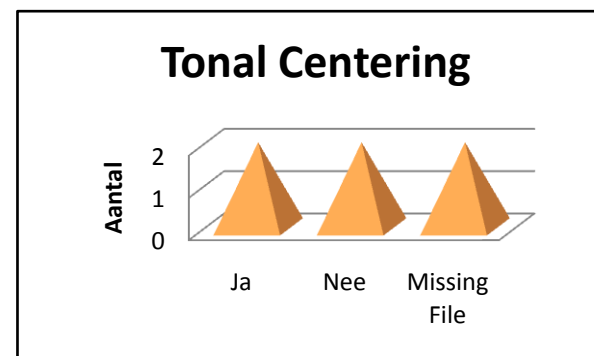
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ja	2	33,3	33,3	33,3
Missing File nee	2	33,3	33,3	66,7
777,00	1	16,7	16,7	83,3
888,00	1	16,7	16,7	100,0
Total	6	100,0	100,0	



Figuur 44 (gegevens tabel 47 & 52)

Tabel 53. Wordt Tonal Centering toegepast binnen d4?

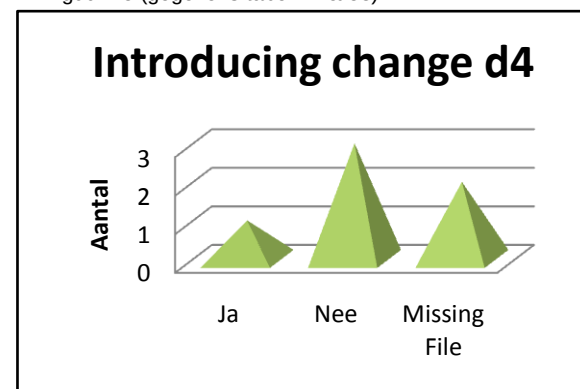
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ja	2	33,3	33,3	33,3
Missing	nee	2	33,3	33,3	66,7
File	777,00	1	16,7	16,7	83,3
	888,00	1	16,7	16,7	100,0
Total		6	100,0	100,0	



Figuur 45 (gegevens tabel 47 & 53)

Tabel 54. Wordt Introducing Change toegepast binnen d4?

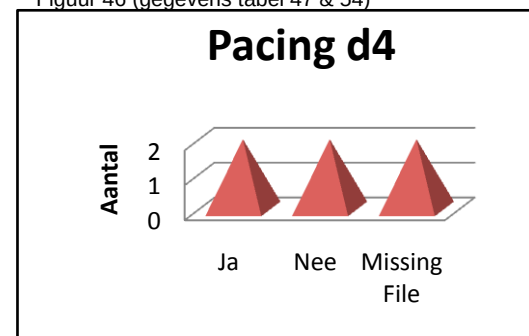
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ja	1	16,7	16,7	16,7
Missing	nee	3	50,0	50,0	66,7
File	777,00	1	16,7	16,7	83,3
	888,00	1	16,7	16,7	100,0
Total		6	100,0	100,0	



Figuur 46 (gegevens tabel 47 & 54)

Tabel 55. Wordt Pacing toegepast binnen d4?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ja	2	33,3	33,3	33,3
Missing	nee	2	33,3	33,3	66,7
File	777,00	1	16,7	16,7	83,3
	888,00	1	16,7	16,7	100,0
Total		6	100,0	100,0	



Figuur 47 (gegevens tabel 47 & 55)

Tabel 58. Speelt - Meer gericht zijn op de omgeving - een belangrijke rol binnen de behandeling?

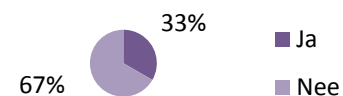
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ja	2	33,3	33,3	33,3
	nee	4	66,7	66,7	100,0
	Total	6	100,0	100,0	

Tabel 59. Welke vorm hebben de werkvormen meestal binnen d5?

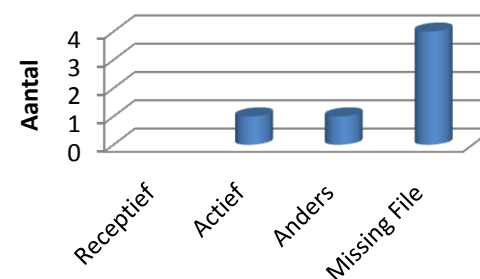
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Actief	1	16,7	16,7	16,7
Missing	Anders	1	16,7	16,7	33,3
File	777,00	4	66,7	66,7	100,0
	Total	6	100,0	100,0	

Tabel 60. Welke soort werkvorm vindt u meestal geschikt binnen d5?

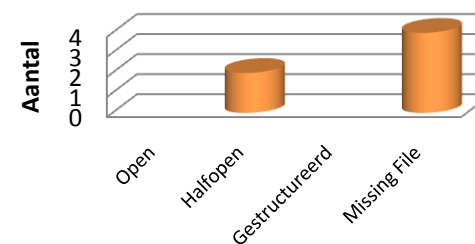
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Halfopen	2	33,3	33,3	33,3
Missing	777,00	4	66,7	66,7	100,0
File	Total	6	100,0	100,0	

d5 'Meer gericht zijn op de omgeving'

Figuur 49 (gegevens tabel 57 & 58)

Vorm werkvorm d5

Figuur 50 (gegevens tabel 57 & 59)

Soort werkvorm d5

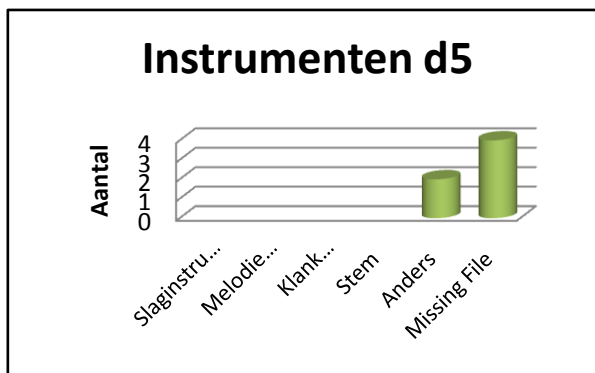
Figuur 51 (gegevens tabel 57 & 60)

Tabel 61. Welke instrumenten worden er voornamelijk gebruikt binnen d5?

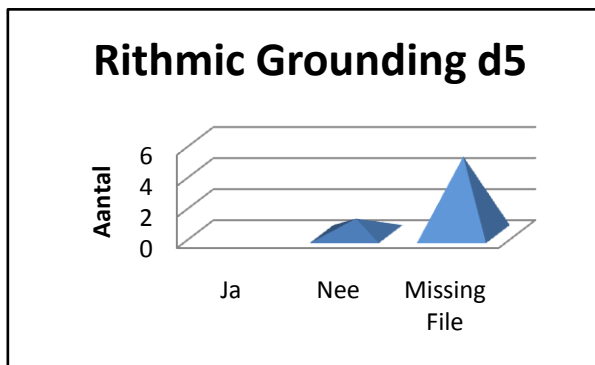
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Missing File	Anders	2	33,3	33,3	33,3
	777,00	4	66,7	66,7	100,0
	Total	6	100,0	100,0	

Tabel 62. Wordt Rithmic Grounding toegepast binnen d5?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Missing File	nee	1	16,7	16,7	16,7
	777,00	4	66,7	66,7	83,3
	888,00	1	16,7	16,7	100,0
	Total	6	100,0	100,0	



Figuur 52 (gegevens tabel 57 & 61)



Figuur 53 (gegevens tabel 57 & 62)

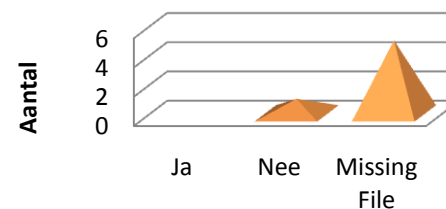
Tabel 63. Wordt Tonal Centering toegepast binnen d5?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nee	1	16,7	16,7	16,7
Missing	777,00	4	66,7	66,7	83,3
File	888,00	1	16,7	16,7	100,0
Total		6	100,0	100,0	

Tabel 64. Wordt Introducing Change toegepast binnen d5?

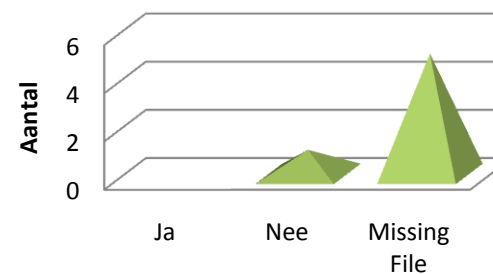
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nee	1	16,7	16,7	16,7
Missing	777,00	4	66,7	66,7	83,3
File	888,00	1	16,7	16,7	100,0
Total		6	100,0	100,0	

Tonal Centering d5



Figuur 54 (gegevens tabel 57 & 63)

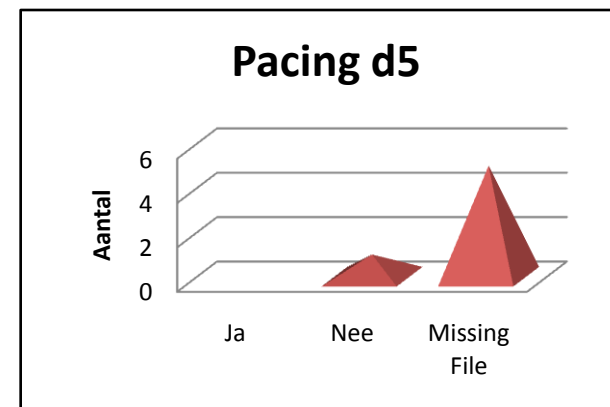
Introducing Change d5



Figuur 55 (gegevens tabel 57 & 64)

Tabel 65. Wordt Pacing toegepast binnen d5?

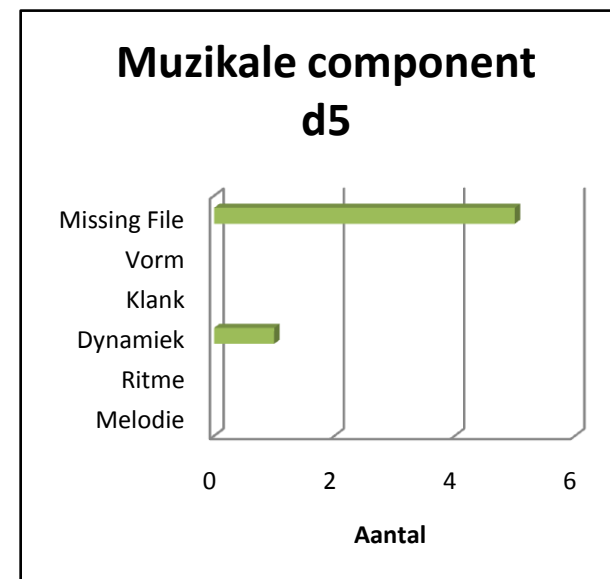
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid nee	1	16,7	16,7	16,7
Missing File	777,00	66,7	66,7	83,3
	888,00	1	16,7	100,0
Total	6	100,0	100,0	



Figuur 56 (gegevens tabel 57 & 65)

Tabel 66. Welk van de onderstaande muzikale componenten speelt voornamelijk een rol binnen deze werkvormen in d5?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Dynamiek	1	16,7	16,7	16,7
Missing File	777,00	66,7	66,7	83,3
	999,00	1	16,7	100,0
Total	6	100,0	100,0	



Figuur 57 (gegevens tabel 57 & 66)