

Je mag er zijn

Onderzoek naar de positieve invloed van muziektherapie op het verliesverwerkingsproces van een jongdementerende cliënt



Je verdriet, je boosheid...

Het mag er zijn

Geef het de ruimte

Voel het, beleef het

In de muziek

Samen met mij...

A.G.M. Keltjens 0727512
Begeleidster: K. Poismans
Creatieve therapie muziek
Hogeschool Zuyd Heerlen
Faculteit Gezondheid en Zorg
Mei, 2011

Inhoudsopgave

Inhoudsopgave	1
Voorwoord.....	3
Inleiding	4
1. De probleemstelling	5
1.1 Het probleemgebied	5
1.2 De vraagstelling	9
1.3 De doelstelling	9
2. De onderzoeksopzet.....	9
2.1 Het onderzoekstype	9
2.2 De onderzoeksmethode	10
2.3 De dataverzameling	10
2.4 De datapreparatie	12
2.5 De data-analyse	12
2.6 De kwaliteitscriteria	14
3. De resultaten	15
3.1 De kerncategorieën	15
3.2 De kerncategorieën in schema	20
4. De discussie.....	22
4.1 Verklaring en interpretatie van de resultaten	22
4.2 Vraagstelling en antwoord.....	26
4.3 Zijn de resultaten op voorgenomen wijze behaald?	27
4.4 Tekortkomingen en sterkten van het onderzoek.....	29
4.5 Aanbevelingen voor vervolgonderzoek en voor de praktijk	31
4.6 Integratie van resultaten in nieuw werkmodel.....	32
4.7 Vergelijking nieuw en oud werkmodel.....	36
Samenvatting	39
Literatuuropgave	40

Sessie 13:

Ik vroeg aan Marloes of ze wilde beginnen met spelen op de piano, maar ze gaf aan het fijner te vinden als ik zou beginnen. Omdat ik haar spel als uitgangspunt wilde nemen, begon ik wel met spelen, maar liet ik het spel nog vrij open. Ik speelde enkele tonen op de witte toetsen van de piano en liet veel ruimte in mijn spel. Hiermee wilde ik haar het gevoel geven dat ze mocht komen met wat ze wilde. Het was even spannend wat Marloes ging doen, want ze speelde niet mee. Om te proberen haar aan tot spel te krijgen, speelde ik met mijn rechterhand een wat duidelijker motiefje. Hiermee wilde ik haar de veiligheid bieden mee te gaan in een structuur die er al was. Het spel zou dan in eerste instantie wel meer vanuit mij komen, maar dat leek me een beter uitgangspunt dan wanneer we helemaal niet tot spel zouden komen. Net nadat ik het duidelijkere motiefje inzette, begon Marloes spontaan mee te zingen. Ze imiteerde het motiefje dat ik zojuist speelde met haar stem. We hadden in eerdere sessies nog niet met stemimprovisaties gewerkt en het was ook niet mijn intentie geweest dat ze zou gaan zingen. Dit kwam vanuit haarzelf. Vanuit dit moment ontstond een geïmproviseerd samenspel met veel contact. Er ontstond een heel voorspelbaar spel met een eenvoudige cadens, waarin we steeds het eenvoudige motiefje herhaalden alleen op een andere toonhoogte, tonaal passend binnen de tonen van het akkoord. De timing, frases en rustmomenten waren gelijk en Marloes voelde mijn spel erg goed aan. Toen ik de melodie van het motiefje in mijn rechthand weg liet en alleen nog met akkoorden begeleidde om ruimte te maken voor eventuele nieuwe inbreng vanuit Marloes, hield ze dit motiefje aan met haar stem. Ze bleef het motiefje zingen en varieerde niet. De voorspelbaarheid en eenvoud van het spel en van het motiefje leken haar houvast te bieden. Na een tijdje ben ik zelf wat gaan variëren rond het gespeelde thema. Ik zette ook mijn stem in en zong een tweede stem op het motiefje en varieerde in dynamiek. Marloes volgde mij in de energie van mijn spel en nam na een tijd zelf ook het initiatief om een kleine variatie aan te brengen in de manier waarop zij het motiefje zong. Zo begon ze dit wat zachter te zingen, vertraagde ze iets en hield ze de tonen wat langer aan, waardoor ze het spel meer naar haar toetrok en het naar mijn interpretatie een iets droeviger, zachter karakter kreeg. Het was een van de eerste keren dat ik degene was die een einde aan maakte aan het spel. Na afloop zei ik bewust niets om te kijken wat haar reactie zou zijn. Ze keek me aan, lachte en zei 'prima'. Haar ogen straalden en ik kon zien dat haar reactie heel gemeend was. Ze zei dat ze het erg fijn had gevonden en dat ze dit iedere dag wel zou willen doen.

Voorwoord

Het voorbeeld op de vorige pagina is een beschrijving van een sessie met een jongdementerende cliënt die tijdens mijn stage bij mij naar de muziektherapie kwam. Het was een mooie sessie waarin de cliënt belangrijke stappen zette in haar therapieproces. Dit onderzoek gaat over de positieve invloed van muziektherapie op het verliesverwerkingsproces van deze jongdementerende cliënt. De motivatie voor het onderzoeken van dit thema kwam voort uit mijn eigen ervaringen in de beroepspraktijk. De verliezen die mensen met een ziekte als jongdementie meemaken en de impact die dit op hun leven kan hebben, heeft me enorm geraakt. Hierdoor ben ik erg gemotiveerd geraakt iets voor deze mensen te kunnen betekenen en hen te helpen bij het omgaan met hun emoties en problemen die door de verliezen kunnen ontstaan. Tijdens mijn stage heb ik ook ervaren *dat* ik hierbij kan helpen. Ik kan de emoties of de verliezen niet wegnemen, maar ik kan mensen wel helpen er beter mee om te gaan of het verlies iets dragelijker maken. Ook heb ik gemerkt dat de muziek hierbij een belangrijke rol heeft gespeeld. Ik heb gekozen voor het onderzoeken van een enkele casus, een casestudy. Hiervoor heb ik gekozen, omdat ik wilde weten hoe en waardoor muziektherapie een positieve invloed had op het verliesverwerkingsproces van deze cliënt. Daar wilde ik diep en uitgebreid op ingaan. Een casestudy is daar de meest passende vorm van onderzoek voor en sprak me ook het meest aan. Door het uitvoeren van het onderzoek heb ik hier een verklaring voor gevonden en een beter beeld gekregen over wat er gebeurde in de therapie. Hierdoor heb ik een meer bewuste en gerichte manier van werken ontwikkeld, waardoor mijn werkmodel zich heeft uitgebreid.

Mijn dank gaat uit naar mijn scriptiebegeleidster Kathinka Poismans voor de goede begeleiding, de heldere beantwoording van mijn vragen en het verder op weg helpen wanneer ik vastliep tijdens het onderzoek. Ik wil Harry van den Berghe bedanken voor het meewerken aan het interview en voor de mooie en inspirerende antwoorden die hieruit voortkwamen. Ook Amy Paulissen, dankjewel voor je hulp en het beantwoorden van mijn vragen. Ingrid Péntzes en Kathinka Poismans wil ik bedanken moeite voor het geven van de workshop over coderen bij een kwalitatieve casestudy. En ten slotte Eleonore, voor de tijd die we samen aan onze scriptie hebben gewerkt en het geven van feedback op mijn resultaten.

Inleiding

In het kader van het afstuderen wordt er in de 4^e fase van de opleiding Creatieve Therapie, een onderzoek gedaan, een scriptie geschreven en ten slotte wordt er een presentatie gegeven over dit onderzoeksproject. Dit werkstuk vormt de scriptie waarin het onderzoek en de resultaten beschreven worden, die geleid hebben tot een vernieuwd muziektherapeutisch therapeutisch werkmodel.

In hoofdstuk 1 wordt een beschrijving van het probleemgebied gegeven van waaruit de onderzoeksvraag is ontstaan. Tevens zijn hier de doelstelling, de relevantie en de hoofdvraag en deelvragen van het onderzoek beschreven.

In hoofdstuk 2 wordt de onderzoeksopzet beschreven met daarin het onderzoekstype, de onderzoeksmethode, de databronnen en dataverzamelingstechnieken die gebruikt zijn in het onderzoek. Hierop volgt een beschrijving van de datapreparatie, de data-analysetechnieken en de uitgevoerde data-analyse. Ten slotte worden de technieken beschreven die ik heb toegepast om de kwaliteit van het onderzoek te waarborgen.

De resultaten worden beschreven in hoofdstuk 3. Deze resultaten komen voort uit de data-analyse.

In hoofdstuk 4 volgt de discussie waarin de resultaten worden verklaard en geïntegreerd in een nieuw werkmodel. Tevens wordt er in dit hoofdstuk een reflectie op het onderzoek beschreven en worden aanbevelingen gedaan voor de praktijk en voor vervolgonderzoek.

Ten slotte eindig ik de scriptie met een korte samenvatting over hoe het uitvoeren van het onderzoek en het schrijven van de discussie is verlopen.

1. De probleemstelling

1.1 Het probleemgebied

In het derde leerjaar heb ik stage gelopen in twee behandelcentra in Eindhoven, De Landrijt en Dommelhoef. Hier heb ik met veel verschillende doelgroepen gewerkt en ben ik ook in aanraking gekomen met jongdementerende mensen. Wat me hier vrijwel direct opviel was dat deze mensen enorm veel hadden verloren en nog zouden gaan verliezen. Zij functioneerden in de maatschappij, leefden hun leven en werden toen op redelijk jonge leeftijd geconfronteerd met deze ongeneselijke ziekte. De impact die dit op iemands leven kan hebben, is iets dat me enorm heeft geraakt. Velen van hen zijn niet alleen delen van hun geheugen, lichamelijk functioneren of spraakvermogen kwijt, maar ook hun baan, huis, zelfstandigheid, noem maar op. Tijdens mijn stage ben ik veel mensen tegengekomen met verdriet, angst, woede en onzekerheden. Alle cliënten hadden enorm veel te verwerken en ik heb mensen hier flink mee zien worstelen.

Dementie is een syndroom waarbij verschillende verschijnselen kunnen optreden, vaak in een vaste combinatie (Buijsen, 2007). Het wordt gekenmerkt door een progressief verlies van cognitieve vaardigheden en emotionele vervlakking. Het ontstaat door het geleidelijk, maar soms ook snel aftakelen van de hersenen. Wanneer iemand dementie heeft, gaat deze persoon in een aantal jaren geestelijk achteruit, zijn geheugen verzwakt, hij verliest delen van zijn denkvermogen, raakt verward en heeft steeds minder besef van anderen. Het dagelijks leven van iemand met dementie raakt volledig verstoord. Veel van wat iemand in zijn leven als vanzelfsprekend ervaart, van wat hij weet, wordt onderuitgehaald. Wat hij doet, wie hij is, waar hij naartoe gaat, alles wordt eigenlijk in twijfel getrokken. Van veel mogelijkheden die een persoon met dementie eerder had, blijft dus steeds minder over. Het wordt steeds moeilijker een gesprek gaande te houden, afspraken te onthouden, zichzelf te verzorgen of mensen te herkennen. Al deze verliezen maken van dement zijn een pijnlijk gebeuren. Mensen met dementie lopen er steeds opnieuw tegenaan dat ze weer wat moet inleveren. De aftakeling gebeurt in kleine stapjes, maar alles bij elkaar is het een enorm groot verlies (Verdult, 2003).

Frontotemporale dementie is een vorm van dementie waaronder ziektebeelden vallen die erg van elkaar kunnen verschillen. Het grijpt in op aspecten van het leven die behoren tot de kern van ons mens-zijn: de taal, de persoonlijkheid en de manier waarop we met anderen omgaan. Het geheugen en de oriëntatie blijven in eerste instantie relatief goed functioneren. Schematisch zijn er twee 'soorten' frontotemporale dementie. Sommige mensen hebben vooral moeite met het vinden van woorden en andere vertonen met name karakter-, gedrags- en persoonlijkheidsveranderingen. Frontotemporale dementie is een vorm van dementie die meestal optreedt tussen 45 en 60 jaar. Het is dus een vorm van jongdementie. Iemand is jongdementerend wanneer hij of zij dementie heeft gekregen voor het 65^{ste} levensjaar (Janssens & Lootens, 2007). Volgens Janssens en Lootens (2007) zit er een groot verschil in de impact van dementie bij mensen met een vorm van jongdementie en oudere mensen met dementie. De voornaamste reden die zij hiervoor aangegeven, is dat een persoon met jongdementie nog niet in de levensfase zit om het kalmer aan te doen, om afscheid te nemen of om het verlies een plaats te geven. Mensen zijn vaak nog aan het werk, de kinderen zijn vaak het huis nog niet uit en ze zijn nog meestal niet toe aan het afscheid nemen van de loopbaan. De toekomst van iemand met jongdementie is altijd onzeker, zelfs op korte termijn, omdat de situatie voortdurend wijzigt (Janssens en Lootens, 2007).

Wanneer een persoon iets verliest, betekent dit dat hij moet leren leven zonder hetgeen dat hij verloren is. Het verlies verandert iemands leven en dit moet worden 'verwerkt'. De Monnick (2008) beschrijft verliesverwerking als het bewust en waardig afscheid nemen - op alle levensniveaus - van een verloren gegaan, geliefd onderdeel van iemands bestaan en het overgaan naar een nieuw levenshoofdstuk met herinnering aan het oude. Verwerken betekent, in essentie, rouwen om een

geleden verlies (Verdult, 2001). Het rouwen bestaat in feite uit twee grote fasen: ten eerste het kunnen herkennen en loslaten van het verlorene en ook het treuren erom, en ten tweede het opbouwen van een andere toekomst, het herdefiniëren van zichzelf, het constructief bezig zijn (Janssens & Lootens, 2007). Het verwerken van een verlies betekent dat je overgaat van een oude naar een nieuwe levenssituatie. Hoe iemand zijn verlies verwerkt, is afhankelijk van de persoonlijkheid, achtergrond, levensovertuiging en cultuur van degene die met het verlies te maken heeft. Elisabeth Kubler-Ross beschrijft fases die een verliesverwerkingsproces meer inzichtelijk maken. Dit zijn de fases van ontkenning, woede, onderhandelen, depressie en aanvaarding. Deze fases kunnen niet afgebakend worden in tijd en zijn verweven met elkaar. Een fase kan op een moment afgesloten zijn en op een ander moment weer zeer actief worden (Schelles, 2005). Ik wil kort ingaan op de fases van woede en depressie uit het verliesverwerkingsproces, beschreven door Elisabeth Kubler-Ross. De tweede fase uit dit proces is woede. Deze ontstaat als de persoon het verlies niet langer kan ontkennen. Woede is een gezonde reactie en is als het ware een afweermecanisme tegen intens verdriet. Het kan zich op van alles richten, vaak ook op personen uit de omgeving. Het kan tot uiting komen in bijvoorbeeld harde uitspraken of agressief gedrag. Depressie is de vierde fase. De werkelijkheid is niet langer meer te voorkomen. Het verlies wordt erkend en de waarheid dringt steeds meer door. De persoon zit nu in een diep verdriet. In deze fase richten mensen zich vaak op wat juist *niet* meer kan en zijn ze voor andere mensen vaak moeilijk te benaderen, omdat ze meestal in zichzelf keren.

De verschillende fases van het verliesverwerkingsproces van Elisabeth Kubler-Ross herken ik terug bij veel jongdemeterende mensen waarmee ik in mijn stageperiode werkte. Sommige mensen deden bijvoorbeeld alsof er niets aan de hand was en ontkenden hun problemen en verliezen. Anderen waren boos op bijna alles en iedereen om hen heen en weer anderen voelden zich de hele dag hopeloos verdrietig. Jongdemeterende mensen die in de fase van aanvaarding zaten, ben ik niet tegengekomen. Ik denk dat dit onder andere komt doordat iemand met jongdementie steeds verder achteruit gaat en er verliezen bij blijven komen. Wanneer iemand het ene verlies geaccepteerd zou hebben, zijn er al weer nieuwe verliezen bij die verwerkt moeten worden. Er zijn veel mensen die blijven rouwen om de verliezen die ze blijven meemaken. Het leren omgaan met het verlies is een van de grootste opgaven die mensen met jongdementie moeten doorstaan. Het rouwen over dit verlies is een bijzonder moeilijke opdracht voor iemand wiens cognitieve mogelijkheden zijn beperkt en die niet steeds een besef heeft van de vaardigheden die verloren zijn gegaan (Janssens & Lootens, 2007).

De bie en De Kleijn (2001) spreken over werkmodellen en bedoelen hiermee bijvoorbeeld stappenplannen, denkschema's, protocollen, vuistregels, strategieën en methoden. Het kunnen denk- of doemodellen zijn, aan de hand waarvan de professional in de praktijk denkt en handelt. Mijn werkmodel tijdens de stage binnen de muziektherapiesessies zou ik beschrijven als intuïtief en cliëntgericht. Ik beschrijf het als intuïtief, omdat mijn aandacht was gericht op wat er tijdens de therapie gebeurde, op het hier en nu. Op het moment zelf handelde ik naar wat ik dacht dat de cliënt nodig had. Ik werkte niet vanuit een bepaalde methode, maar vanuit mijn eigen intuïtie. Ik merkte dat ik hierdoor een open houding had en adequater in het moment zelf kon reageren dan wanneer ik een gestructureerd plan had bedacht. Mijn werkmodel beschrijf ik als cliëntgericht, omdat het aansluit bij uitgangspunten uit de cliëntgerichte therapie, ontwikkeld door Carl Rogers. Deze vorm van therapie wordt gekenmerkt door een optimistische visie op de eigen mogelijkheden van de cliënt, die minder in de positie van lijdzaam slachtoffer wordt geplaatst (Van der Ploeg, 1990). De therapeutische grondhouding is een belangrijk ingrediënt van de cliëntgerichte therapie. Empathie, echtheid en acceptatie zijn hierbij van groot belang (Vandereycken, Hoogduin & Emmelkamp, 2006). Deze komen ook duidelijk naar voren in mijn therapeutische houding en in mijn werkmodel. Empathie wordt door van der Molen, Perreijn & van den Hout (1997) beschreven als het vermogen om je maximaal in te leven in de denk en gevoelswereld van de cliënt. De therapeut laat de cliënt merken dat hij hem aanvoelt en begrijpt wat er in hem omgaat. Ik zie empathie als een belangrijk aspect uit de therapie, omdat de cliënt hierdoor het gevoel kan krijgen begrepen en gehoord te worden en kan voelen dat hij of zij er niet alleen voor te staat. Echtheid houdt in dat de therapeut de cliënt niet naar de mond praat of doet alsof hij hem begrijpt zonder 'echt' contact te maken. Het betekent dat hij de cliënt als persoon

tegemoet treedt, niet als deskundige, dat hij niet in een rol kruipt (Smeijsters, 1987). Echtheid betekent ook dat de therapeut werkelijk voeling heeft met het eigen ervaringsproces, zodat eigen problemen niet doorwerken in de therapie (Vandereycken, Hoogduin & Emmelkamp, 2006). Naar mijn idee schept een 'echte' houding een meer open en gelijkwaardige band en kan deze houding de cliënt helpen de therapeut in vertrouwen te nemen. Acceptatie houdt in dat de therapeut de ervaringen van de cliënt erkent zonder het goed of fout te keuren en zonder er een moreel oordeel over te hebben. Oordelen blokkeren immers elke verdere communicatie en laten geen ruimte voor verheldering en verdieping, terwijl dat juist de bedoeling is in therapie (Vandereycken, Hoogduin & Emmelkamp, 2006). Acceptatie kwam in mijn houding vooral naar voren doordat ik liet merken dat verdriet of boosheid er mocht zijn. De cliënt mocht zijn wie hij was. Via de verschillende houdingsaspecten die ik zojuist beschreef wilde ik bereiken dat de cliënt zich veilig voelde, zichzelf kon zijn en tot expressie kon komen van zijn gevoelens en gedachten.

Binnen de muziektherapie heb ik tijdens mijn stageperiode veel gewerkt aan het verwerken van verliezen en het begeleiden van verliesverwerkingsprocessen bij jongdementerende mensen. Ik heb gemerkt dat dit vaak een positieve werking had en ik ben ervan overtuigd geraakt dat muziektherapie hier een positieve bijdrage aan kan leveren. Aan de ene kant merkte ik dat de relatie tot hetgeen dat mensen verloren hadden binnen de muziektherapie voor een deel kon worden afgewerkt. De literatuur bevestigt dit. Door met muziek gevoelens naar boven te brengen is het mogelijk ervaringen niet alleen cognitief, maar ook gevoelsmatig te verwerken (Smeijsters, 2006). Het uiten van gevoelens en het uitdrukking geven aan emoties en gedachten is belangrijk voor het verwerkingsproces (Meijer, 2004; Smeijsters, 2006). Het benoemen van gevoelens kan beangstigend zijn, maar middels muziek kunnen gevoelens zonder woorden geuit worden. Hierdoor krijgt de cliënt de ruimte en mogelijkheid om zichzelf direct uit te drukken in zijn moeilijke situatie (Aldridge, 1996). Aan de andere kant konden mensen binnen de muziektherapieën die ik gaf hun leven opnieuw proberen in te richten. Muziektherapie biedt de mogelijkheid om vaardigheden te benutten waarover de cliënt nog wel beschikt (Smeijsters, 2006). Er werd bijvoorbeeld een nieuwe vorm, anders dan de verbale, van expressie gevonden. Ik denk dat er in de muziektherapie veel gebeurde dat een positieve werking had op het omgaan met emoties en gedachten, die ontstonden door geleden verliezen van cliënten.

Tijdens mijn stage heb ik individuele muziektherapie gegeven aan Marloes, een mevrouw van 63 jaar oud met de diagnose Frontotemporale dementie en Progressieve primaire afasie. Zij had moeite met het uiten van haar gevoelens, mede doordat dit verbaal nauwelijks meer ging. Vanuit de psycholoog werd Marloes naar de muziektherapie doorverwezen met als doel het vinden van een vorm van expressie die bij haar paste. In de beginsessies van de therapie speelde Marloes altijd heel zacht en ze bleef gesloten in haar muzikale uitingen. Wanneer ik probeerde het volume of tempo van haar spel iets op te voeren, ging zij hier niet in mee en brak ze het soms spel af. Vaak wilde zij na korte tijd weg uit de muziekruimte. Ze voelde zich niet veilig, zowel in de ruimte, in het muziek maken als in het contact met mij.

In de periode dat Marloes een paar maanden bij mij naar de muziektherapie kwam, ging het duidelijk steeds minder goed met haar. Ze was op steeds meer momenten erg in de war, onrustig en boos op alles en iedereen om haar heen. Vaak was ze wantrouwend naar andere mensen. Sommige dagen dat ik haar zag, was ze duidelijk ook erg somber en verdrietig. Na een tijd werd ze overgeplaatst van de dagbehandeling naar een vaste afdeling in de instelling. Marloes ging duidelijk door een verliesverwerkingsproces, waarbij heftige emoties naar boven kwamen die ze niet voldoende kwijt kon. Met name boosheid en verdriet waren duidelijk aanwezig. Vanaf de tijd dat het minder goed met haar ging, merkte ik dat de muziektherapie juist toen een grote meerwaarde had en er een mooi proces op gang kwam. Op een moment dat ze niets wilde en erg boos en wantrouwend was, kon ik met mijn muziek wel dichtbij haar komen, haar geruststellen en kalmeren. Ik merkte dat we een steeds hechtere band kregen en dat ze het prettig vond wanneer ze met mij in contact stond. Ze stelde zich steeds meer open naar mij en leek zich steeds veiliger te voelen. Ze liet steeds meer van haarzelf in de muziek horen en legde steeds meer eigen elementen in de improvisaties. Er ontstonden prachtige samenspielen aan de piano, waarbij ze steeds vrijer en expressiever speelde. Ze begon zelfs

spontaan improviserend te zingen en legde steeds meer emotie in de muziek. De muziektherapie heeft haar de mogelijkheid gegeven tot expressie van haar gevoelens te komen en heeft haar laten ervaren dat er niet alleen voor stond. Naar mijn idee kon ze steeds meer loslaten en de muziek hielp haar daarbij. Ik weet zeker dat muziektherapie een grote meerwaarde had voor Marloes.

De aanleiding voor dit onderzoek zijn ervaringen die ik tijdens mijn stage heb opgedaan. Hier heb ik gezien hoe heftig en moeilijk verliesverwerkingsprocessen kunnen verlopen. Ik ben mensen tegengekomen die niet meer wisten waar ze heen moesten met hun emoties ontstaan door de verliezen en bleven hangen in hun intens verdriet of agressief werden doordat ze hun boosheid niet kwijt konden. Het is een punt waarbij ik mensen ontzettend graag wil helpen, omdat ik denk dat de heftige verliezen en emoties daarbij een van de moeilijkste dingen is die iemand met jongdementie moet ondergaan. Ik heb gezien en ervaren *dat* ik mensen hier ook mee kan helpen met muziektherapie. De verliezen en emoties kan ik niet oplossen of wegnemen, maar ik kan er wel ruimte aan geven, helpen deze dragelijker te maken of helpen deze misschien zelfs voor een stukje te verwerken. Ik weet en voel dat wat ik doe een positief effect heeft op het verliesverwerkingsproces van cliënten, maar ik kan het moeilijk verklaren en onderbouwen. Door mijn intuïtieve werken heb ik veel impliciete kennis opgedaan en door het uitvoeren van dit onderzoek wil ik deze kennis expliciet maken. Ik wil kunnen uitleggen wat ik doe en de effecten en invloeden hiervan verklaren. Dit ga ik doen aan de hand van de casus van Marloes. Deze casus heb ik gekozen, omdat Marloes duidelijk door een verliesverwerkingsproces ging dat moeilijk verliep en ik weet dat muziektherapie hier een positieve invloed op had. In deze therapie ontstond een interessant proces, dat ik zojuist al kort beschreven heb. Door dit proces kreeg muziektherapie steeds meer een positieve invloed op het verliesverwerkingsproces van Marloes. Ik wil nu dus verklaren waardoor dit proces opgang kwam en hoe de muziektherapie een positieve invloed had op het verliesverwerkingsproces van Marloes.

Het kunnen uitleggen en verklaren van wat ik doe is relevant voor mijn persoonlijke ontwikkeling, omdat ik hierdoor beter aan andere mensen zal kunnen uitleggen wat er gebeurt binnen de muziektherapie. Vaak hebben mensen hier geen duidelijk beeld over en ik wil dit zo duidelijk mogelijk over kunnen brengen, zodat inzichtelijker wordt wat er gebeurt. Door het uitvoeren van dit onderzoek zal ik me bewuster zijn van de werking van muziektherapie en van wat ik doe. Hierdoor zal ik een meer onderbouwd, genuanceerd en toegespitst werkmodel kunnen ontwikkelen dat past bij mijn visie en mijn manier van werken. Op deze manier kunnen mijn behandelingen meer methodisch, effectiever en gericht worden. Het uitvoeren van een onderzoek zal me helpen kritischer te kijken naar andere onderzoeken, omdat ik beter weet hoe een onderzoek is opgebouwd en aan welke kwaliteitscriteria het moet voldoen. Doordat ik kritisch kan kijken naar onderzoek en doordat ik kan verklaren wat ik doe en wat er gebeurt binnen de muziektherapie en waarom muziektherapie 'werkt', zal ik *evidence based* kunnen werken. Evidence based practice wordt op de website van Encyclo (www.encyclo.nl) beschreven als het uitvoeren van een handeling door een beroepsbeoefenaar op zo'n wijze dat de uitvoering is gebaseerd op de best beschikbare informatie over doelmatigheid en doeltreffendheid. Op de website van de consumentenborg (www.consumentenborg.nl) is te lezen dat er in deze tijd veel wordt bezuinigd in de zorg. Daarom is het van belang evidence based te kunnen werken. Ik kan zo bewijzen dat wat ik doe effect heeft, dat wat ik doe een belangrijke bijdrage levert en dat het doeltreffend is. Dat is belangrijk om als muziektherapeut aan een baan te komen of je baan te houden in deze tijd.

1.2 De vraagstelling

De hoofdvraag

Hoe kan muziektherapie een positieve invloed hebben op het verliesverwerkingsproces van een jongdementerende cliënt?

De deelvragen

Om de hoofdvraag te kunnen beantwoorden heb ik de volgende deelvragen opgesteld:

1. Wat betekent veiligheid voor de cliënt?
2. Waardoor ontstond veiligheid bij de cliënt en hoe is te zien dat ze zich hierdoor veilig voelde?
3. Wat houdt muzikale expressie in voor de cliënt?
4. Waardoor komt de cliënt tot muzikale expressie en hoe is te zien dat ze hierdoor tot muzikale expressie komt?
5. Hoe zorgde veiligheid ervoor dat de cliënt tot muzikale expressie kwam?
6. Hoe had muzikale expressie een positieve invloed op het verliesverwerkingsproces?
7. Hoe had veiligheid een positieve invloed op het verliesverwerkingsproces?
8. Wat hield de positieve invloed van muziektherapie op het verliesverwerkingsproces in?

1.3 De doelstelling

Het doel van dit onderzoek is het ontwikkelen van een *in de praktijk gefundeerde theorie*. Ik wil verklaren hoe muziektherapie een positieve invloed had op het verliesverwerkingsproces van een jongdementerende cliënt. In de therapie die ik ga onderzoeken, ontstond een proces waardoor de muziektherapie steeds meer een positieve invloed kreeg op het verliesverwerkingsproces van de cliënt. Ik wil verklaren waardoor dit proces ontstond, hoe muziektherapie een positieve invloed had op het verliesverwerkingsproces en wat deze positieve invloed inhield. De gegevens van dit onderzoek komen gegarandeerd uit de praktijk, doordat ik ga werken met principes van de onderzoeksmethode *grounded theory*. De resultaten zijn ook bedoeld om toe te passen bij andere gevallen in de praktijk. Met de ontwikkelde theorie wil ik het voor mezelf en voor andere muziektherapeuten inzichtelijker maken hoe muziektherapie kan worden ingezet om een positieve invloed te hebben op het verliesverwerkingsproces van jongdementerende mensen. De resultaten zouden ook op andere doelgroepen kunnen worden betrokken. Er moet wel voorzichtig omgegaan worden met het betrekken van de resultaten op therapieën met andere jongdementerende mensen of met andere doelgroepen. Bij het verruimen naar een andere context mogen er geen overhaaste conclusies worden getrokken (Smeijsters, 2008).

2. De onderzoeksopzet

2.1 Het onderzoekstype

Voor het onderzoek ga ik het *verklarende onderzoekstype* gebruiken. De focus ligt daarbij op een fenomeen dat al heeft plaatsgevonden. In dit geval gaat het over de muziektherapiesessies met Marloes en het proces dat daarin ontstond. Bij een verklarend onderzoek wordt er gezocht naar oorzaken of motieven van een gegeven. De onderzoeker probeert vast te stellen of een bepaald gebeuren een goede verklaring is voor een bepaalde verandering (Migchelbrink, 2007). Het verklarende onderzoekstype past goed bij mijn vraagstelling. Ik wil begrijpen en verklaren hoe verschillende factoren binnen de muziektherapie een positieve invloed hebben gehad op haar

verliesverwerkingsproces. Ik wil opzoek gaan naar een verklaring voor de ondervindingen die ik daarbij heb opgedaan. Bij verklarend onderzoek gaat het om 'begrijpen' en 'verklaren' van de volle breedte van het verschijnsel, waarbij de verwevenheid van relevante factoren behouden blijft en de onderzoeker 'hoe'- en 'waarom'-vragen beantwoordt (Hutjes, 2000; Yin, 2003 in Smeijsters). Dit is ook de insteek van mijn onderzoek. Ik wil de ondervindingen die ik heb opgedaan in de volle breedte onderzoeken en verklaren *hoe* het proces tot stand is gekomen en *hoe* dit positief heeft bijgedragen aan het verliesverwerkingsproces van Marloes. Daarbij wil ik zoeken naar verbanden, samenhang en relaties tussen verschillende relevante factoren.

2.2 De onderzoeksmethode

De onderzoeksmethode die ik voor mijn onderzoek ga gebruiken is de *kwalitatieve casestudy*. Kwalitatieve casestudy onderzoek bij therapie is een vorm van procesonderzoek dat de behandeling van begin tot einde volgt en onderzoekt welke interventie op welk moment welk effect heeft (Smeijsters, 2006). De behandeling van Marloes heb ik niet van begin tot einde gevolgd, omdat mijn stage voorbij was voordat de therapie gestopt was. Wel heb ik mijns inziens voldoende informatie over de behandeling om een kwalitatieve casestudy te gaan doen. Ik wil me sowieso richten op de behandeling die ikzelf als therapeut verzorgde en niet op de behandeling die mijn stagebegeleider verzorgde. In die zin heb ik de behandeling die ik als therapeut verzorgde dus wel van begin tot einde gevolgd. Ik heb voor deze onderzoeksmethode gekozen omdat deze het beste past bij mijn vraagstelling. Beiden hebben als doel om ervaringen uit de praktijk samen te brengen om antwoord te geven op een probleem of vraag uit de praktijk (Migchelbrink, 2010). Kwalitatief onderzoek gaat in op de vraag *hoe* en *waarom* iets werkt. In mijn onderzoek wil ik kijken naar *hoe* muziektherapie een positieve invloed heeft gehad het verliesverwerkingsproces van een jong dementerende cliënt. Ik wil daarbij vooral de verdieping ingaan en een kwalitatieve casestudy lijkt me daar de beste onderzoeksmethode voor. Het fenomeen kan met deze onderzoeksmethode diepgaand onderzocht worden, zodat er zo weinig mogelijk aspecten blijven liggen die tot de positieve invloed op het verliesverwerkingsproces hebben geleid. Bij een kwalitatieve casestudy worden de actuele individuele cliënt en de individuele behandeling als uitgangspunt genomen (Smeijsters, 2005). Dit is in mijn casestudy ook het geval, alleen is de therapie al een jaar geleden afgesloten en dus niet meer zo actueel.

2.3 De dataverzameling

Beschrijving van proefpersoon en respondenten

Om zeker te weten dat ik een passend antwoord krijg op mijn vraagstelling, is het belangrijk dat de proefpersoon en respondenten van mijn onderzoek voldoen aan een aantal criteria. Het is belangrijk dat de proefpersoon een jongdementerende persoon is die door een verliesverwerkingsproces gaat, waarbij deze moeilijk tot verwerking van de verliezen komt. Het is belangrijk dat deze persoon geïndiceerd was voor muziektherapie, omdat muziektherapie een positieve invloed zou kunnen hebben op het verliesverwerkingsproces. De proefpersoon die ik heb gekozen voor mijn onderzoek is Marloes. Zij voldoet aan de zojuist beschreven criteria en is dus een passende persoon voor dit onderzoek. In de probleemstelling heb ik al een korte beschrijving van haar gegeven en hier zal ik dit nog kort aanvullen. Marloes kwam in de periode van december 2009 tot juni 2010 kwam bij mij naar de individuele muziektherapie. Ze was geïndiceerd voor muziektherapie, omdat zij door haar primaire afasie verbaal moeilijk uit kon drukken wat ze dacht of voelde. Haar verwerkingsproces verliep mede daardoor moeilijk en ze was in die tijd erg verdrietig, vaak boos, in de war en onrustig. Ze ging snel achteruit, waardoor er ook steeds nieuwe verliezen bijkwamen. Het doel van de muziektherapie was het vinden van een vorm van expressie die bij haar paste.

Harry van den Berghe is de respondent van het eerste interview dat ik voor dit onderzoek gehouden heb. Hij was toen muziektherapeut in De Landrijt, de instelling waar ik stage heb gelopen en werkt nu in een andere instelling met onder andere jongdementerende mensen. Harry heeft veel ervaring in het werken als muziektherapeut met verschillende doelgroepen, waaronder jongdementerende mensen en is hij een deskundige op dit gebied. Voor en na dat ik in mijn stage met Marloes gewerkt heb, heeft hij haar muziektherapieën verzorgd. Ook heeft hij veel therapieën die ik gaf, geobserveerd. Hierdoor heeft hij een duidelijk beeld over hoe de therapie verliep en de werking die de therapie had.

De tweede persoon die ik heb geïnterviewd is Amy Paulissen, contactverzorgende op de afdeling waar Marloes verblijft. Amy is niet de contactverzorgende van de Marloes zelf, maar ze kent haar goed, want ze staat bijna dagelijks in contact met haar. Zij kent haar vanaf het moment dat Marloes opgenomen werd op de vaste afdeling. In deze tijd kwam Marloes bij mij naar de muziektherapie en Amy weet dus nog goed hoe Marloes in die tijd was. De contactverzorgende van de Marloes was tijdelijk niet aanwezig en daarom bood Amy zich aan om mijn vragen te beantwoorden.

Dataverzamelings technieken

De eerste dataverzamelings techniek die ik heb gebruikt om de benodigde gegevens en informatie te verzamelen is *observatie*. Observatie is het zorgvuldig en aandachtig waarnemen van gedragingen waarin onderzoekers zijn geïnteresseerd (Migchelbrink, 2010). De gegevens die door observatie zijn verkregen, heb ik verzameld tijdens mijn stageperiode. Tijdens de therapieën die ik gaf, heb ik geobserveerd wat er gebeurde en dit heb ik zo snel mogelijk na afloop van de sessies gerapporteerd. Deze rapportages heb ik destijds niet bewust voor dit onderzoek beschreven, omdat ik nog niet wist dat ik deze voor mijn onderzoek ging gebruiken. In de tijd dat ik therapie gaf, heb ik dus niet vanuit de rol van onderzoeker geobserveerd en gerapporteerd, maar als therapeut. De observatie is op een ongestructureerde manier uitgevoerd. Het voordeel van een ongestructureerde observatie is dat de beschrijvingen levensechter zijn (Migchelbrink, 2010). De observaties die ik deed, waren *participerende observaties*. Dit betekent dat de onderzoeker ter plekke in de situatie aanwezig is en deelneemt aan de activiteiten van de mensen die hij observeert (Migchelbrink, 2010). Ik observeerde Marloes voornamelijk tijdens de individuele muziektherapiesessies. Door de participerende observaties kon ik zelf van dichtbij zien en ook ervaren wat er gebeurde.

De tweede dataverzamelings techniek die ik heb toegepast is de *inhoudsanalyse*. Inhoudsanalyse is een techniek die je vooral gebruikt voor het verkrijgen van gegevens uit documenten, media en uit de sociale en fysieke werkelijkheid. Ik heb de inhoudsanalyse toegepast op het dossier van Marloes. Het verkrijgen van gegevens uit dit materiaal gebeurt met behulp van een lijst die je vooraf maakt met uit de vraagstelling afgeleide aandachtspunten (Migchelbrink, 2010). Met deze lijst kon ik gericht in het dossier opzoek gaan naar gegevens die relevant waren voor het beantwoorden van de vraagstelling. De aandachtspunten die ik gebruikte, waren het functioneren van Marloes in de instelling, thuis en in de muziektherapie, haar beschreven belevingen, gedragingen en haar ziekteverloop.

De derde dataverzamelings techniek die ik heb gebruikt is *ondervragen*. Ondervraging is een vorm van een gesprek waarin (meestal) één persoon vragen stelt aan één of meerdere anderen, die zich voornamelijk beperken tot het geven van antwoorden (Maso en Smaling, 1998). De databronnen die ik hiervoor gebruikt heb zijn twee *individuele personen*. Dit zijn Harry van den Berghe en Amy Paulissen, twee personen die ik eerder heb beschreven bij het kopje *beschrijving van proefpersoon en respondenten*. Ik heb gekozen om deze twee personen te ondervragen, omdat zij ieder deskundig zijn op een gebied dat betrekking heeft op mijn vraagstelling. Door hen te ondervragen, kon ik gegevens die ik nog miste, aanvullen. Ik heb gekozen voor twee *individuele interviews*. Hiervoor heb ik gekozen, omdat ik van Harry van den Berghe vooral informatie over de muziektherapie met Marloes hoopte te krijgen en van Amy Paulissen wilde ik graag weten hoe Marloes in de tijd dat ik stage liep, functioneerde in haar dagelijks leven. Door gebruik te maken van individuele interviews kon ik hier meer gerichte vragen over stellen. Bij het interview met Harry van den Berghe heb ik gebruik gemaakt

van een *open ondervraging*, waarbij ik gewerkt heb met een *topiclist* van onderwerpen die ik aan de orde wilde laten komen. Ik heb gekozen voor de open ondervraging, omdat ik denk dat op deze manier het diepst ingegaan kan worden op onderwerpen, mede doordat ik veel kan doorvragen. Wat ik wilde weten, was op dat moment nog redelijk open en door een open interview kon ik de respondent zelf veel laten inbrengen. Bij het interview met Amy Paulissen heb ik gekozen voor een gestructureerd *interview*, omdat ik opzoek was naar vrij gerichte informatie. Ik had een aantal vragen over de cliënt waar ik graag antwoord op wilde hebben en deze vragen heb ik gesteld. Om de respondent zelf nog de kans te geven haar mening te geven en andere informatie in te brengen, heb ik hier ruimte voor gemaakt door te vragen of ze zelf nog iets wilde vragen of toevoegen. Bij beide interviews heb ik gekozen voor mondelinge face tot face ondervragingen, omdat dit persoonlijker is en ik hier de mogelijkheid toe had.

Nadat ik de gegevens uit de interviews had geanalyseerd, heb ik de analyses aan de respondenten voorgelegd en gevraagd of ze het ermee eens waren en of ze eventueel nog aanvullingen hadden. Harry van den Berghe had hierbij nog een aantal aanvullingen die relevant en aanvullend waren voor de beantwoording van mijn vraagstelling. Deze aanvullingen heb ik als nieuwe data weer meegenomen in mijn onderzoek.

2.4 De datapreparatie

Voordat ik begon met de data-analyse, heb ik de data die ik had verzameld, geprepareerd. De eerste stap in de datapreparatie die ik toepaste, was het uittypen van alle interviews, observaties en gegevens uit documenten. Hierbij heb ik erop gelet dat ik alles zoveel mogelijk letterlijk uittipte en ik heb geprobeerd interpretaties te vermijden. De observaties van de therapieën heb ik tijdens mijn stage al uitgetypt als rapportages. Dit deed ik zo snel mogelijk nadat de therapie was afgelopen, waardoor de kans op subjectiviteit en dus vertekening minder groot is. De tweede stap was het schrappen van alle tekst die niet relevant was voor mijn onderzoek. Of iets wel of niet relevant was, bepaalde ik aan de hand van mijn onderzoeksvraag. De vraagstelling was mijn uitgangspunt, zowel bij de datapreparatie als bij de data-analyse.

2.5 De data-analyse

Grounded theory

Voor het analyseren van de data van mijn onderzoek, heb ik gebruik gemaakt van coderingsprincipes uit de onderzoeksmethode *Grounded Theory*. Deze onderzoeksmethode kenmerkt zich door het ontwikkelen van een in de praktijk gefundeerde theorie, wat tevens het doel is van mijn onderzoek. Het uitgangspunt voor onderzoek is verder zeer open: een globale vraagstelling samenhangend met een globaal theoretisch kader (Wester en Peeters, 2004). Bij grounded theory wordt veel gebruik gemaakt van *coderen*. Coderen betekent het leggen van een link tussen de onderzoeksdata en het richtinggevende (conceptueel) kader. Een code betekent niet meer dan een begrip dat gebruikt wordt bij het labelen van onderzoeksdata (Nuijens, 2010). In elke vorm van kwalitatief onderzoek is coderen een noodzaak om structuur te kunnen vinden. In het coderen ontmoeten doen (een code opschrijven of intypen) en denken (bedenken van goede vragen en adequate labels) elkaar (Boeije, 2005). De grounded theory heeft drie analysetechnieken, te weten het open coderen, axiaal coderen en het selectief coderen (Wester en Peeters, 2004). Deze drie technieken heb ik gebruikt voor het analyseren van de data.

Open coderen

In de eerste fase van de analyse heb ik gebruik gemaakt van *open coderen*. Bij open codering worden alle gegevens die tot dan toe zijn verzameld zorgvuldig gelezen en in fragmenten gedeeld. Deze fragmenten krijgen een samenvattende naam waaronder ze worden opgeborgen, een code. Hierin wordt de betekenis van het fragment uitgedrukt (Boeije, 2005). Bij het formuleren van de codes heb ik geprobeerd zoveel mogelijk woorden uit het fragment zelf te gebruiken, om zo dicht mogelijk bij de bewoordingen van de respondenten van het interview of van mezelf bij de observaties te blijven. Op basis van de codes heb ik de tekst geordend en gestructureerd. Hierdoor werden de gegevens beter hanteerbaar en overzichtelijker. Bij het open coderen was het belangrijk fragmenten uit de tekst met elkaar te vergelijken, omdat meerdere fragmenten dezelfde code konden krijgen. Wanneer er veel informatie in een fragment naar voren kwam die relevant was voor het onderzoek, heb ik deze meerdere codes gegeven. De fase van het open coderen heb ik beëindigd toen er geen nieuwe codes meer waren en er dus verzadiging was opgetreden. Dat wil zeggen dat nieuwe informatie uiteengerafeld zou kunnen worden in fragmenten en bij bestaande codes kan worden ondergebracht (Boeije, 2005).

Axiaal coderen

In de tweede fase van de analyse heb ik gebruik gemaakt van *axiaal coderen*. Hier ontstaat er een idee van wat er aan het onderzoeksontwerp belangrijk is om te bestuderen (Boeije, 2005). Door gebruikt te maken van axiaal coderen, heb ik de belangrijkste begrippen om de vraagstelling te beantwoorden, het analytisch kader, uitgewerkt. Ik heb dit gedaan door te kijken welke codes vaak terugkomen en relevant zijn voor het beantwoorden van de vraagstelling. Vervolgens heb ik groepen codes gekoppeld aan een hoofdcodes, waardoor er als het ware vertakkingen vanuit een hoofdcodes ontstonden. Iedere vertakking was een onderdeel van de hoofdcodes (Nuijens, 2010). De hoofdcodes heb ik gebruikt om nieuwe data te analyseren, waardoor de centrale begrippen aangevuld en steeds duidelijker uitgewerkt werden. Door nieuwe data te analyseren aan de hand van de hoofdcodes, heb ik aan het einde van de fase van axiaal coderen ook getoetst of de of de indeling van hoofdcodes en subcodes klopte. De fase van het axiaal coderen heb ik afgerond toen duidelijk werd afgetekend welke hoofdcodes en subcodes er zijn, hoe de codes zich van elkaar onderscheiden en wat ze betekenen (Boeije, 2005).

Selectief coderen

In de derde fase van de analyse heb ik gebruik gemaakt van *selectief coderen*. Met het selectief coderen heb ik de kern van de theorie uitgewerkt. Door gebruik te maken van deze techniek kwam ik steeds dichterbij de uiteindelijke theorie en werd dit steeds verder en gedetailleerder uitgewerkt. In deze fase heb ik me afgevraagd welke thema's steeds opnieuw terugkomen in de waarnemingen, hoe de verschillende elementen zich tot elkaar verhouden en onder welke condities een bepaald verschijnsel optreedt. Ik heb relaties gelegd tussen de verschillende centrale begrippen en de andere thema's. Dit wordt *synthese* genoemd. Hierdoor kwam ik uit op een tweetal kerncategorieën. Een kerncategorie beschrijft en verklaart de waarnemingen van de onderzoeker. Het staat centraal, alle begrippen zijn ermee verbonden, het verklaart de variatie die werd waargenomen in het verschijnsel en vereenvoudigt de analyse: de puzzel valt op zijn plek (Boeije, 2005). De resultaten die uiteindelijk voortkwamen uit de data-analyse, de theorie, staat beschreven bij de resultaten van het onderzoek.

2.6 De kwaliteitscriteria

De kwaliteitscriteria zijn ontwikkeld om de validiteit en betrouwbaarheid van onderzoekdata te garanderen. De kwaliteitscriteria voor kwalitatief onderzoek zijn (Smeijsters, 2008):

- **Credibility.** Dit betekent dat de resultaten geloofwaardig zijn voor de respondenten. Het is daarbij belangrijk dat de data op een goede manier zijn geanalyseerd en dat deze data-analyse overeenkomt met wat de respondenten wilden zeggen.
- **Dependability.** De resultaten zijn zo compleet mogelijk. Er ontbreekt geen belangrijke informatie.
- **Conformability.** Externe beoordelaars kunnen volgen hoe de gevolgtrekkingen van de onderzoeker tot stand zijn gekomen.
- **Transferability.** De resultaten zijn zo uitgewerkt dat het mogelijk is te beoordelen of deze ook naar een andere situatie verplaatst kunnen worden.
- **Authenticity.** De respondenten hebben een eerlijke kans gehad hun mening te geven, of de onderzoeker kon handelen zonder dat zijn rol als onderzoeker dit in de weg stond.

Om ervoor te zorgen dat er aan deze criteria wordt voldaan, zijn er een aantal technieken ontwikkeld (Smeijsters, 2008). In dit onderzoek zijn de volgende technieken gebruikt:

Credibility.

- Member checking door de respondenten. Ik heb aan de respondenten gevraagd om de data-analyses controleren.
- Herhaalde data-analyses. Bij elke nieuwe stap in het analyseproces heb ik de data vergeleken met de originele data.

Dependability.

- Member checking door de respondenten.
- Als participierend onderzoeker kun je beïnvloed zijn, doordat je op een bepaalde manier terugkijkt op de therapie. Ik heb mijn stagebegeleider, Harry van den Berghe, die de meeste sessies heeft bijgewoond en de cliënt zelf ook muziektherapie heeft gegeven, gevraagd hoe hij tegen de therapie aankijkt.

Conformability.

- Peer debriefing. De data-analyses en tussentijdse resultaten van mijn onderzoek heb ik voorgelegd aan mijn scriptiebegeleidster Kathinka Poismans .

Transferability.

- Peer debriefing.
- Triangulatie. Er wordt gebruik gemaakt van verschillende databronnen en dataverzamelingstechnieken, waardoor de waarneming en ervaring van het te onderzoeken fenomeen concreter gemaakt kan worden en de betrouwbaarheid wordt vergroot.

Authenticity.

- Member checking door de respondenten.
- De respondenten hebben tijdens de interviews de ruimte gegeven eigen mening of informatie in te brengen.
- Originele rapportages van de therapie gebruikt als data.
- Herhaalde data-analyses.

3. De resultaten

3.1 De kerncategorieën

Verliesverwerking houdt in dat er bewust en waardig afscheid wordt genomen - op alle levensniveaus – van een verloren gegaan, geliefd onderdeel van iemands bestaan en het overgaan naar een nieuw levenshoofdstuk met herinnering aan het oude (De Monnick, 2008). Het verliesverwerkingsproces van Marloes verloopt anders dan het bij de meeste mensen verloopt. Door haar blijvende achteruitgang en het feit dat er verliezen bij blijven komen, komt er geen einde aan haar verliesverwerkingsproces. Zij kan niet overgaan naar een nieuw levenshoofdstuk met herinnering aan het oude, waarbij ze haar verliezen accepteert. Zij zal blijven achteruitgaan, waardoor er verliezen bij zullen blijven komen en er zal niet snel moment komen waarop zij klaar is met rouwen om haar verliezen. Vaak is er bij mensen met dementie pas aanvaarding op het moment van overlijden. Muziektherapie kan Marloes dus niet helpen tot aanvaarding, de laatste fase van het verliesverwerkingsproces te komen. Uit het onderzoek is wel gebleken dat muziektherapie een positieve invloed heeft gehad op het verliesverwerkingsproces. Veiligheid en muzikale expressie speelden daarbij een erg belangrijke rol en zijn kerncategorieën uit mijn onderzoek. Veiligheid is een kerncategorie, omdat dit de belangrijkste voorwaarde voor Marloes is om tot expressie te komen en omdat uit de data-analyse naar voren komt dat veiligheid een erg belangrijke invloed heeft op het verliesverwerkingsproces. Doordat Marloes zich steeds veiliger voelde, kwam er een proces in de therapie op gang dat positief was voor het verliesverwerkingsproces. Muzikale expressie is een kerncategorie uit dit onderzoek, omdat het een essentiële rol speelt in de therapie, nauw verbonden staat met veiligheid en omdat dit samen met veiligheid een belangrijke positieve invloed heeft op het verliesverwerkingsproces van Marloes. Beide kerncategorieën zijn met alle andere relevante begrippen uit het onderzoek verbonden en staan centraal in het onderzoek. In de therapie werd er ook naartoe gewerkt dat Marloes zich veilig voelde en tot muzikale expressie kwam. In dit hoofdstuk zal ik de resultaten van het onderzoek beschrijven. Hierbij beschrijf ik wat veiligheid en muzikale expressie inhouden in de therapie, waardoor ze tot stand komen en waaraan ik dat kan zien.

Veiligheid

Wat betekent veiligheid voor de cliënt?

Wanneer ik het in deze scriptie heb over veiligheid, dan heb ik het over denkbeeldige veiligheid. Denkbeeldige veiligheid gaat erover of iemand zich veilig voelt. Het gaat om de beleving van veiligheid van Marloes, of zij zich veilig voelt of niet. Veiligheid betekent voor Marloes dat ze voelt dat het goed is, ze voelt zich op haar gemak en voelt dat er ruimte is voor haar om er te mogen zijn. Ze voelt dat er ruimte is om zichzelf en haar emoties te mogen beleven, laten zien en horen. Dat het niet moet, maar dat het wel mag. Ze mag er zijn met haar emoties en wordt hier niet op veroordeeld. Ze heeft vertrouwen in mij en in de therapiesituatie waarin ze zich bevindt, ze weet waar ze aan toe is en voelt zich geaccepteerd. Ze weet dat ik er voor haar ben en niet te veel van haar vraag. Veiligheid is een gevoel van rust, acceptatie en vertrouwen. Er is geen stress of onrust aanwezig. Het is een essentieel onderdeel in de therapie.

Waardoor ontstond veiligheid bij de cliënt en hoe is te zien dat ze zich hierdoor veilig voelde?

Door de verzamelde data te analyseren, ben ik tot de conclusie gekomen dat er een viertal factoren zijn die ervoor zorgden dat de Marloes zich veilig voelde in de muziektherapie. Dit zijn acceptatie, de vertrouwensband, het werken in de muziek en de aanwezigheid van muzikale structuur. Acceptatie en een vertrouwensband zijn voorwaarden voor Marloes om zich in de muziektherapiesessies veilig te voelen. Tijdens het muziek maken was muzikale structuur ook een voorwaarde voor veiligheid. Het werken in de muziek was eerder een middel waardoor Marloes zich veiliger kon voelen. In het begin

van de therapie waren deze factoren niet of in mindere mate aanwezig en was te zien dat Marloes zich niet veilig voelde. Tijdens de therapie kwamen deze factoren steeds duidelijker naar voren en was ook te zien dat Marloes zich steeds veiliger voelde. Hier beschrijf ik wat deze vier factoren inhouden, hoe ze voor veiligheid zorgden en waaraan te zien is dat Marloes zich hierdoor veiliger voelde.

Acceptatie

Acceptatie is een van de drie belangrijke grondhoudingaspecten uit de cliëntgerichte therapie. Het houdt in dat de therapeut de ervaringen van de cliënt erkent zonder het goed of fout te keuren en zonder er een moreel oordeel over te hebben. (Vandereycken, Hoogduin & Emmelkamp, 2006). Acceptatie van mij als therapeut was voor Marloes een voorwaarde om zich veilig te voelen. Aan het begin van de therapie was de houding die ik ten opzichte van Marloes had niet volledig acceptierend. Ik pleegde muzikale interventies om te proberen haar emoties tot expressie te laten komen, terwijl zij zich nog lang niet veilig en vertrouwd genoeg voelde deze te uiten of te delen met mij. Ik kwam te dichtbij, wat zij niet prettig vond en daarmee ging ik over haar grens in nabijheid. Dit deed ik bijvoorbeeld door het volume van het spel op te voeren en te proberen haar hierin mee te nemen. Marloes ging hier niet in mee en brak enkele keren zelfs het spel abrupt af. Ze wilde vaak niet mee naar de therapie en bijna elke sessie wilde ze na ongeveer twintig minuten weer weg. Hieraan is af te leiden dat zij zich niet veilig voelde wanneer ik haar grenzen en muzikale inbreng niet volledig accepteerde en te snel te veel wilde. Na een aantal sessies ging ik steeds minder over haar grenzen heen en accepteerde ik haar zachte, wat gesloten manier van spelen steeds meer. Vanaf de tiende sessie was er een duidelijke omslag in mijn houding en in de interventies die ik pleegde. Ik accepteerde haar muzikale inbreng en probeerde haar niet meer mee te nemen naar een speelmanier die ver van haar afstond. Dit deed ik muzikaal door gebruik te maken van technieken als pacing (op hetzelfde energieniveau spelen als de cliënt) en making space (ruimte laten in de structuur van de improvisatie die de cliënt kan invullen) (Bruscia, 2001). Ik maakte ruimte voor haar om zichzelf te mogen zijn, om met haar emoties te komen en maakte daarmee mijn acceptatie duidelijk. Ze mocht zijn wie ze was. Ze mocht haar emoties laten zien, maar als ze dat niet wilde of durfde, hoefde dat niet. Marloes voelde zich hier veiliger door. Dit was te zien doordat ze zichzelf steeds meer hoorbaar durfde te maken en haar manier van spelen steeds zekerder en meer eigen klonk. Ze had een meer ontspannen houding in de therapie en ik kon zien dat ze zich steeds meer op haar gemak voelde in het muziek maken en in het contact met mij. Ze brak de spellen niet meer af, wilde meestal graag mee naar de therapie en gaf ook niet meer aan weg te willen of te moeten uit de therapie. Ze voelde zich veilig en durfde er echt als *zichzelf* te zijn, omdat zij geaccepteerd werd hoe ze was. Acceptatie vanuit mij was dus nodig voor haar om zich veilig en op haar gemak te voelen in de muziektherapie.

De vertrouwensband

In de therapie met Marloes betekent vertrouwen dat ze weet dat ik er voor haar ben en haar accepteer zoals ze is. Wanneer ze mij vertrouwt, kan ze mij ook toevertrouwen wat er in haar omgaat en voelt ze zich veilig is bij mij. Vertrouwen is een voorwaarde voor Marloes om zich veilig te voelen in het contact met ik. Het heeft even geduurd voordat er sprake was van een vertrouwensband tussen Marloes en mij. Aan het begin van de therapie wilde Marloes in eerste instantie vaak niet meekomen wanneer ik haar kwam uitnodigen voor de muziektherapie. Ze herkende me niet en begreep niet wat de bedoeling was, waardoor ze verward raakte en zich bedreigd kon voelen. Doordat mijn houding niet helemaal acceptierend was en ik haar grenzen niet accepteerde, was het voor haar ook moeilijk mij te vertrouwen en zich veilig te voelen bij mij. Ze wilde iedere sessie na ongeveer twintig minuten weer gaan. Ze voelde zich niet veilig bij een persoon die ze niet of nauwelijks kende en in de voor haar vreemde muziekrimte. Doordat ik zelf steeds vertrouwer met Marloes raakte, wist ik steeds beter wanneer ik te dichtbij kwam, wat haar behoeftes, kwaliteiten en grenzen waren. Hierdoor sloten mijn houding, interventies en manier van omgaan met haar steeds beter bij haar aan. Ik nam de tijd voor haar en liet haar merken dat ik haar echt waarnam. Ik luisterde naar wat ze zei, ook al begreep ik niet

wat ze me duidelijk wilde maken. Ook liet ik muzikaal merken dat ik haar spel waarnam, door technieken te gebruiken als pacing (op hetzelfde energieniveau spelen als de cliënt) en completing (beantwoorden of aanvullen van het spel van de cliënt) (Bruscia, 2001). Ze mocht er zijn, ze mocht spelen wat ze wilde en ik veroordeelde haar niet. In het contact nam ik niet zozeer een rol aan, maar was ik vooral mezelf. Ik reageerde vanuit mezelf en daardoor was ik echter. Mijn houding had veel overeenkomsten met de houding beschreven in de cliëntgerichte therapie van Carl Rogers, waarbij empathie, acceptatie en echtheid essentiële onderdelen zijn. Doordat ik me beter kon afstemmen op Marloes vertrouwde ze me steeds meer. Na een aantal sessies begon er echt een vertrouwensband te ontstaan. Eerst wist Marloes niet wie ik was en wat de bedoeling was, waardoor ze zich niet veilig voelde. Na een tijdje herkende ze me wel en ze wist dat we naar de muziekruimte gingen om muziek te maken wanneer ik haar kwam uitnodigen. Ze ging graag mee en gaf ook aan dat ze het prettig vond wanneer ik kwam. Het was te zien dat ze zich meer op haar gemak voelde in het contact met mij, want ze was meer ontspannen en maakte ook meer contact met me. Ze werd steeds opener in het contact en deelde steeds meer met mij wat er in haar omging. Ze voelde zich veilig bij mij, vertrouwde me ook en gaf vaak aan dat ze het fijn vond dat ik kwam.

Werken in de muziek

Bij muziektherapie waar in de muziek wordt gewerkt is het essentieel dat de expressie en verandering van de cliënt zich afspelen in de muziek. De therapeut neemt de muziek als uitgangspunt en keert ernaar terug. Het verbaalreflectieve aspect is ondergeschikt aan het werken in de muziek (Smeijsters, 2003). In de eerste paar sessies heb ik enkele keren gebruik gemaakt van eenvoudige opdrachtjes of instructies, zoals het spelen aan de hand van plaatjes of het kiezen van een instrument. Doordat Marloes niet of niet helemaal begreep wat de bedoeling was, raakte ze in de war. Door de verwarring werd ze onrustig en gestrest. Ze probeerde het feit dat ze niet wist wat ze moest doen te verbergen door bijvoorbeeld te zeggen dat het haar niets uitmaakte of ergens anders over te beginnen. Ze leek niet te willen dat ik zou weten dat ze het niet begreep. Dit leek onzekerheid met zich mee te brengen. Ze voelde ze zich niet veilig en op haar gemak wanneer we met opdrachtjes of verbale instructies werken. Dat was te moeilijk voor haar. Ze liet zichzelf op deze manier ook niet aan mij laten zien en ze probeerde te verbergen dat ze het niet begreep. De essentie lag in de eerste sessies wel al op het werken in de muziek, maar het verbale aspect was nog te veel aanwezig voor Marloes om zich veilig te voelen. Vanaf de vijfde sessie hebben we niet meer met verbale instructies gewerkt en heb ik alleen werkvormen ingezet waarbij de expressie, het contact en het proces bijna geheel plaatsvonden in de muziek. Werkvormen die ik heb ingezet zijn vrije improvisaties op verschillende instrumenten en met stem, het zingen van liedjes en een enkele keer hebben we receptief gewerkt. Het verbale gedeelte, waar Marloes veel moeite mee had en wat onzekerheid naar boven bracht, was bij deze werkvormen overbodig en werd bijna geheel weggelaten. In de muziek wist ze beter waar ze aan toe was en raakte ze niet in de war door de dingen die ze in het dagelijks leven niet meer begreep of kon volgen. Ze kon volgen wat er gebeurde begreep dit ook. Ze ontspande meestal wanneer we samen muziek maakten en genoot vaak zichtbaar. De muziek en het werken in de muziek was een middel dat ik gebruikte waardoor Marloes zich veilig en zekerder voelde.

Muzikale structuur

In de muziektherapie met Marloes was er vaak een eenvoudige, voorspelbare, duidelijke en voor haar herkenbare structuur aanwezig. Muzikale structuur kwam vooral naar voren in duidelijke, voorspelbare muzikale frases, een duidelijk basisritme, een herkenbare cadens, een terugkomend motief en een voor haar volgbare muzikale vorm. Voor Marloes was het belangrijk dat de muzikale structuur eenvoudig en makkelijk te volgen en te voelen was. Ingewikkelde structuren kon zij niet meer goed volgen en dit leek ze ook niet als structuur te ervaren. Wanneer zij in mijn spel geen structuur ervoer, wist ze niet goed wat ze moest doen en trok ze zich vaak terug of werd ze wat onrustig en gestrest. Wanneer ik muzikale structuur bood die zij kon volgen, gaf dit haar veiligheid, omdat ze wist wat er ging komen en wist waar ze aan toe was. Tijdens het muziek maken of het luisteren naar muziek was

de aanwezigheid van muzikale structuur een voorwaarde voor Marloes om te weten waar ze aan toe was en om zich veilig te voelen. Voorspelbaarheid was belangrijk, omdat Marloes dit heel duidelijk als structuur leek te ervaren. Binnen muzikale structuur durfde zij tot spel te komen, zichzelf te laten horen en in contact te treden met mij. Ze ontspande vaak wanneer er eenvoud en voorspelbaarheid werd geboden. Muzikale structuur was voor haar iets veilig, iets volgbaars, iets dat haar niet in de war bracht.

Muzikale expressie

Wat houdt muzikale expressie in voor de cliënt?

In de muziektherapie was Marloes bezig met het tot expressie brengen van wat er op dat moment in haar omging. Wanneer ze tot expressie kwam, bracht ze via klank tot uiting wat zij op het moment zelf, in het hier en nu ervoer. Dit gebeurde de ene sessie door een trommelimprovisatie neer te zetten, waarin ze de boosheid die ze voelde over het feit dat ze dingen niet meer kon en niet begrepen werd tot uiting bracht. En dit gebeurde een andere sessie door het heel zachtjes neuriën van een enkele, nauwelijks hoorbare toon, waarin ze haar verdriet tot expressie bracht. De vorm van de uiting kon elke week anders zijn. In de muziektherapie kreeg Marloes de mogelijkheid tot expressie te komen op een manier die op dat moment passend was bij hoe ze zich voelde. Expressie ging erom dat zij via muziek naar buiten bracht wat er vanbinnen in haar omging en dit had vaak een emotionele lading. Het tot expressie komen kon ze doen op haar eigen manier, binnen haar eigen mogelijkheden. Binnen de muziektherapie heeft Marloes de ruimte gekregen haar eigen vorm van expressie te ontdekken.

Waardoor komt de cliënt tot muzikale expressie en hoe is te zien dat zij hierdoor tot expressie komt?

Een belangrijke voorwaarde voor Marloes om binnen de muziektherapie tot muzikale expressie te komen was *veiligheid*. Wanneer zij zich niet veilig voelde, kwam zij soms niet tot spel. Ze speelde in veel gevallen wel, maar bleef dan wel gesloten in haar muzikale uitingen en nam weinig initiatief tot het inbrengen van eigen elementen. Hoe veiligheid leidde tot expressie, zal ik later beschrijven en verklaren in paragraaf 2 van dit hoofdstuk, waar de samenhang tussen de kerncategorieën wordt beschreven. In dit stuk wil ik eerst verder ingaan op hoe de factoren acceptatie, de vertrouwensband, het werken in de muziek en de aanwezigheid van muzikale structuur ervoor zorgen dat de cliënt tot expressie komt. Deze factoren leidden ook tot veiligheid, maar uit de data-analyse is naar voren gekomen dat deze factoren de cliënt ook de mogelijkheid bieden tot expressie te komen.

Acceptatie

Zoals eerder beschreven accepteerde ik in het begin van de therapie de muzikale inbreng van Marloes niet helemaal. Toen zij niet tot expressie van haar emoties kwam en erg gesloten bleef in haar muzikale uitingen, probeerde ik haar naar een andere manier van spelen mee te nemen, naar een manier waarvan ik op dat moment dacht dat het expressief was. Ik liet daarmee weinig ruimte in mijn spel en gaf haar niet de tijd om tot uiting te brengen wat zij voelde, wanneer zij daar klaar voor was. Wat ik deed was haar meenemen naar een speelmanier van mezelf, waardoor zij geen ruimte kreeg te ontdekken hoe zij *zelf* haar emoties muzikaal tot expressie zou brengen. Na een aantal sessies nam ik steeds meer een accepterende houding aan en pleegde ik interventies, zoals pacing, waardoor mijn acceptatie duidelijk werd. Accepteren dat Marloes de tijd nodig had om tot expressie van haar emoties te komen was belangrijk, omdat er zo ruimte werd gemaakt voor haar om te experimenteren in de muziek. Hierdoor kon ze haar eigen manier van expressie ontdekken. Er was ruimte voor haar om tot expressie te komen zonder dat dit geforceerd werd. Door acceptatie vanuit mij, kreeg zij de mogelijkheid op haar eigen manier tot expressie te komen wanneer zij daar klaar voor was. Dit had ook als effect dat ze tot expressie kwam op haar eigen manier. Eerst bleef ze erg dicht bij muzikale elementen die ik inbracht en volgde zij mij bijna alleen maar. Stapje voor stapje durfde steeds iets meer te experimenteren met nieuwe manieren van spelen, durfde steeds meer eigen

muzikale elementen in te brengen en muzikaal te laten horen wat *zij* voelde. Deze elementen kwamen naar voren in subtiele veranderingen en kleine initiatieven, zoals meer legato en trager gaan spelen of zelf een nieuw melodietje spelen in plaats van mijn melodie te imiteren. Een belangrijk initiatief dat Marloes inbracht was de manier van expressie. Zij begon op een moment uit zichzelf te zingen, terwijl we achter de piano zaten. Daarmee bepaalde ze zelf haar vorm van expressie. Hoe meer ik haar accepteerde, hoe meer zij vanuit haarzelf speelde en tot expressie kwam op haar eigen manier.

De vertrouwensband

In de therapie met Marloes was het vertrouwen van haar in mij als persoon een belangrijke voorwaarde om tot expressie te komen wanneer we samen muziek maakten. In de sessies aan het begin van de therapie, verwachtte ik al dat zij haar emoties met mij zou delen, terwijl ze nog niet wist wie ik was en er nog geen sprake was van een vertrouwensband. Onze relatie was nog lang niet sterk genoeg en er was nog te weinig vertrouwen vanuit Marloes om zich kwetsbaar op te stellen door haar emoties bloot te geven. Ze voelde zich niet veilig en vertrouwd en trok zich vaak terug in het muzikale spel. Haar speelmanier zou ik beschrijven als zacht en klein. Na een tijd wist ze wie ik was en was er wel een vertrouwensband tussen ons ontstaan die steeds sterker werd. Hoe sterker onze band werd en hoe groter haar vertrouwen in mij werd, hoe meer ze zich voor mij open stelde. Zowel in de muziek als erbuiten liet zij steeds meer van zichzelf zien en horen. Het vertrouwen hebben in mij, weten dat ik haar accepteer en er voor haar ben, zorgt ervoor dat zij tot expressie wil en durft te komen en haar emoties met mij wil delen. Onze vertrouwensband was sterk genoeg om iedere sessie de emoties van Marloes in de muziek te ontdekken, vorm te geven en te beleven. We gingen dit iedere sessie samen weer aan.

Werken in de muziek

Door de frontotemporale dementie en primaire afasie was het voor Marloes moeilijk om verbaal tot expressie te komen. Ze kon wel kleine dingen aangeven, maar het verbaal uiten van emoties was moeilijk voor haar, doordat ze nauwelijks meer op de woorden kon komen. De reden dat zij geïndiceerd werd voor muziektherapie, was dat ze zich makkelijker kon uiten wanneer ze met muziek bezig was. Muziek diende als middel om tot expressie te komen. De kracht van Marloes lag in de non-verbale communicatie en vooral in de muziek. Zij had vroeger klarinet gespeeld en had relatief veel mogelijkheden om muzikaal in contact te treden en muzikaal tot expressie te komen. Zo kon ze beter laten horen wie ze was en wat ze voelde. Het was voor haar belangrijk met muziek maken bezig te blijven om te blijven wie ze was, ook al had ze daar meer hulp bij nodig dan eerst. In de muziektherapie kon ze de emoties en gevoelens die ze ervoer, voelen en uiten in de muziek. Muziek gaf haar de mogelijkheid tot expressie te komen.

Muzikale structuur

Muzikale structuur bood niet alleen veiligheid en houvast, het bood voor Marloes ook de mogelijkheid mee te gaan in iets dat er al was, een mogelijkheid om te komen tot spel en tot expressie. Er werd iets herkenbaars aangeboden, zoals een eenvoudig basisritme in een matig tempo, met een voor haar bekende cadens en een melodisch motiefje dat prettig en vertrouwd in haar gehoor lag. Ze kon in deze gestructureerde basis stappen en werd ondersteund in haar spel. De basis om tot expressie te komen was gelegd en er was nog steeds veel ruimte voor eigen inbreng. Het was voor haar moeilijk te beginnen met spelen wanneer er geen muzikale structuur aanwezig was. Zij begon meestal niet uit zichzelf met spelen en stapte pas in het spel zodra mijn spel een duidelijke, voor haar te volgen structuur had. Muzikale structuur was vaak een voorwaarde om tot spel en expressie te komen. Op sommige momenten bleef ze dichtbij muzikale elementen die ik inbracht en synchroniseerde ze bijvoorbeeld een motiefje dat ik speelde. Op andere momenten paste ze meer elementen van haarzelf in, binnen de geboden structuur. Deze elementen waren echt iets van haarzelf. Het was een stukje

van haarzelf dat ze tot uiting bracht binnen de geboden grenzen en basis van de structuur.

Samenhang tussen de kerncategorieën

Zojuist heb ik beschreven wat de kerncategorieën veiligheid en muzikale expressie inhouden en waardoor deze ontstaan. In deze paragraaf wil ik ingaan op de samenhang tussen deze twee kerncategorieën.

Van veiligheid naar muzikale expressie

In de vorige paragraaf kwam eigenlijk al naar voren dat veiligheid de belangrijkste voorwaarde voor Marloes is om te komen tot muzikale expressie. Wanneer zij zich niet veilig voelt, komt ze vaak niet tot spel en wanneer ze dan wel speelt, blijft ze erg gesloten in haar muzikale uitingen. Ze durft dan niet te experimenteren en brengt niet naar buiten wat er in haar omgaat. Ze komt dan dus ook niet echt tot muzikale expressie. Wanneer zij zich veilig voelt, durft ze te experimenteren in de muziek en durft ze te ontdekken wat haar manier van expressie is. Ze durft dan te ontdekken hoe haar emoties muzikaal klinken. Ook laat ze dan horen wat ze voelt en dit brengt ze tot uiting. Er is ruimte voor haar om tot expressie te komen en die ruimte neemt ze dan ook in. Ze laat zichzelf horen in de muziek. Wanneer ze zich niet veilig voelt, houdt ze haar emoties voor haarzelf en uit ze deze niet. Veiligheid leidt dus tot muzikale expressie.

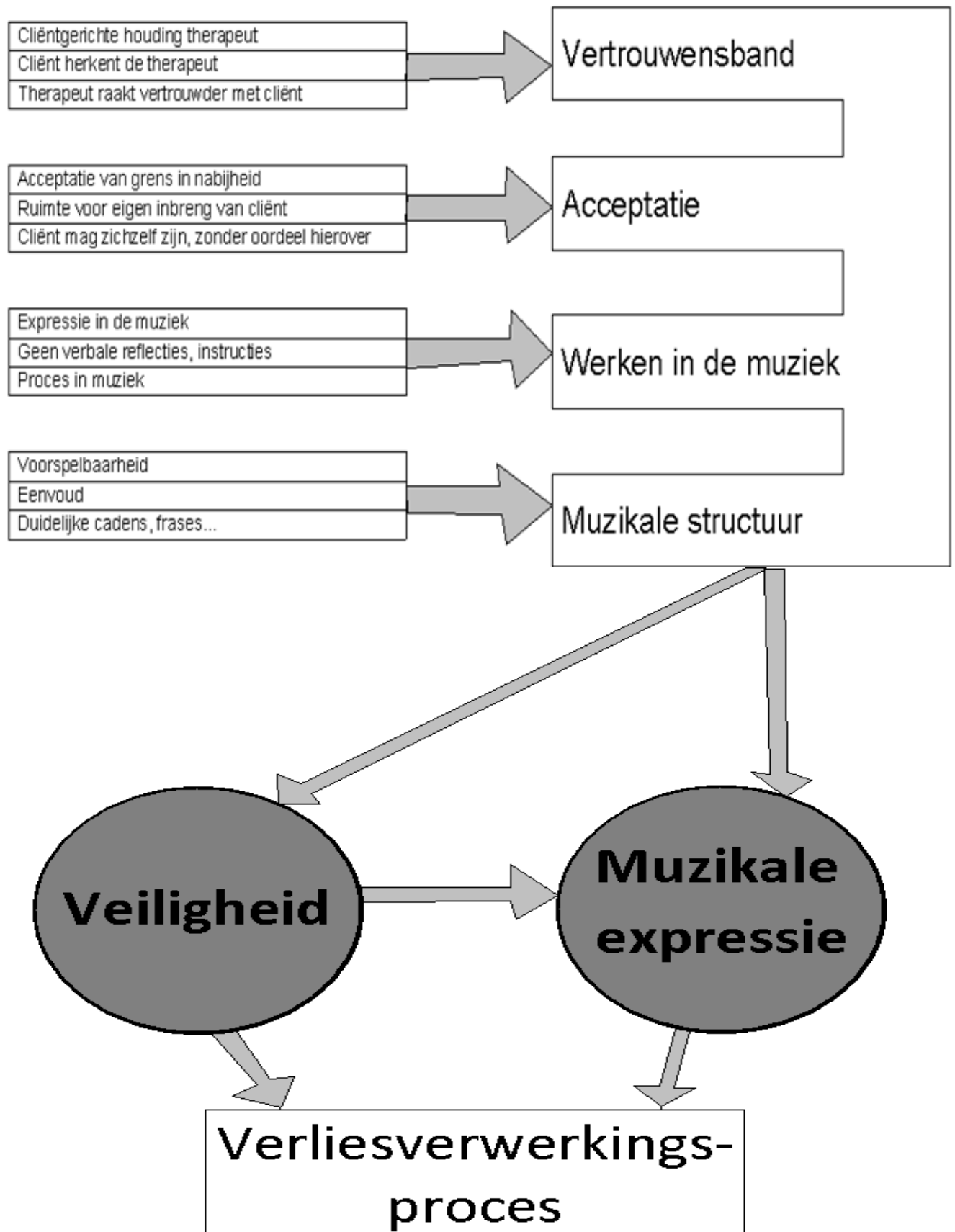
De positieve invloed van veiligheid en muzikale expressie op het verliesverwerkingsproces van de cliënt

In bovenstaande tekst heb ik beschreven hoe veiligheid en muzikale expressie, de kerncategorieën van dit onderzoek, tot stand komen, wat ze inhouden en hoe ze zich met elkaar verbinden. Dit komt naar voren als resultaat uit het onderzoek. Om mijn vraagstelling te beantwoorden is het belangrijk de link te leggen met het verliesverwerkingsproces van Marloes. Hoe hebben veiligheid en muzikale expressie een positieve invloed op het verliesverwerkingsproces? Op deze vraag kan ik met de resultaten moeilijk een antwoord geven. Omdat ik hiervoor de resultaten moet interpreteren en verklaren, verwijs ik naar paragraaf 4.1 van de discussie, waar de verklaring en interpretatie van de resultaten staan beschreven.

3.2 De kerncategorieën in schema

Om samen te vatten en overzichtelijk te maken waardoor de kerncategorieën tot stand komen en hoe deze zich met elkaar verbinden, heb ik deze in een schema geplaatst. Dit schema is te zien op de volgende pagina. Iets beneden het midden van het schema zijn de twee kerncategorieën *veiligheid* en *muzikale expressie* te zien in grijze kleur. Deze kerncategorieën komen tot stand door een viertal factoren, die rechtsboven in het schema zijn geplaatst. Deze factoren zijn een vertrouwensband, acceptatie, het werken in de muziek en de aanwezigheid van muzikale structuur. Linksboven in het schema is te zien waardoor deze factoren ieder weer tot stand komen. Zo ontstaat de vertrouwensband bijvoorbeeld door een cliëntgerichte houding van de therapeut, doordat de therapeut vertrouwd raakte met de cliënt en doordat de cliënt de therapeut ging herkennen. Verder is in het schema door de pijl tussen de twee kerncategorieën te zien dat de kerncategorie veiligheid, naast de vier factoren ook leidt tot muzikale expressie. Ten slotte is te zien dat veiligheid en muzikale expressie een invloed hebben op het verliesverwerkingsproces. Wat deze invloed inhoudt wordt verder verklaard in de discussie.

Figuur 1. Resultaten en kerncategorieën van het onderzoek in schema.



4. De discussie

4.1 Verklaring en interpretatie van de resultaten

In deze paragraaf verklaar ik de gevonden resultaten aan de hand van literatuur en mijn eigen kennis en ervaring. Als eerste wil ik daarbij verklaren hoe veiligheid en muzikale expressie een positieve invloed hadden op het verliesverwerkingsproces. Daarna ga ik nog in op wat deze invloed inhield. In de resultaten kwamen deze onderdelen naar mijn idee niet voldoende naar voren om een antwoord te krijgen op de vraagstelling en daarom kom ik er hier weer op terug. Vervolgens ga ik nog kort in op hoe ik denk dat de vertrouwensband tussen Marloes en mij is ontstaan en beschrijf ik waarom ik denk dat werken in de muziek passend en effectief is bij de doelgroep jongdementerende mensen.

De positieve invloed van muzikale expressie op het verliesverwerkingsproces van de cliënt

Expressie heeft betrekking op het uiten van emoties en verwijst naar gedrag dat meestal een reactie vormt op een bepaalde gebeurtenis (Smeijsters, 2003). Gedrag is expressief als hier een emotionele gesteldheid aan toe wordt geschreven (Frijda, 1988). Wanneer ik het over expressie heb, heb ik het dus over expressie van emoties van Marloes. Het gaat erom dat zij haar eigen emoties tot uiting brengt in de muziek. In veel verschillende bronnen uit de literatuur wordt beschreven dat expressie van emoties erg belangrijk is wanneer iemand een verlies heeft meegemaakt. Kuiper (1988) beschrijft naar aanleiding van een bespreking van Freuds studie *Trauer und melancholie* dat het heel belangrijk is dat mensen hun emoties naar aanleiding van een geleden verlies kunnen uiten. Smeijsters (2003) zegt dat een persoon zich in een emotioneel dode staat bevindt wanneer er geen mogelijkheid is om gevoelens te uiten. Het uiten van gevoelens, het uitdrukking geven aan emoties en gedachten is volgens Meijer (2004) belangrijk voor het verwerkingsproces. Uiting geven aan emoties, aan diep gelegen gevoelskwetsies zijn volgens Worden (1992) van belang om tot verwerking te komen van verlieservaringen. Het tot expressie komen van je emoties is dus belangrijk voor het verliesverwerkingsproces, maar waarom is dit zo belangrijk? In de literatuur kan ik op deze vraag moeilijk een antwoord vinden. Waarom dit zo belangrijk is en hoe het uiten van emoties invloed heeft op het verliesverwerkingsproces staat nauwelijks beschreven. Door de enkele zinnen die ik hier wel over gevonden heb aan te vullen met mijn eigen interpretaties, heb ik toch een antwoord kunnen geven op deze vraag.

Worden (1992) beschrijft dat pijn en verdriet 'doorleefd' moet worden. Door het ervaren en doorleven van de emoties, kan een verlies aanvaard worden. Eerder beschreef ik al dat het voor Marloes erg moeilijk zal zijn tot aanvaarding van haar verliezen te komen en dat dit bij mensen met dementie meestal pas gebeurt op het moment van overlijden. Toch is het belangrijk dat Marloes haar emoties doorleeft en tot expressie brengt. Wanneer emoties beleefd en gevoeld worden en dit maar lang genoeg mag duren, zullen deze zich uiteindelijk oplossen. Weggestopte emoties worden grijpbaar en voelbaar worden binnen de muziektherapie. In de muziektherapiesessies was er iedere keer ruimte om de woede en het verdriet dat Marloes had te beleven en steeds opnieuw te verklanken, tot expressie te brengen. Dit deed Marloes in haar muziek maken, in haar neurien en zelfs in haar stil zijn. Wanneer ze haar emoties tot expressie bracht, kregen deze aandacht en de ruimte. Zo kon ze deze als het ware van binnen naar buiten brengen en daarmee letterlijk van zich af spelen. Wanneer ze haar emoties tot expressie had gebracht, bracht dit vaak een gevoel van rust en ruimte. Het verdriet of de woede had ruimte gemaakt voor wat ontspanning of zelfs plezier en op dat moment was het weer even 'goed'. Een stukje emotie was beleefd, werd geuit en kreeg de ruimte. Hierdoor kon Marloes het even van zich afzetten.

Wanneer gevoelens lange tijd niet geuit worden kan spanning zich ophopen. Men kan in een neerwaartse spiraal terecht komen en uiteindelijk in een depressie (Worden, 1992). Voor Marloes is het dus belangrijk dat zij gedurende haar blijvende verliesverwerkingsproces de mogelijkheid heeft haar emoties tot expressie te kunnen brengen. Muziektherapie biedt hier de mogelijkheid voor. In de sessies was duidelijk te zien dat ze ontspande wanneer ze tot expressie kwam. Het komen tot expressie zorgde ervoor dat zij haar spanningen kon ontladen.

Marloes had wel enig ziekte-inzicht, maar ze was toch erg in de war. Ze wist met momenten niet goed wat er met haar gebeurde en ervoer verschillende heftige emoties, waardoor ze erg in de war en onrustig kon zijn. In de muziektherapie had zij de mogelijkheid te experimenteren in het medium en zo tot expressie te komen. Er is hierbij niet alleen sprake van projectie waarbij ze haar beleving aan de muziek toekent. De muziek hielp Marloes ook haar manier expressie te ontdekken. In de muziek kan ze wat door de muziek tastbaar, voelbaar en zichtbaar wordt, integreren als delen van haarzelf (Smeijsters, 2003). De emoties werden door de muziektherapie naar boven gebracht en kregen vorm, waardoor Marloes ontdekte wat deze emoties precies waren en hoe zij deze tot expressie kon brengen. Hierdoor ontstond duidelijkheid en rust, omdat ze weer wat grip kreeg op de emoties die haar zo in de war brachten.

De positieve invloed van veiligheid op het verliesverwerkingsproces

Wanneer ik het in deze scriptie over veiligheid heb, heb ik het, zoals eerder beschreven over het gevoel er te mogen zijn, niet alleen te zijn, geaccepteerd te worden en zich gehoord en begrepen voelen. Het ging dus vooral om veiligheid in onze therapeutische relatie, in haar contact met mij. 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 in het omgaan met zijn verlies 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. Zelf sluit ik me hier ook volledig bij aan. Wanneer iemand verdrietig of boos is om een verlies, is steun en begrip uit de omgeving naar mijn mening van groot belang. Wat is er erger dan je intens verdrietig voelen en hier ook nog niet in gehoord of begrepen worden, hier helemaal alleen in zijn? Alleen zijn in je emotie, je emotie niet kunnen delen met anderen, je niet begrepen en gehoord voelen, is voor veel mensen misschien wel net zo moeilijk of zelfs moeilijker dan het verlies zelf. Ik ben van mening dat het veilig voelen bij een ander persoon, het er mogen zijn en het kunnen delen van je emoties ontzettend belangrijk is voor iemand die door een verliesverwerkingsproces gaat. Op de afdeling waar Marloes verblijft heeft het personeel het vaak druk en kan er moeilijk tijd worden gemaakt voor haar om er echt te mogen zijn in alle rust en ruimte. Daarom denk ik dat muziektherapie een belangrijke bijdrage heeft geboden bij het omgaan met het verlies. Hier was er tijd en ruimte voor Marloes en haar emoties. Hier mocht ze zichzelf zijn. Hier werd ze begrepen en er werd naar haar geluisterd. Hier mocht ze zich uiten hoe zij dat wilde, maar was ze tot niets verplicht. Hier was ze samen met iemand die ze kende en vertrouwde die er voor haar was. Alleen al het samenzijn en het feit dat ik er voor haar was, was erg belangrijk. Doordat Marloes zich veilig voelde, durfde ze haar emoties te delen met mij, durfde ze deze ruimte te geven. Het kunnen uiten van gevoelens tegenover een persoon die hier op een emotioneel intelligente manier mee kan omgaan, is een belangrijke voorwaarde voor psychisch welzijn (Goleman, 1996). Marloes was vaak in de war en voelde zich niet begrepen. Door de muziektherapie was er elke week een moment waarop ze wist waar ze aan toe was en zich veilig voelde. Het veilig voelen had naar mijn mening een heel belangrijk effect op haar verliesverwerkingsproces, omdat het verlies zo dragelijker wordt doordat ze ervaart dat ze niet alleen hierin is. Ze wordt gehoord, begrepen en ze mag er zijn en dat is erg belangrijk in het voor haar moeilijke en verwarrende tijd, waar ze veel alleen was en veel emoties ervoer die ze niet goed kon plaatsen.

Het is belangrijk dat mensen die een verlies hebben meegemaakt ondersteund worden door andere personen in het ruimte geven aan gevoelens en emoties die dit verlies met zich meebrengt. Wanneer iemand zijn gevoelens onderdrukt, omdat niemand hem hierin kan ondersteunen, lijkt er voor de omgeving soms niet veel aan de hand. Echter het meteen op acceptatie afstevenen – het eindpunt van het verliesverwerkingsproces – leidt ertoe dat het noodzakelijke gevoelsmatige verwerkingsproces wordt overgeslagen. Het is belangrijk dat de gevoelens die ontstaan de ruimte krijgen en doorleefd worden. Psychische en lichamelijke symptomen kunnen volgens de psychoanalyse tekenen zijn van een onderdrukt gevoel. In de psyche van een persoon die geen ruimte geeft aan zijn gevoelens en emoties, treedt een mechanisme op waardoor het gevoelsproces niet tot afronding komt, als het ware breed uitwaaiert en ten slotte in somberheid, lusteloosheid, walging van het leven en zelfdeprecieatie kan uitmonden, de kenmerken van een depressie. Ook is het belangrijk om boosheid over een situatie of over wat je door anderen wordt aangedaan de ruimte te geven en boos te durven zijn. Wie boos is op een ander of op een situatie, maar deze boosheid niet toestaat – richt, volgens de psychoanalyse, deze boosheid tegen zichzelf (Smeijsters, 2003). Het is dus belangrijk dat Marloes zich veilig genoeg voelt in de muziektherapie en in het contact met mij om ruimte te durven geven aan haar emoties, zodat zij niet in een depressie raakt of haar boosheid tegen zichzelf keert.

Wanneer Marloes zich veilig voelde in de muziektherapie werd ze een stuk meer ontspannen. Haar onrust en stress werden op dat moment verminderd en maakten vaak plaats voor rust en ontspanning. Boeije et al. (1999) beschrijft dat de sociale steun, die vanuit het (muzikale) contact kan ontstaan belangrijk is voor het welzijn van de mensen en de effecten van stress vermindert. Rust en ontspanning dragen ertoe bij dichtbij de behoeftes te komen die onder de spanning liggen. Meijer (2004) geeft aan dat ontspanning zorgt voor het bewuster kunnen oproepen van beelden en emoties. In de muziektherapie kwam Marloes dus in contact met haar emoties en behoeftes, die beleefd konden worden en vorm kregen in de muziek. Het ging daarbij om wat er gebeurde en speelde in het hier-en-nu. De emoties en behoeftes die op dat moment speelden kregen ruimte. In het volgende voorbeeld wil ik laten zien hoe er in een muziektherapiesessie gezorgd werd dat Marloes zich veiliger voelde. Het accepteren van de grenzen van Marloes in nabijheid en het er mogen zijn in contact met een ander komen hierin naar voren. Verder wil ik het voorbeeld voor zich laten spreken.

Sessie 10:

Het is maandagmorgen en ik ga naar de afdeling om Marloes uit te nodigen mee te gaan naar de muziektherapie. Wanneer ik de huiskamer binnenloop merk ik dat ze erg onrustig, in de war, geïrriteerd en boos is. Vooral de boosheid komt sterk naar voren. Ze praat erg negatief over alles en iedereen om haar heen en uit haar verhaal komt duidelijk naar voren dat ze zich bedrogen en tekortgedaan voelt. Ze is erg wantrouwig naar iedereen om haar heen. Ze wil dan ook echt niet mee naar de muziektherapie, want... en dan komt er weer een heel verhaal. Ik besluit de muziek naar haar toe te halen, omdat ik het juist nu extra belangrijk vind dat zij een stuk rust vindt. Wanneer ik de gitaar heb gehaald en terug de huiskamer in kom, besluit ik afstand te bewaren, omdat ik het contact nog niet op wil dringen. Mijn gevoel zegt dat ik anders waarschijnlijk te dichtbij zou komen en dit te bedreigend voor Marloes zou zijn. Ik ga op drie meter afstand van haar zitten, maak nog geen oogcontact met haar en richt de klank van mijn spel nog niet direct naar haar toe. Ik begin met een rustig gitaarspel. Het bestaat uit open akkoorden, die ik tokkelend, in een langzaam tempo speel. Ik maak korte, duidelijk voelbare frases. Verder speel ik heel voorspelbaar en eenvoudig en mijn spel heeft daarmee een duidelijke structuur. Wat ik met dit spel wil bereiken is dat Marloes zich op de klank kan richten, de duidelijke structuur ervaart en daardoor rustiger kan worden. Verder wil ik haar op deze manier laten weten dat ik er voor haar ben. Ik probeer haar te laten weten dat ze mij kan vertrouwen, maar ik dring niets op. Wat opvallend is, is dat zij gedurende mijn gitaarspel na een korte tijd ophoudt met praten. Ze kijkt naar de grond, wendt zich helemaal van me af en heeft een gesloten lichaamshouding. Ze zit er nog steeds gespannen bij, maar lijkt de klank van de muziek wel te accepteren en niet onaangenaam te vinden.

Wanneer ik denk dat ze wat aan de klank is gewend, begin ik zachtjes mee te zingen. Marloes geeft een reactie door met haar hoofd en handen te bewegen. Ik merk dat ze in haar aandacht met de klank bezig is. Wanneer ik na een paar minuutjes mijn improvisatie afrond, begint ze direct weer boos te praten. Ze is wantrouwig naar de andere mensen in de ruimte. Ze lijkt mij wel enigszins in vertrouwen te nemen. Dit leid ik af aan het feit dat ze met haar frustratie naar mij toe komt en de frustratie niet naar mij persoonlijk gericht is. Omdat ze weer in de onrust schiet zodra de muziek is afgelopen, besluit ik er verbaal niet op in te gaan en vervolgens geleidelijk over te gaan van het ene stuk naar het andere, zonder pauzes te laten. Zo kan de rust die Marloes in de muziek lijkt te vinden meer zakken. Wel maak ik gebruik van momenten waarop er bijna geen klank is en de muziek bijna, maar niet helemaal stilstaat. Ik probeer hiermee een gevoel van ruimte en rust te creëren. Tijdens de sessie ben ik steeds bezig met afstand en nabijheid. Ik ben begonnen met veel afstand en probeer met kleine stapjes steeds iets dichterbij te komen. Ik observeer of Marloes dit prettig lijkt te vinden en in hoeverre ze het accepteert. Mijn klank richt ik steeds meer naar haar toe, ik maak meer contact en ik ga fysiek steeds dichterbij haar zitten. Met het dichterbij komen, wil ik bereiken dat ze zich gehoord en begrepen voelt, voelt dat ze niet alleen is en ik wil haar meenemen naar de rust die ik in mijn spel en houding heb. Ik merk dat ze steeds rustiger wordt. Haar ademhaling vertraagt, ze zit wat meer onderuitgezakt en zucht een paar keer. Ook lijkt ze zich steeds meer open te stellen voor mij. Ze heeft haar armen niet meer zo strak over elkaar, ze zit minder van me afgekeerd en maakt enkele keren oogcontact. Na een half uur gespeeld te hebben, rond ik mijn spel af en blijf ik nog een tijdje in stilte zitten. Marloes zegt niets en kijkt me aan. Ik kan aan haar zien dat het weer even oké is. Na een tijdje sta ik op, geef haar een hand en zeg gedag. Het personeel van de afdeling vraagt of Marloes komt eten. Ze stemt in en gaat aan tafel zitten.

De invloed van muziektherapie op het verliesverwerkingsproces

In de bovenstaande tekst heb ik beschreven hoe muzikale expressie en veiligheid een positieve invloed hebben op het verliesverwerkingsproces van Marloes. De invloed die deze onderdelen op het verliesverwerkingsproces hebben, komen daar al naar voren. In dit punt zet ik de belangrijkste effecten die ontstaan door muziektherapie voor het overzicht nog even op een rij.

- Marloes voelt zich veilig, gehoord en begrepen.
- Ze ervaart steun en weet dat ze niet alleen is.
- De emoties van Marloes worden grijpbaar en voelbaar.
- Ze kan haar emoties integreren als delen van haarzelf.
- Ze kan haar emoties van zich af spelen.
- Ze is minder verward.
- Ze ervaart een gevoel van rust en ruimte.
- Ze kan haar spanningen ontladen.
- Ze komt tot ontspanning.

Ruimte geven aan haarzelf, aan haar emoties, deze tot expressie brengen en het feit dat we dit samen deden en zij mijn steun ervoer, heeft naar mijn idee het meeste een positieve invloed gehad op het verliesverwerkingsproces en het meest bijgedragen aan het bereiken van deze effecten. De effecten ontstaan tijdens de muziektherapiesessies en kunnen na de sessies nog een tijd voortduren. Ze zijn niet van blijvende duur. Wanneer de muziektherapie stop wordt gezet, zijn deze effecten niet meer aanwezig en heeft muziektherapie vanaf dat moment ook geen positieve invloed meer. Daarom is het belangrijk dat muziektherapie voortgezet wordt tijdens het verliesverwerkingsproces van Marloes of dat er een andere manier wordt gevonden waarop deze effecten bereikt kunnen worden.

Vertrouwensband

In de resultaten stond beschreven dat Marloes en ik een vertrouwensband opbouwden doordat zij mij ging herkennen, ik me steeds beter op haar af kon stemmen en door mijn cliëntgerichte houding. Het ontstaan van de vertrouwensband wil ik nog aanvullen met mijn eigen gedachten en interpretaties hierover. De vertrouwensband ontstond niet alleen doordat ik vertrouwd met de cliënt raakte, maar ook doordat zij vertrouwd met mij en de therapiesituatie raakte. Marloes wist steeds beter wie ik was. Ze wist wat we gingen doen wanneer ik haar kwam uitnodigen mee te gaan naar de therapie. Ze herkende mij en de situatie steeds beter en voelde dat het vertrouwd was. Doordat we elkaar steeds vaker zagen, leerden we elkaar ook steeds beter kennen en raakten we vertrouwd met elkaar. Verder denk ik dat de vertrouwensband ontstond doordat muziek maken in de sessies voor Marloes een soort piekervaringen waren. Zij was vroeger veel bezig geweest met muziek te maken en vond het erg prettig hier nu nog mee bezig te zijn. Ik denk dat Marloes en ik relatief snel een band opbouwden doordat ze mijn gezicht koppelde aan iets positiefs, iets prettigs. Wanneer ze mij zag, wist ze dat we iets gingen doen dat ze fijn vond en daardoor vertrouwde ze mij eerder dan iemand van bijvoorbeeld de verpleging.

Werken in de muziek

Tijdens mijn stage en ook nu op mijn werk, werk ik met jongdementerende mensen vrijwel altijd in de muziek. Uit het onderzoek komt ook naar voren dat het werken in de muziek voor veiligheid kan zorgen en dat de cliënt hierdoor tot muzikale expressie kan komen. Het cognitieve gedeelte van de hersenen en vaak ook het verbale gedeelte, is aangetast bij deze doelgroep en daardoor wordt het steeds moeilijker voor deze mensen om te functioneren zoals ze dat gewend waren. Praten wanneer het niet meer goed lukt of een reactie geven wanneer je niet begrijpt wat er bedoeld wordt, kan vervelende gevoelens opleveren, zoals gevoelens van verwarring en onzekerheid. Ook het werken aan de hand van verbale opdrachten of het verbaal reflecteren is vaak moeilijk bij deze doelgroep, terwijl het muziek maken en luisteren in veel gevallen juist nog erg goed gaat. In de muziek kunnen mensen dingen ervaren of kwijt waar dit in het dagelijks leven niet meer gaat. Er kan bijvoorbeeld contact worden ervaren, er kunnen spanningen worden ontladen, mensen kunnen tot expressie komen en structuur en duidelijkheid ervaren. In de muziek hebben jongdementerende mensen nog relatief veel mogelijkheden, zelfs wanneer ze zelf geen muziek meer kunnen maken. Ik denk dat het werken in de muziek daarom een erg goede, passende en effectieve manier van werken is bij deze doelgroep.

4.2 Vraagstelling en antwoord

Het onderzoek ben ik gestart vanuit de volgende hoofdvraag:

Hoe kan muziektherapie een positieve invloed hebben op het verliesverwerkingsproces van een jongdementerende cliënt?

Om een antwoord op deze vraag te krijgen ben ik begonnen met het therapieproces van de Marloes te onderzoeken en in kaart te brengen waardoor dit tot stand kwam. De deelvragen die ik uiteindelijk heb gekozen, heb ik niet aan het begin van het onderzoek opgesteld. Ik wist op dat moment nog niet wat de juiste vragen waren om tot een logisch en duidelijk antwoord van mijn hoofdvraag te komen. Doordat ik tijdens het analyseren van de data een steeds beter beeld kreeg van wat belangrijk was voor het proces in de therapie en wat ik moest weten om de hoofdvraag te kunnen beantwoorden, heb ik tijdens de data-analyse pas deelvragen opgesteld. Tussendoor zijn deze deelvragen nog een paar keer veranderd, waardoor ze uiteindelijk weergeven wat er belangrijk was in de therapie. Veiligheid en muzikale expressie bleken de belangrijkste onderdelen te zijn die een positieve invloed hadden op het

verliesverwerkingsproces en werden de eerste twee kerncategorieën van het onderzoek. Hierdoor kwam ik uit op de volgende deelvragen:

Wat betekent veiligheid voor de cliënt?

Waardoor ontstond veiligheid bij de cliënt en hoe is te zien dat ze zich hierdoor veilig voelde?

Wat houdt muzikale expressie in voor de cliënt?

Waardoor komt de cliënt tot muzikale expressie en hoe is te zien dat zij hierdoor tot expressie komt?

Hoe zorgde veiligheid ervoor dat de cliënt tot muzikale expressie kwam?

Deze deelvragen heb ik kunnen beantwoorden. Ik heb me vooral gericht op het ontstaan van veiligheid en muzikale expressie. Uit de data-analyse kwam naar voren dat de factoren acceptatie, een vertrouwensband, muzikale structuur en het werken in de muziek ervoor zorgden dat Marloes zich veiliger voelde en dat ze tot muzikale expressie kwam. Ik heb beschreven waardoor deze factoren tot stand kwamen en hoe te zien was dat ze voor veiligheid en muzikale expressie zorgden. Al deze factoren zijn in de loop van de therapie pas ontstaan of duidelijker naar voren gekomen. Hierdoor heb ik steeds een vergelijking kunnen maken tussen wat er gebeurde als deze factoren wel of niet/in mindere mate aanwezig waren. Wanneer er bijvoorbeeld geen duidelijke muzikale structuur aanwezig was, wist Marloes niet goed wat ze moest doen, trok ze zich vaak terug of werd ze wat onrustig en gestrest. Wanneer die er wel was, wist ze wat er ging komen en durfde ze tot spel te komen. Uit deze vergelijking blijkt dat muzikale structuur dus voor veiligheid zorgde. Verder heb ik kort antwoord gegeven op de vragen wat veiligheid en muzikale expressie inhouden. Ook heb ik de vraag hoe veiligheid zorgde voor muzikale expressie kunnen beantwoorden door de data-analyse. Daarmee heb ik een link gelegd tussen de twee kerncategorieën. Bovenstaande deelvragen zijn dus allemaal beantwoord door middel van de data-analyse en staan beschreven bij de resultaten.

De muziektherapie had een positieve invloed op het verliesverwerkingsproces van Marloes. Om erachter te komen waardoor de positieve invloed op het verliesverwerkingsproces ontstond en wat deze invloed inhield, heb ik mezelf de volgende drie deelvragen gesteld:

Hoe had muzikale expressie een positieve invloed op het verliesverwerkingsproces?

Hoe had veiligheid een positieve invloed op het verliesverwerkingsproces?

Wat hield de positieve invloed van muziektherapie op het verliesverwerkingsproces in?

Om deze drie deelvragen te beantwoorden heb ik de resultaten moeten verklaren en interpreteren. Uit de resultaten zelf kwamen de antwoorden op deze vragen nauwelijks naar voren. Daarom heb ik de antwoorden op deze drie deelvragen bij punt 4.1 uit de discussie gezet. Uiteindelijk heb ik alle deelvragen kunnen beantwoorden en daardoor heb ik ook een antwoord gekregen op de hoofdvraag. Echter zonder de resultaten te verklaren en interpreteren zou dit dus niet helemaal gelukt zijn. Muziektherapie kan een positieve bijdrage bieden aan het verliesverwerkingsproces van de cliënt doordat hier veiligheid kan worden geboden en de cliënt tot muzikale expressie kan komen en dit heeft een positieve invloed op het verliesverwerkingsproces.

4.3 Zijn de resultaten op voorgenomen wijze behaald?

Voordat ik begon met het uitvoeren van het onderzoek, heb ik een onderzoeksplan gemaakt. Hierin heb ik beschreven hoe ik mijn vraagstelling wilde gaan beantwoorden. Het onderzoek is voor een groot deel verlopen zoals voorgenomen. Tijdens het uitvoeren van het onderzoek hebben er wel een paar aanpassingen en veranderingen plaatsgevonden die ik in deze paragraaf beschrijf.

Hoofdvraag en deelvragen

In mijn onderzoeksplan had ik de volgende hoofdvraag opgesteld:

Hoe kan muziektherapie positief bijdragen aan de verliesverwerking van een jongdementerende cliënt?

Deze hoofdvraag heb ik tijdens de uitvoering van het onderzoek veranderd. Toen ik bezig was met het analyseren van de data, begon ik te twifelen of we binnen de muziektherapie wel tot verwerking van de verliezen waren gekomen. Het zou wel kunnen dat er een stukje verliesverwerking van had plaatsgevonden, maar hier was ik niet zeker van. De verliezen waren zo groot en er kwam ook nog steeds meer bij. Daarom was het niet realistisch om te streven naar acceptatie, de laatste fase van het verliesverwerkingsproces beschreven door Elisabeth Kubler-Ross. Er waren misschien wel andere invloeden die eerder het resultaat van muziektherapie waren. Welke invloeden dit precies waren wist ik nog niet, maar ik wist wel zeker dát muziektherapie een positieve invloed had op het verliesverwerkingsproces. Om zeker te weten dat ik een antwoord zou krijgen op mijn vraag en dat ik een passende hoofdvraag had, heb ik mijn hoofdvraag veranderd in:

Hoe kan muziektherapie een positieve invloed hebben op het verliesverwerkingsproces van een jongdementerende cliënt?

In mijn onderzoeksplan had ik geen deelvragen opgesteld. Ik wist nog niet of deelvragen mij zouden kunnen helpen bij de beantwoording van de hoofdvraag en welke deelvragen dat dan zouden zijn. Tijdens het analyseren van de data kwamen er vanzelf vragen bij me op die ik als deelvragen heb genomen. Deze vragen zijn tijdens het analyseren nog een paar keer veranderd, maar uiteindelijk ben ik op de deelvragen gekomen die me hebben geholpen de vraagstelling te beantwoorden.

Dataverzameling

De dataverzameling is voor het grootste deel verlopen zoals ik me had voorgenomen. Echter op een paar punten is deze wat afgeweken van het vooropgestelde plan.

Omdat ik veel gegevens had over Marloes binnen de muziektherapie, wilde ik ook graag informatie over hoe ze buiten de muziektherapie was. Daarom had ik gepland een interview te houden met de contactpersoon van Marloes. Tijdens het maken van het onderzoeksplan had ik nog geen contact met deze persoon opgenomen hierover. Pas later, toen ik het interview ook echt wilde gaan houden, heb ik contact opgenomen met de afdeling waar Marloes verblijft. Hier kwam ik te weten dat de contactpersoon van Marloes een aantal weken afwezig was. Amy Paulissen, die ook op deze afdeling als contactpersoon werkt, bood zich aan mijn vragen te beantwoorden. Zij was niet de contactpersoon van Marloes zelf, maar gaf aan haar goed genoeg te kennen om mijn vragen over haar te beantwoorden. Ik heb er toen voor gekozen om Amy te interviewen in plaats van de contactpersoon van Marloes.

In mijn onderzoeksplan had ik beschreven een open interview te gaan houden met de contactpersoon van Marloes. Toen ik dit interview ging houden, had ik bijna al mijn data al verzameld en kwam ik tot de conclusie dat ik nog opzoek was naar erg gerichte informatie. Ik wilde voornamelijk te weten komen hoe Marloes zich op de afdeling gedroeg, hoe haar verliesverwerkingsproces verliep, of de contactpersoon het eens wat mijn ideeën hierover en of mensen op de afdeling een verandering bij haar merkten door de muziektherapie. Ik had een lijst met vragen hierover opgesteld, omdat niet alle informatie over Marloes op de afdeling relevant zou zijn mijn vraagstelling. Een gesloten interview leek me de meest geschikte manier om aan de informatie te komen die ik nog nodig had om tot beantwoording van mijn vraagstelling te kunnen komen, omdat ik zo de informatie zou krijgen die ik wilde. Ik ben dan ook van mijn plan afgeweken en heb met Amy Paulissen een gesloten interview gehouden.

Nadat ik het interview met Harry van den Berghe open en axiaal had gecodeerd, heb ik de techniek member checking toegepast. Ik heb hem de resultaten laten lezen en gevraagd of hij het hiermee eens was en of hij nog eventuele aanvullingen had. Het bleek dat hij nog veel aanvullingen en kleine

veranderingen had op wat hij had gezegd. Zonder dat ik het me van tevoren had bedacht of voorgenomen, kwamen hier veel nieuwe en relevante data uit naar voren. Deze heb ik meegenomen als nieuwe data.

Data-analyse

Voor en tijdens het maken van het onderzoeksplan ontstonden in mijn hoofd al sterke vermoedens over wat het antwoord zou zijn op de vraagstelling. Ik had de therapie zelf van dichtbij meegemaakt en had mede daardoor een subjectief beeld over hoe het proces van Marloes was ontstaan. Zo dacht ik dat het proces van Marloes voornamelijk ontstond door acceptatie vanuit mij. Ik vreesde er een beetje voor dat ik tijdens het analyseren van de data onbewust naar het antwoord dat ik in mijn hoofd had toe zou gaan werken. Omdat ik me hier wel van bewust was, heb ik geprobeerd mijn vermoedens aan de kant te zetten en te beginnen met coderen van de data zonder naar een bepaalde uitkomst toe te werken. Ik bleef dicht bij de coderingsprincipes uit de grounded theory, codeerde stap voor stap en keek nog niet veel verder naar voren. Ook nam ik de gegevens uit het interview met Harry mee, waardoor de resultaten niet alleen zouden voortkomen vanuit hoe ik op de therapie keek. Toen ik was aangekomen bij het beschrijven van de resultaten, merkte ik dat ik mijn vermoedens goed opzij had kunnen zetten. Mijn vermoedens zijn uiteindelijk wel bevestigd door de resultaten, maar het uiteindelijke antwoord op de vraagstelling ligt veel genuanceerder dan ik in eerste instantie dacht. Het heeft mijn beeld over de therapie een stuk helderder en minder subjectief gemaakt.

4.4 Tekortkomingen en sterkten van het onderzoek

In deze paragraaf kijk ik nog eens kritisch naar mijn onderzoek en beschrijf de sterke punten en de tekortkomingen.

Onderzoeksthema

Ik heb onderzoek gedaan naar hoe muziektherapie een positieve invloed kan hebben op het verliesverwerkingsproces van een jongdementerende cliënt. De keuze van dit onderzoeksthema is ontstaan op basis van ervaringen uit mijn stage. Hier heb ik gezien dat veel (jong)dementerende mensen moeite hebben met het verwerken van hun verliezen en hierbij tegen problemen aanlopen die ze zelf niet of nauwelijks kunnen oplossen. Het verliesverwerkingsproces van (jong)dementerende mensen en hoe hierbij hulp kan worden geboden, is een thema waar weinig literatuur over te vinden is en waar nog weinig onderzoek naar gedaan is. Ik vind het echter een heel belangrijk thema, omdat het omgaan met verlies een van de moeilijkste taken is die iemand die een jongdementerend persoon moet doorstaan. In deze mening ben ik door verschillende andere muziektherapeuten en collega's bevestigd. Het onderzoeksthema is naar mijn mening een sterk punt van dit onderzoek, omdat het over een veelvoorkomend, moeilijk en weinig onderzocht probleem gaat.

Rapportages

Ik heb ervoor gekozen een casus uit mijn stageperiode in de beroepspraktijk te onderzoeken. Destijds wist ik nog niet dat ik deze casus ging gebruiken voor het onderzoek. In de rapportages van de therapieën heb ik als therapeut en niet als onderzoeker na elke sessie beschreven wat er gebeurde, wat er bijzonder was, welke ontwikkelingen ik zag, enzovoort. Ik schreef op wat mij belangrijk leek te vermelden. Dit deed ik op een ongestructureerde manier, waardoor de beschrijvingen levensechter zijn (Migchelbrink, 2010). Het feit dat ik de rapportages nog niet als data zag is een sterkte van het onderzoek, omdat de authenticiteit hierdoor bevorderd wordt. Mijn rol als onderzoeker stond niet in de weg, de rapportages waren eerlijk en echt beschreven en het therapieproces werd niet in een bepaalde richting geduwd voor het onderzoek.

Participerende rol in het onderzoek

Het feit dat ik een participerende rol had in de therapie die ik heb gekozen te onderzoeken, zorgt ervoor dat ik op een bepaalde, eigen manier terugkijk naar de therapie. Hierdoor kan het zijn dat ik als onderzoeker beïnvloed ben tijdens analyseren van de data en in het beschrijven van de resultaten. Het betekent dat ik niet helemaal objectief kan zijn in het onderzoek. Onbewust neem je je eigen visie, herinnering en gevoel bij de therapie toch mee. Dat is een kleine tekortkoming in mijn onderzoek. Om deze tekortkoming te compenseren en om ervoor te zorgen dat mijn subjectiviteit het onderzoek zo weinig mogelijk in de weg staat, heb ik Harry van den Berghe geïnterviewd. Hij heeft de meeste therapieën die ik gaf bijgewoond en heeft daardoor ook een duidelijk beeld hierover. Bovendien is hij een deskundig en ervaren muziektherapeut die veel afweet van het onderzoeksthema en hij kent Marloes zelf ook goed. Ik heb aan hem gevraagd hoe hij terugkijkt op de therapie met Marloes en gevraagd hoe hij tegen bepaalde thema's uit de therapie aankeek. Na het interview merkte ik dat ons beeld over de therapie veel overeenkomsten heeft werd ik veelal bevestigd in mijn beeld en informatie die ik in de rapportages had vermeld. Hierdoor wordt de subjectiviteit die ik als onderzoeker heb minder.

Geen video of geluidsopnamen van de sessies

Het feit dat ik geen video of geluidsopnamen van de therapieën heb gemaakt is een zwakte van dit onderzoek. Hierdoor kan het zijn dat ik details over het hoofd heb gezien. Mijn eigen houding en interventies heb ik zelf moeilijk kunnen observeren en ik heb alleen kunnen beschrijven vanuit mijzelf. Wanneer ik een video of geluidsfragment zou bekijken of beluisteren, zou ik objectiever kunnen observeren wat er gebeurde, omdat ik de therapie van een afstand bekijk of beluister. Ik zou hiermee kunnen testen of mijn rapportages overeenkwamen met wat er werkelijk gebeurde en deze kunnen aanvullen met meer gedetailleerde informatie. Dit gemis heb ik proberen te compenseren door informatie uit verschillende andere bronnen te halen, waardoor ik toch veel relevante data verzameld had had voor het beantwoorden van mijn vraagstelling. Dit heb ik gedaan door middel van interviews en door informatie te halen uit het dossier van de cliënt. Het is echter wel een feit dat video of geluidsfragmenten een belangrijke aanvulling van de data zouden zijn geweest.

Logboek

Het bijhouden van een logboek tijdens de uitvoering van het onderzoek vormt een sterkte voor het onderzoek. In het logboek heb ik gedachten, ideeën en vragen die gedurende het onderzoek in me opkwamen genoteerd, waardoor ik een beter zicht had op de ontwikkelingen van mijn eigen ideeën. Hierdoor vergat ik deze niet en kon ik voorkomen dat ik per ongeluk nieuwe ideeën als 'oude' ideeën uit mijn oude werkmodel zou gaan beschouwen. Zo heb ik goed zicht kunnen houden op de verschillen tussen mijn oude en nieuwe werkmodel.

Workshop

Door het volgen van de workshop 'Coderen in een Kwalitatieve Casestudy' heb ik de coderingsprincipes veel beter kunnen toepassen in de data-analyse. Ik had geen ervaring in het coderen, maar door de uitleg en het oefenen in de workshop ben ik hier meer vaardig in geworden en heb ik deze principes goed kunnen toepassen op mijn onderzoeksdata.

Scriptiebegeleiding

De data-analyses en tussentijdse resultaten van mijn onderzoek heb ik voorgelegd aan mijn scriptiebegeleidster Kathinka Poismans. Op deze manier kon ik testen of mijn resultaten duidelijk waren voor anderen. Kathinka heeft mij feedback op de tussentijdse resultaten en analyses gegeven en heeft ook haar visie en mening hierbij met mij gedeeld. Hierdoor heb ik hierdoor inzichten verkregen en heb ik linken kunnen leggen, wat me in mijn eentje niet zo uitgebreid zou zijn gelukt. Het onderzoek kreeg zo meer diepgang. Ook heb ik hierdoor enkele interpretaties die ik bij de resultaten had vermeld, verplaatst naar de discussie.

Antwoord hoofdvraag niet geheel uit resultaten

Het antwoord op de hoofdvraag heb ik niet geheel verkregen uit de resultaten van het onderzoek. De positieve invloed van veiligheid en muzikale expressie kwam nauwelijks naar voren uit de resultaten. Dit is een minder sterk punt van het onderzoek. Het antwoord op de hoofdvraag heb ik echter wel gekregen door de resultaten te verklaren aan de hand van literatuur en door te interpreteren.

4.5 Aanbevelingen voor vervolgonderzoek en voor de praktijk

Aanbevelingen voor vervolgonderzoek

Aan de hand van de resultaten werd duidelijk dat veiligheid en muzikale expressie in de muziektherapie een belangrijke positieve invloed hebben gehad op het verliesverwerkingsproces van Marloes. Door veiligheid en muzikale expressie traden er effecten op die van tijdelijke duur waren, maar die wel belangrijk voor haar waren. Om de resultaten uit het onderzoek te bevestigen, zou de positieve invloed van muziektherapie op het verliesverwerkingsproces onderzocht kunnen worden bij verschillende casussen. Daarbij kan onderzocht worden of de resultaten die naar voren kwamen uit deze casestudy overeenkomen met de resultaten die voortkomen casestudy's met andere casussen of dat er verschillen zijn. Komen de onderdelen veiligheid en muzikale expressie bijvoorbeeld weer terug als kerncategorieën en zijn er dezelfde voorwaarden (zoals acceptatie, vertrouwensband) voor nodig om deze te realiseren? De resultaten van mijn onderzoek zouden hierdoor niet alleen bevestigd, maar ook aangevuld kunnen worden. Bij het uitvoeren van de casestudies zouden er video-opnames gemaakt kunnen worden, om meer en gedetailleerdere informatie te kunnen verkrijgen.

Tevens zou een actiegericht onderzoek bijdragen bij het verder onderzoeken naar de positieve invloed van muziektherapie op het verwerkingsproces van jongdementerende cliënten. Hierbij zou de manier van werken die als positief naar voren komt uit het onderzoek ingezet kunnen worden in de praktijk. Met de positieve manier van werken, bedoel ik dat de factoren die ertoe leidden dat muziektherapie een positieve invloed op het verliesverwerkingsproces had, ingezet worden in nieuwe gevallen uit de praktijk. Er wordt dan dus muzikale structuur geboden, de cliënt wordt geaccepteerd, enzovoort. Met het inzetten van deze factoren wordt getracht veiligheid te bieden en de cliënt de mogelijkheid te geven tot muzikale expressie te komen. Deze manier van werken zou heel bewust kunnen worden ingezet, waardoor de resultaten van de behandeling van verschillende cliënten naar mijn idee heel bruikbaar zullen zijn. De manier van werken die ik als therapeut had, wordt dan getest in de praktijk bij meerdere cliënten. Op deze manier wordt er gekeken of de manier van werken die als positief uit mijn onderzoek komt, aansluit bij andere cliënten en welke invloed dit op hun verliesverwerkingsproces heeft. Tevens wordt er gekeken of er informatie naar voren komt, waardoor de therapeut zich nog beter kan afstemmen op de cliënt. Wellicht kan door actiegericht onderzoek een concretere en aangepaste manier van werken worden ontwikkeld voor muziektherapeuten om een positieve bijdrage te kunnen bieden op het verliesverwerkingsproces van jongdementerende cliënten.

Uit de resultaten van het onderzoek kwam de positieve invloed op het verliesverwerkingsproces van de cliënt nauwelijks naar voren. Het zou een aanvulling zijn op mijn onderzoek en de resultaten zouden steviger en concreter worden, wanneer er juist naar dit deel, de positieve invloed op het verliesverwerkingsproces, verder onderzoek werd gedaan. Er zou een groep cliënten muziektherapie kunnen krijgen met als doel een positieve invloed op hun verliesverwerkingsproces te hebben. Dit doel kan eventueel concreter gemaakt worden, zoals het verlies gedeeltelijk proberen te verwerken of onrust en probleemgedrag dat ontstaat door emoties proberen te verminderen. Hierbij is het belangrijk dat de cliënten niet alleen binnen de muziektherapie, maar ook in hun dagelijks leven geobserveerd worden. Ze worden geobserveerd voor, tijdens en na de therapie. Zo wordt er gekeken of er veranderingen of verschillen te zien zijn die te maken hebben met hun verliesverwerkingsproces. Deze groep cliënten kan worden vergeleken met een controlegroep die geen muziektherapie krijgt. Op

deze manier wordt de positieve invloed die muziektherapie heeft duidelijker, omdat deze wordt vergeleken met mensen die geen muziektherapie krijgen.

Aanbevelingen voor de praktijk

Jongdementerende mensen, maar ook mensen uit andere doelgroepen die ik op mijn werk tegenkom, zoals dementerende mensen of mensen met Huntington, maken heftige verliezen mee die ook veel en heftige emoties kunnen oproepen. Voor de beroepspraktijk en andere mensen die met (jong)dementerende mensen in aanraking komen, zoals vrijwilligers of partners, heb ik een aanbeveling die ik zelf erg belangrijk vind en die ook naar voren is gekomen uit het onderzoek. Geef de emoties die iemand heeft de ruimte. Laat deze er zijn en praat er niet overheen. Neem deze serieus en ben er voor een persoon wanneer die het moeilijk heeft. Soms kan het goed zijn iemand af te leiden wanneer hij of zij verdrietig is, maar het is ook belangrijk ernaar te luisteren wat hij of zij te zeggen heeft en er voor deze persoon te zijn. Het is belangrijk voor mensen die een verlies hebben meegemaakt dat ze steun ervaren vanuit hun omgeving en niet alleen gelaten worden in de gevoelens, gedachten en emoties die door het verlies ontstaan. De belangrijkste aanbeveling die ik dus heb: *Laat de persoon en zijn emoties er zijn.*

4.6 Integratie van resultaten in nieuw werkmodel

Door het uitvoeren van het onderzoek heb ik veel nieuwe inzichten verkregen in hoe muziektherapie kan worden ingezet bij een jongdementerende cliënt om een positieve bijdrage te kunnen leveren aan haar verliesverwerkingsproces. Door bezig te zijn geweest met het verklaren van het proces dat in de therapie ontstond, merk ik dat mijn manier van werken als therapeut van grote invloed op dit proces is geweest. Ik ben me hierdoor meer bewust geworden van de invloed van mijn denken en handelen op het verloop van de therapie en ben bewuster stil gaan staan bij mijn houding, gedachtegang en interventies. Hoe handel en redeneer ik als therapeut en wat kan ik hieraan veranderen om een nog meer eigen en effectievere manier van werken te krijgen? Uit mijn gedachtegang hierover en ook door de resultaten van het onderzoek, ben ik op een aantal thema's en punten gekomen die ik heb geïntegreerd in mijn nieuwe werkmodel. De bie en De Kleijn (2001) spreken over werkmodellen en bedoelen hiermee bijvoorbeeld stappenplannen, denkschema's, protocollen, vuistregels, strategieën en methoden. Het kunnen denk- of doemodellen zijn, aan de hand waarvan de professional in de praktijk denkt en handelt. Ik heb een nieuw denkmodel en een nieuw doemodel ontwikkeld, waarbij ik bewuster bezig ben met het verklaren van wat er gebeurt en waarbij ik bewuster interventies pleeg. Verder kan ik beter overdragen aan anderen wat er gebeurt in de muziektherapie, sta ik meer stil bij de invloed van muziektherapie op het leven van cliënten en heb ik thema's die naar voren kwamen in de resultaten geïntegreerd in mijn nieuwe werkmodel. In deze paragraaf beschrijf dit nieuwe werkmodel op basis van de onderzoeksresultaten en de interpretatie en verklaring daarvan. Dit werkmodel kan ik nu al in de praktijk toepassen, omdat ik een baan als muziektherapeut heb op de plek waar ik vorig schooljaar stage gelopen heb. Ik werk hier met veel plezier met dezelfde doelgroepen als tijdens mijn stage en dus ook met jongdementerende mensen. Hier kan ik dus al ondervinden hoe mijn nieuwe werkmodel in de praktijk uitpakt.

Bewuster denkmodel en doemodel

Door het uitvoeren van dit onderzoek heb ik een nieuw denkmodel ontwikkeld. Deze nieuwe manier van denken en redeneren over de therapieën is de grootste verandering die heeft plaatsgevonden in mijn werkmodel. Ik heb een *bewuster* denkmodel ontwikkeld, waarbij ik een stapje terug kan zetten en nadenk over hoe ik een bepaald doel kan bereiken. Deze andere manier van denken is ontstaan doordat ik bij het uitvoeren van het onderzoek op een heel andere manier naar de therapie heb gekeken. Ik heb objectiever, kritischer en met meer afstand gekeken naar mijn eigen handelen, het

gedrag van de cliënt, de belangrijke elementen in de therapie en de positieve invloed van de therapie. Deze manier van kijken heb ik deels overgenomen in het werken in de praktijk. Na afloop van een therapie en ook tijdens therapiesessies, kijk ik met meer afstand en op een objectievere manier naar hoe het verlopen is. Hierbij ben ik bezig met het bewust en met iets meer afstand kijken naar wat er gebeurt. Ik constateer bijvoorbeeld dat een cliënt zich minder veilig en op zijn gemak voelt dan de vorige keer. Daarna ga ik bij mezelf na waaraan dit te zien is en op welke momenten dit duidelijk naar voren komt. De cliënt is onrustig, leunt achteruit en kijkt wat angstig uit zijn ogen wanneer ik begin met het zingen van een lied. Vervolgens probeer ik deze waarneming te verklaren. Zou het zingen misschien te dichtbij zijn voor de cliënt? Misschien voelt deze cliënt zich niet veilig wanneer ik teveel nabijheid opzoek en zo snel begin te zingen. Hij leunde achterover, wat kan betekenen dat hij meer afstand en ruimte wil. De eerste tien minuten van de sessie toen ik nog verder wegzat en piano speelde, was hij rustiger en leek hij zich veiliger te voelen. De verklaring die ik op dat moment heb gevonden is dat ik misschien te dichtbij kwam, waardoor de cliënt zich niet veilig voelde. Deze verklaring is natuurlijk niet onderzocht en minder onderbouwd dan bij onderzoek. Het gaat meer over een manier van denken tijdens of na de therapie en het is ook niet zeker dat de gevonden verklaring ook een feit is.

Wanneer ik met meer afstand en bewuster heb gekeken naar iets dat gebeurde in de therapie en hiervoor een verklaring heb gevonden, neem ik deze verklaring mee in mijn handelen in de praktijk. Mijn doemodel wordt op dat moment beïnvloed door mijn bewustere denkmodel. Vanuit de verklaring die ik heb gevonden door bewust een stap terug te nemen, pleeg ik ook bewuster een interventie. Wanneer denk dat de cliënt zich niet veilig voelt door nabijheid, probeer ik heel bewust uit of dit ook werkelijk zo is. Ik kijk of en hoe de cliënt reageert op meer of minder nabijheid en of dit verbinding heeft met zijn gevoel van veiligheid. Wanneer ik merk dat hij zich inderdaad minder veilig voelt door nabijheid kan ik hier bewust op inspelen afhankelijk van de behoeftes van de cliënt en de doelstelling van de therapie. Wanneer nabijheid bijvoorbeeld nodig is om een bepaald doel te bereiken, kunnen we er stapje voor stapje aan gaan werken dat de cliënt mij gaat vertrouwen en zich steeds veiliger voelt in de nabijheid. Weer neem ik op dat moment een stapje terug en ga bedenken hoe ik dit aan zou willen pakken. Wanneer ik een manier heb bedacht, probeer ik deze weer uit in de praktijk. Wanneer ik merk dat de gevonden verklaring over nabijheid en veiligheid niet van toepassing is, probeer ik een andere verklaring te vinden. Ik merk dat ik door het doen van onderzoek nieuwsgieriger ben geworden naar verklaringen van wat er gebeurt, uitprobeer of deze verklaringen kloppen en interventies pleeg aan de hand van gevonden verklaringen.

Door het bewust bezig zijn met wat ik wil bereiken, werk ik meer naar een doel toe. Doordat ik meer bezig ben met wat de cliënt nodig heeft en hoe ik dat wil bereiken, neem meer initiatief tot het plegen van interventies. Ik neem een stapje terug om te bedenken wat ik wil gaan doen en onderneem dan de actie dit te doen. Tijdens een therapie ben ik veel bezig met uitproberen en observeren welk effect mijn interventie heeft op de cliënt. Ik pleeg hierdoor meer gerichte en duidelijkere interventies.

Overdragen naar anderen

In mijn werk als muziektherapeut is het erg belangrijk om aan andere mensen te kunnen overdragen wat ik doe en te kunnen verklaren wat er gebeurt binnen de sessies. Wanneer ik bijvoorbeeld een overleg met een psycholoog heb, is het voor de communicatie prettig en duidelijk wanneer ik op een heldere manier kan verklaren wat er gebeurt in de therapie. Doordat ik veel bezig ben met wat er nu precies gebeurt en hier verklaringen voor zoek, merk ik dat ik duidelijk kan overbrengen waar ik mee bezig ben, wat er goed gaat en wat problemen zijn waar ik tegenaan loop. Ik kan dit ook onderbouwen met verklaringen, die weliswaar niet zijn onderzocht, maar waarvan ik op dat moment denk waarom iets gebeurt. Hierdoor krijgt de psycholoog een duidelijk beeld van wat er binnen de therapie gebeurt en hoe ik daar tegenaan kijk. Misschien heeft hij een andere verklaring voor bepaald gedrag en heeft hij een ander idee waarop ik een bepaald probleem beter zou kunnen aanpakken. We kunnen samen overleggen en zoeken naar verklaringen, omdat ik het voor de psycholoog meer inzichtelijk wordt wat

er gebeurt en wat mijn verklaring daarvoor is. Zo kunnen we ook samen zoeken naar de meest effectieve manier van werken binnen de therapie.

Stilstaan bij effect of invloed van muziektherapie op de cliënt

Dit onderzoek heeft me over verschillende dingen aan het denken gezet, zo ook over het effect of de invloed van muziektherapie op het dagelijks leven of op het welzijn van de cliënt. Uit de resultaten van mijn onderzoek kwam naar voren dat muziektherapie zorgde voor veiligheid en muzikale expressie, maar niet zo duidelijk welke positieve invloed dit had op het verliesverwerkingsproces van de cliënt. Vaak voel ik dat het in een therapie goed is dat een cliënt tot expressie of ontspanning komt of contact ervaart. Maar waarom is dit goed en wat heeft de therapie voor effect of invloed op de cliënt? En waarom is juist muziektherapie hierbij geïndiceerd? Daar ben ik nu meer mee bezig. Op mijn werk heeft dit me ertoe gezet voor elke therapie en voor de verschillende cliënten in een groep samen met de psychologen duidelijker te krijgen wat het doel van muziektherapie is, waarom dit een positieve invloed heeft op het leven van de cliënt en waarom juist muziektherapie hierbij kan helpen. Zo geef ik therapie aan een groep mensen met Korsakov. Het doel dat voor al deze cliënten genoteerd stond was het vinden van een passende manier van uiting, van expressie. Ik ben me daarbij gaan afvragen waarvoor het komen tot expressie goed is voor de verschillende mensen uit de groep. Ik kan wel elke week zorgen dat de groepsleden tot expressie komen, maar dat werkt voor mijn gevoel niet echt naar een doel toe. Het therapeutisch karakter van de therapie is voor mijn gevoel dan niet optimaal. Daarom ben ik met deze vraag naar de psycholoog gestapt en in overleg hebben we afgesproken specifiekere doelen op te stellen die aansluiten bij de doelen die op de afdeling voor de verschillende cliënten worden gehanteerd. Zo zijn er cliënten die vooral begrenzing nodig hebben en andere cliënten die vooral structuur nodig hebben. Samen met de psycholoog zal ik deze doelen opstellen en onderbouwen waarom deze doelen goed zijn voor de cliënten. Hierbij ga ik vervolgens een plan opstellen hoe ik deze doelen wil bereiken. Ik ben verder gaan kijken dan alleen naar wat er in de therapie zelf gebeurt. Hierdoor wordt de therapie doelgerichter en zal deze beter aansluiten bij het dagelijks leven van de cliënten. Dit vind ik een mooie stap die ik heb gezet.

Belangrijke thema's uit onderzoek geïntegreerd in nieuw werkmodel

In de resultaten van het onderzoek zijn een aantal thema's naar voren gekomen die een belangrijke rol hebben gespeeld in de therapie. Hierbij heb ik het over veiligheid, het werken in de muziek, muzikale structuur, enzovoort. Ik ben bezig geweest met het kijken naar wat deze thema's inhouden en te verklaren waardoor ze ontstaan. Hierdoor ben ik gaan nadenken over deze thema's, over hun rol in de therapie, waardoor ze tot stand komen en waarom ze belangrijk zijn. Ik ben deze thema's ook op andere cliënten en therapieën gaan betrekken. Een voorbeeld: Bij Marloes ontstond veiligheid door acceptatie, muzikale structuur, een vertrouwensband en door het werken in de muziek. Zijn dit ook de voorwaarden voor andere cliënten met jongdementie om zich veilig te voelen of zit er verschil in? Wat heeft deze cliënt die zich niet veilig voelt in de therapie nodig om zich veiliger te voelen? In hoeverre is veiligheid een thema in deze therapie? Dit zijn vragen waarmee ik nu veel bezig ben. Hier beschrijf ik hoe ik de thema's werken in de muziek, vertrouwensband en veiligheid heb geïntegreerd in mijn nieuwe werkmodel. Dit zijn de drie thema's waarbij de meeste verandering is opgetreden in vergelijking met mijn oude werkmodel.

Werken in de muziek.

Door het uitvoeren van dit onderzoek ben ik me nog meer bewust geworden van de kracht en meerwaarde van het werken in de muziek met jongdementerende cliënten. In de muziek hebben deze mensen relatief veel mogelijkheden en zijn ze vaak minder beperkt. Door dit onderzoek ben ik bevestigd in mijn mening dat werken in de muziek erg goed aansluit bij jongdementerende mensen. Ik ben er nog meer van overtuigd geraakt dat het werken in de muziek de manier voor mij is om met deze doelgroep te werken. Het verbale aspect probeer ik zoveel mogelijk weg te laten, omdat ik denk

dat wanneer je een middel als muziek in handen hebt dit overbodig is bij deze doelgroep. Het kan zelfs verwarring en onrust oproepen. Er is wel ruimte voor een reactie of een gesprek in de therapie, maar de focus ligt in mijn werken nu nog meer dan eerst op de muziek. Het gaat in mijn manier van werken nu nog meer om het ervaren en beleven in de muziek, tot expressie komen in de muziek en om een eventueel proces dat zich afspeelt in de muziek. Muziek heeft zoveel mogelijkheden met deze doelgroep en heeft nog een belangrijkere en meer aanwezige rol in mijn manier van werken gekregen dan eerst.

Vertrouwensband

Door het uitvoeren van dit onderzoek ben ik me ook bewuster geworden van de grote waarde van een vertrouwensband tussen therapeut en cliënt. Ik ben me er bewust van geworden dat de aanwezigheid van een vertrouwensband voor veel mensen een belangrijke voorwaarde is om zich kwetsbaar op te kunnen en durven stellen tegenover een ander persoon door hun emoties te uiten. Dit heeft als invloed op mijn handelen dat ik niet te snel te veel vraag van de cliënt en niet te snel te dichtbij kom, maar eerst de ruimte laat om aan elkaar gewend te raken en een vertrouwensband op te bouwen (bij cliënten waarbij dat nog mogelijk is). Ik laat de cliënt zelf bepalen wanneer hij mij wil toevertrouwen met zijn emoties en gedachten en geef de cliënt de tijd en ruimte hiervoor. Wanneer ik dit ga forceren kan het namelijk als effect hebben dat de cliënt zich niet veilig voelt en juist terugtrekt, zoals bij de casus uit het onderzoek ook duidelijk naar voren kwam.

Veiligheid, ruimte om er te zijn

Een belangrijk onderdeel dat naar voren kwam in de resultaten is *veiligheid*. Tijdens het uitvoeren van het onderzoek ben ik stil gaan staan bij wat veiligheid betekende in de therapie met Marloes. Het ging erover dat zij zich op haar gemak voelde in de therapiesituatie en bij mij en dat zij het gevoel had er te mogen zijn en geaccepteerd te worden. Dit gevoel van veiligheid is naar mijn idee een essentieel onderdeel in elke therapie. Ik ben er nu ook in andere therapieën bewuster mee bezig dat cliënten zich veilig en op hun gemak voelen. Wanneer iemand zich niet veilig voelt, kijk ik ernaar wat deze persoon nodig heeft om zich veilig te voelen en dat probeer ik te bieden. Wanneer mensen zich veilig voelen, kan er ook makkelijker een proces ontstaan en kunnen therapiedoelen makkelijk bereikt worden. Veiligheid zie ik daarom als een basisonderdeel en vaak een voorwaarde om verder te komen in een therapie. Wanneer cliënten zich in hun dagelijks leven niet veilig voelen, omdat ze bijvoorbeeld de mensen en omgeving steeds niet herkennen en als bedreigend ervaren, kan het al een belangrijk doel zijn deze mensen zich wel veilig te laten voelen. Het er mogen zijn, je emoties de ruimte geven bij een ander persoon die er voor je is, is iets dat erg belangrijk is. Hieraan besteed ik nu bewuster en meer aandacht.

Andere doelgroepen

Op mijn nieuwe baan werk ik niet alleen met jongdementerende mensen, maar ook met de doelgroepen geronto-psiatrie, oudere mensen met dementie, mensen met Korsakov en mensen met Huntington. In de beschrijving van mijn nieuwe werkmodel heb ik steeds gesproken over het werken met jongdementerende cliënten. Mijn nieuwe werkmodel pas ik ook toe bij andere doelgroepen, zij het vaak iets aangepast. Door het toepassen van mijn werkmodel in de praktijk, neem ik steeds meer algemene verschillen waar bij de verschillende doelgroepen en dus werk ik dan soms ook net wat anders. Wanneer ik het bijvoorbeeld heb over het thema *werken in de muziek* heb ik ondervonden dat mensen met Korsakov vaak verbaal en cognitief in het moment nog veel mogelijkheden hebben. Bij deze doelgroep werk ik nu over het algemeen meer met verbale opdrachten en reflecties dan bij jongdementerende mensen, omdat ik heb ondervonden dat het verbale gedeelte naar mijn idee een toegevoegde waarde kan hebben. Er zijn veel overeenkomsten tussen de verschillende doelgroepen, maar ook tussen de verschillende mensen en daarom pas ik mijn manier van werken per persoon aan.

4.7 Vergelijking nieuw en oud werkmodel

In de vorige paragraaf heb ik beschreven hoe het uitvoeren van het onderzoek en de resultaten hiervan van invloed zijn geweest op mijn nieuwe werkmodel. Ik merk dat het onderzoek van grotere invloed op mijn werkmodel is geweest dan ik in eerste instantie had gedacht. In deze paragraaf vergelijk ik mijn nieuwe werkmodel met mijn oude werkmodel uit de stage.

Bewuster denkmodel en doemodel

De grootste verandering in mijn werkmodel is de bewustere manier van denken en het bewuster handelen dat daardoor ontstaat. Tijdens mijn stage was *bewust* niet een woord waarmee ik mijn werkmodel zou beschrijven. Mijn handelen was juist erg intuïtief en in het moment. Daarbij ging ik uit van mijn eigen gevoel en weinig vanuit de ratio. Ik bedacht voor een sessie wat ik wilde gaan doen en vertrouwde verder op mijn eigen kwaliteiten om adequaat in het moment te handelen. Dit is ook een manier van werken die bij me paste en die ik prettig vond. Interventies pleegde ik voornamelijk vanuit het moment, vanuit mijn intuïtie en niet vanuit gedachten en redeneringen. Daarbij was ik dan ook niet zozeer bezig met het verklaren van wat er gebeurde in de therapie. Ik werkte graag vanuit mijn gevoel en vanuit wat ik dacht dat de cliënt nodig zou hebben. Wat kenmerkend was voor mijn manier van werken, was dat ik veel 'bij de cliënt' was en het moeilijk vond even een stapje terug te zetten om bij mezelf te zijn, te kijken hoe het ging en te bedenken wat ik zou doen. Ik ging zo op in de therapie en was zo in het moment en bij de cliënt, dat ik veel inbreng vanuit de cliënt liet komen en niet snel interventies pleegde die echt vanuit mezelf kwamen. Ik was veel bezig met aanpassen aan de cliënt en minder bezig met daar iets van mezelf tegenover te zetten, zoals een nieuw ritme om een bepaalde verandering te bereiken. Tijdens therapieën probeer ik nu, wanneer ik dat nodig heb heel even een momentje voor mezelf te nemen om een stapje terug te zetten, bij mezelf te zijn en te bedenken wat de volgende interventie is die ik ga plegen. Dit moment nemen, is iets waar ik nu bewust mee bezig ben en wat ik probeer toe te passen in de praktijk. Ik merk dat mijn interventies en manier van werken hierdoor doelgerichter worden. Ik ben meer bezig met wat ik wil bereiken, met een punt waar we naartoe gaan. Hierdoor kan ik ook interventies plegen die meer vanuit mezelf komen en minder vanuit iets dat de cliënt doet, wanneer ik denk dat dit nodig is. Ik kan hiervoor makkelijker kiezen, omdat ik even bij mezelf ben en bedenk waarom dit goed is. Hieraan ben ik momenteel nog steeds aan het werken, maar ik merk dat het onderzoek me er toe heeft gezet dit bewuster en meer toe te passen.

Ik zie muziektherapie vooral als iets dat je moet beleven, iets tussen mensen, tussen een persoon en de muziek, dat ik cognitief niet helemaal kan begrijpen. In de therapie zijn er mooie, bijzondere momenten waarbij ik kan voelen wat er gebeurt en waarbij woorden en verklaringen naar mijn idee tekort zouden schieten. Het onderbouwen en verklaren van wat er gebeurde was voornamelijk om die reden iets waar ik weinig mee bezig was. Ik wilde ook graag in het moment zijn, er echt als mezelf staan en vooral werken vanuit mijn gevoel. Met methodes, onderzoek en literatuur wilde ik me weinig bezig houden, omdat ik wilde werken volgens mijn eigen manier, vanuit het moment en vanuit mijn gevoel. Daarbij wilde ik me niet te zeer wilde laten beïnvloeden door bijvoorbeeld volgens een bepaalde methode te werken. Ik ervoer dat mijn intuïtieve manier van werken wel effectief was en goed aansloot bij de doelgroep. Door het uitvoeren van het onderzoek en door veranderingen die hierdoor zijn ontstaan in mijn werkmodel toe te passen in de praktijk, kan nu ik meer de positieve kant zien van het kunnen onderbouwen van wat ik doe en van wat er gebeurt. Het kan me helpen doelgerichter te werken, het geeft me een objectiever beeld van wat er gebeurt en het kan mijn manier van werken verrijken. Het is iets waarmee ik nu ook meer mee bezig ben. Tijdens mijn stage heb ik een eigen, intuïtieve manier van werken ontwikkeld en ik zie nu dat de bewustere, verklarende manier van werken hierin geïntegreerd kan worden. Mijn eigen manier van werken blijft het uitgangspunt, alleen wordt die wat bewuster en meer onderbouwd. Ik ben momenteel bezig een manier te vinden om mijn intuïtieve manier van werken nog beter te combineren met de bewustere manier van werken. Door het integreren van de bewustere manier van werken in mijn oude werkmodel, is mijn manier van

werken nu al effectiever en doelgerichter geworden, maar ik ben nog bezig nog een betere balans hierin te vinden.

Stilstaan bij effect of invloed van muziektherapie op de cliënt

Door het uitvoeren van het onderzoek ben ik meer stil gaan staan bij de positieve invloed die muziektherapie heeft op het leven van de cliënten die bij mij naar de therapie komen. Eerder hield ik me daar vrij weinig mee bezig. Zoals eerder beschreven handelde ik heel intuïtief. Wanneer muziektherapie bijvoorbeeld was geïndiceerd, omdat de cliënt hierdoor tot expressie kon komen, probeerde ik ervoor te zorgen dat de cliënt tot expressie kwam. Ik deed dat heel intuïtief en speelde op het moment zelf in op wat ik dacht dat de cliënt nodig had. Verder dacht ik eigenlijk vrij weinig na op de invloed die muziektherapie had op het leven van een cliënt, over waarom het goed was dat de cliënt tot expressie kwam. Ik voelde dat het goed was wat ik deed met een cliënt, dat het positief was. Het werkte gewoon en het voelde goed en verder dacht ik er niet zo veel over na. Nu ben ik daar meer mee bezig en ik merk dat de therapieën daardoor doelgerichter en effectiever worden dan ze eerst waren. Mijn manier van werken wordt meer afgestemd op de manier van omgaan met mensen op de afdeling. Ik richt me steeds meer op het dagelijks leven van een cliënt in plaats van enkel op wat er in de muziektherapie gebeurt. Daardoor ben ik verder gaan kijken dan de sessies en ik denk dat dat me een betere therapeut maakt.

Belangrijke thema's uit onderzoek geïntegreerd in nieuw werkmodel

Werken in de muziek

Tijdens de stage was ik al veel bezig met het werken in de muziek. De focus lag al op het werken in de muziek en de expressie en het proces vonden al voornamelijk plaats in het muzikale gedeelte. Contact vond ook veel plaats in de muziek, maar ook in de verbale en overige non-verbale communicatie, zoals oogcontact of mimiek. Het grootste verschil met mijn oude werkmodel met betrekking tot het werken in de muziek is dat ik het verbale gedeelte, met name het verbale contact, nu nog meer achterwege laat. Ik stimuleer het contact met de muziek en met mij of andere cliënten via de muziek. De expressie en een eventueel proces laat ik, net als contact ook nog meer plaatsvinden in de muziek dan eerst. Ik praat nog minder dan ik al deed en laat de rol die het verbale gedeelte normaalgesproken heeft, grotendeels overnemen door de muziek. Zo lok ik bijvoorbeeld een reactie uit door muziek, probeer ik iemand te laten merken dat ik hem begrijp via muziek en geef ik iemand de mogelijkheid tot expressie te komen via muziek. Dit deed ik eerst ook al, maar ik benadruk het verbaal niet of nauwelijks meer. Ik laat datgene dat er gebeurt in de muziek voor wat het is en ga het niet meer benoemen, wat ik eerst wel vaker deed.

Vertrouwensband

In de vorige paragraaf beschreef ik dat ik nu niet te snel te veel vraag van de cliënt en niet te snel te dichtbij kom, maar eerst de ruimte laat om aan elkaar gewend te raken en een vertrouwensband op te bouwen. Hier zit een verschil in met mijn oude werkmodel. Wanneer ik eerder een nieuwe cliënt kreeg, wilde ik redelijk snel een resultaat, proces of effect zien. Ik wilde vaak snel iets bereiken, waardoor ik te dichtbij kon komen en te snel te veel kon vragen van een cliënt. Wanneer ik dan na een tijdje merkte dat dit niet werkte en de cliënt zich bijvoorbeeld terugtrok, nam ik meer afstand en nam ik de tijd om een vertrouwensband op te bouwen. Het duurde in sommige gevallen, zo ook in de therapie met Marloes, even voordat ik de tijd nam om rustig een band op te bouwen. Nu tast ik voorzichtiger af hoe dichtbij ik mag komen en respecteer ik de grenzen van de cliënt vanaf het begin.

Veiligheid, ruimte om er te zijn

Door het uitvoeren van dit onderzoek ben ik me er bewuster van geworden wat veiligheid voor mij betekent in een therapiesituatie. Voordat ik met dit onderzoek begon, was ik hier niet (bewust) mee bezig. Ik was in therapieën wel bezig met veiligheid te bieden, maar benoemde het niet zo. Wanneer iemand het nodig had om bij mij uit te huilen, gaf ik daar zeker de ruimte aan. Dit deed ik vanuit mijn gevoel, omdat ik voelde dat deze persoon op dat moment iemand nodig had om zich veilig bij te voelen en getroost te worden. Het verschil tussen mijn oude en nieuwe werkmodel is dat ik nu bewuster veiligheid probeer te bieden en ik hier meer mee bezig ben, al vanaf het eerste moment dat ik een cliënt zie. Verder weet ik nu beter wat veiligheid voor mij betekent en waarom ik het zo belangrijk vind.

Mijn therapeutische houding

Mijn therapeutische houding is iets waar ik tijdens mijn stage ook al veel en bewust mee bezig was. Mijn houding had veel overeenkomsten met de drie belangrijke houdingsaspecten uit de Rogeriaanse therapie: empathie, echtheid en acceptatie. Dit heb ik eerder al wat uitgebreider beschreven in de probleemstelling. Door het uitvoeren van het onderzoek is mijn houding als therapeut eigenlijk niet veel veranderd. Ik was hier al bewust mee bezig en had al een houding die past bij mijn manier van werken. Misschien dat ik nu wel nog bewuster bezig ben met het volledig accepteren van de cliënt en zijn grenzen, direct vanaf de eerste sessie, omdat in het onderzoek naar voren kwam dat ik dit eerst niet vanaf het begin deed. Deze houdingsaspecten vind ik nog steeds erg belangrijk en ze passen nog steeds bij mijn manier van werken.

Samenvatting

Vanuit mijn ervaring dat muziektherapie bij veel jongdementerende mensen een positieve invloed kan hebben op het verliesverwerkingsproces en mijn nieuwsgierigheid naar hoe dat kan, ben ik het onderzoek gestart. Ik ben begonnen met het maken van een onderzoeksplan, waarin ik mijn vraagstelling beschreef en beschreef hoe ik deze vraag wilde gaan beantwoorden. De onderzoeksmethode die ik heb gekozen om mijn vraag te beantwoorden, is de kwalitatieve casestudy. Het onderzoek is uitgevoerd aan de hand van een casus uit mijn stage, waar ik gewerkt heb met Marloes, een jongdementerende cliënt die moeite heeft met het verwerken van haar verliezen. De data die ik voor het onderzoek verzameld heb, komen uit verschillende bronnen. Ik ben begonnen met het verzamelen van observatiemateriaal uit de rapportages en relevante gegevens uit het dossier. Deze data heb ik aangevuld met informatie die ik verkreeg uit twee verschillende interviews. Het eerste interview heb ik gehouden met Harry van den Berghe, die als muziektherapeut werkt met onder andere jongdementerende mensen en vorig schooljaar mijn stagebegeleider was. Het tweede interview heb ik gehouden met Amy Paulissen, contactverzorgende op de afdeling waar de cliënt uit het onderzoek verblijft. Toen ik al deze data verzameld had, heb ik ze eerst uitgeschreven en onrelevante informatie gewist. Daarna ben ik begonnen met het analyseren van de data. Hiervoor heb ik gebruik gemaakt van de coderingsprincipes uit de grounded theory. Ik heb gebruik gemaakt van een drietal coderingstechnieken: open, axiaal en selectieve codering. Door het analyseren werden de data gestructureerd en kreeg ik een steeds beter beeld van wat belangrijk was in het onderzoek. Uiteindelijk ben ik uitgekomen op een tweetal kerncategorieën van het onderzoek: veiligheid en muzikale expressie. Aan de hand van de data-analyse heb ik in de resultaten beschreven hoe deze kerncategorieën zijn ontstaan, wat ze inhouden en hoe ze zich met elkaar verbinden. Ik heb daarmee een theorie ontwikkeld, wat tevens het doel van het onderzoek was. Toen ik klaar was met het uitvoeren van het onderzoek, ben ik begonnen met het schrijven van de discussie. Hier heb ik met meer afstand kritisch gekeken naar het onderzoek. De resultaten worden hier verklaard en geïntegreerd in een nieuw werkmodel. Verder heb ik gereflecteerd op het onderzoek en aanbevelingen voor de praktijk en vervolgonderzoek beschreven. Tijdens het uitvoeren van het onderzoek, heb ik veel hulp gehad van mijn scriptiebegeleidster Kathinka Poismans. Door het uitvoeren van het onderzoek heb ik mijn eerste ervaring opgedaan met het uitvoeren van een relatief klein onderzoek. Ik realiseer me nu hoeveel werk het is en weet al beter hoe het in zijn werk gaat.

Literatuuropgave

Boeken

- Aldridge, D. (1996). *Music therapy research and practice in medicine*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Baarda, D.B., de Goede M.P.M. en J. Teunissen (2009). *Basisboek kwalitatief onderzoek*. Houten: Stenfert Kroese.
- Bie, D. de en Kleijn, J. de (2001). *Wat gaan we doen? Het construeren en beoordelen van opdrachten. Praktijkboek bij Onderwijs als Opdracht*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Boeije, H. (2005). *Analyseren in kwalitatief onderzoek. Denken en doen*. Amsterdam: Boomonderwijs.
- Bruscia, K. (2001). *64 technieken bij improvisatorische muziektherapie*. Amersfoort.
- Frank, J. D. (1989). 'Therapeutic components shared by all psychotherapies'. In J.H. Harvey & M. M. Parks (eds). *Psychotherapy research and behavior change*. Master Lectures, American Psychological Association, Washington.
- Frijda, N. H. (1988). *De emoties. Een overzicht van onderzoek en theorie*. Amsterdam: Bert Bakker.
- Goleman, D. (1996). *Emotionele intelligentie. Emoties als sleutel tot succes*. Amsterdam: Contact.
- Janssens A. & Lootens A. (2007). *Wegwijs in dementie op jonge leeftijd*. Leuven: Uitgeverij Lannoocampus.
- Kuiper P. C. (1988). *Ver heen. Verslag van depressie*. Den Haag: SDU Uitgeverij.
- Maso I. & Smaling A. (1998). *Kwalitatief onderzoek: praktijk en theorie*. Amsterdam: Boomonderwijs.
- Meijer, C. (2004). *Handboek psychosomatiek*. Baarn: HB.
- Migchelbrink, F. (2010). *Praktijkgericht onderzoek in zorg en welzijn*. Amsterdam: SWP.
- 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.
- Ploeg, H.M. van der (1995). *Psychotherapie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Smeijsters, H. (2003). *Handboek Creatieve therapie*. Bussum: Couthino.
- Smeijsters, H. (red.) (2005). *Praktijkonderzoek in vaktherapie*. Bussum: uitgeverij Coutinho.
- Smeijsters H. (2006). *Handboek muziektherapie*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghem.
- Smeijsters, H. (2008). *Handboek Creatieve therapie*. Bussum: Couthino.

Vandereycken, W., Hoogduin, C.A.L. & Emmelkamp, P.M.G. (2006). *Handboek psychopathologie-Deel2*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

Verdult R. (2001). *Dement worden: een kindertijd in beeld*. Baarn: HBuitgevers.

Verdult R. (2003). *De pijn van dement zijn. De belevingsgerichte aanpak van probleemgedrag*. Baarn: HBuitgevers.

Wester F. & Peters V. (2004). *Kwalitatieve Analyse*. Bussum: uitgeverij Coutinho.

Worden, J.W. (1992). *Verdriet en Rouw*. Amsterdam: Swets & Zeitlinger.

Scripties.

Jung, E.C.M. (2010). *Ik ben geen MS, ik heb MS*. Bachelorthese Creatieve Therapie muziek. Heerlen: Hogeschool Zuyd.

Nuijens, J.V. (2010) *Uit je hoofd en in het beeld!* Bachelorthese Creatieve Therapie beeldend. 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.

Schelles, I. (2005). *Palliatieve zorgen in RVT Parel der Kempen*. Bachelorthese Ergotherapie. Leuven: Katholieke Hogeschool Kempen.

Internet.

Consumentenbond (2010). *Bezuiniging gezondheidszorg*. Geraadpleegd op 19 april op http://www.consumentenbond.nl/morello-bestanden/508993/20100315_position_paper_bezuinigingen_in_de_zorg.pdf

Encyclo (2011). *Evidence-based practice*. Geraadpleegd op 26 april 2011 op: <http://www.encyclo.nl/begrip/Evidence%20based%20practice>