

Hogeschool Zuyd Heerlen
Faculteit Gezondheid & Zorg

It's all about rhythm

Een kwantitatief onderzoek naar de effectiviteit
van ritmisch trainingsgerichte muziektherapie bij
schizofrenie

Auteur	Guna Schwanen 0811866
Begeleider	Kathinka Poismans
Opleiding	Creatieve Therapie Muziek
Datum	30 mei 2012

Inhoudsopgave

VOORWOORD	2
INLEIDING	3
1. PROBLEEMSTELLING	4
1.1 AANLEIDING	4
1.2 SCHIZOFRENIE	5
1.3 TIMING EN DE MENS	5
1.4 TIMING EN DE MENS MET SCHIZOFRENIE	6
1.5 RITMISCH TRAININGSGERICHTE MUZIEKTERAPIE	8
1.6 BELANGRIJKSTE BEGRIPPEN	9
1.7 RELEVANTIE VAN DIT ONDERZOEK	9
2. VRAAGSTELLING	10
3. DOELSTELLING	10
4. ONDERZOEKSTYPE	11
5. ONDERZOEKSMETHODE	11
6. DATAVERZAMELING	12
6.1 ONDERZOEKSPOPULATIE	12
6.2 TYPE ENQUÊTE	12
6.3 VORM VAN DE VRAAGSTELLING	13
6.4 ANTWOORDMOGELIJKHEDEN	13
6.5 LAY-OUT	13
6.6 MOMENT VAN AFNAME	14
6.7 BETROUWBAARHEID EN VALIDITEIT	14
6.8 SOCIALE WENSELIJKHEID	15
7. DATA-ANALYSE	15
7.1 DATA-PREPARATIE	15
7.2 MISSENDE DATA	15
7.1 FREQUENTIEBEREKENINGEN	15
8. KWALITEITSCRITERIA	16
8.1 BETROUWBAARHEID	16
8.2 VALIDITEIT	16
9. RESULTATEN	17
9.1 DEELVRAAG 1	17
9.2 DEELVRAAG 2	18
9.3 DEELVRAAG 3	19
9.4 DEELVRAAG 4	21
9.5 OPVALLENDE RESULTATEN	21
10. DISCUSSIE	24
10.1 BEANTWOORDING VAN DE DEELVRAGEN EN DE VRAAGSTELLING	24
10.2 REFLECTIE OP DE UITVOERING VAN HET ONDERZOEK	24
10.3 TEKORTKOMINGEN EN STERKTEN VAN HET ONDERZOEK	26
10.4 VERKLARING EN INTERPRETATIE VAN DE RESULTATEN	27
10.5 INTEGRATIE VAN DE RESULTATEN IN HET NIEUWE WERKMODEL	30
10.6 VERGELIJKING NIEUWE WERKMODEL - OUDE WERKMODEL	34
10.7 AANBEVELINGEN VOOR VERVOLGONDERZOEK	36
SAMENVATTING	37
LITERATUUROPGAVE	38
BIJLAGE 1: BEGELEIDENDE BRIEF	40
BIJLAGE 2: DE ENQUÊTE	41
BIJLAGE 3: LOGBOEK SPSS	42
BIJLAGE 4: FREQUENTIE-TABELLEN EN STAAFDIAGRAMMEN	46

Voorwoord

Uitgaande van mijn stage-ervaringen, opgedaan in het derde jaar van de opleiding Creatieve Therapie, ben ik dit afstudeerproject gestart. Vooral de ervaringen met betrekking tot het individueel werken met een patiënt met schizofrenie, waren de aanleiding hiervoor. Toen deze patiënt voor het eerst in behandeling kwam, observeerde ik iets bijzonders. Iets wat ik nog niet eerder, in die mate, bij andere patiënten had gezien. Het lukte de patiënt met schizofrenie namelijk niet om te komen tot gezamenlijk spel. Hij was niet in staat om gedurende langere tijd op de puls van de muziek mee te spelen. Iets wat in mijn ogen zo basaal leek, bleek bij deze patiënt helemaal niet zo basaal. Niet alleen had de patiënt moeite met het spelen op de puls van de muziek, ook lukte het de patiënt onder andere niet om te variëren, af te stemmen op de ander wat betreft tempo en synchroon te spelen. Het meespelen op de puls werd de focus van de behandeling en dit leidde tot het geven van ritmische trainingsgerichte muziektherapie.

Overigens kwamen deze problemen niet alleen naar voren bij deze patiënt met schizofrenie. Ook bij andere patiënten met schizofrenie vielen deze problemen op. Niet vreemd dat ik dan ook erg benieuwd was of meer patiënten met schizofrenie hier moeite mee hadden. De keuze om muziektherapeuten te gaan ondervragen was daarom snel gemaakt. Ik vroeg me af of muziektherapeuten dezelfde ervaring hadden dat patiënten met schizofrenie moeilijk tot gezamenlijk spel kunnen komen. En was dit het geval, wat deden ze hier vervolgens mee? Verder vroeg ik me af of dit zou kunnen komen door een gebrek aan timing en wat mogelijke verklaringen hiervoor zouden kunnen zijn. Om hierop antwoord te krijgen startte ik dit kwantitatief onderzoek waarbij ik muziektherapeuten in Nederland die ervaring hebben met patiënten met schizofrenie ondervroeg door middel van een enquête. Uiteindelijk werkten 21 van de 24 muziektherapeuten aan dit onderzoek mee.

Hoewel ik in de beginfase van dit onderzoek optimistisch was en er niet zo zwaar aan tilde, ging de eindfase ineens gepaard met angst, een licht 'writer's block', veel stress en slapeloze nachten. Wat was het fijn dat ik op dat moment mensen om me heen had die me ondersteunden, succes wensten, maar ook vertrouwen in me hadden. Bedankt hiervoor! Ook wil ik Kathinka Poismans bedanken voor alle tips, adviezen, feedback en ondersteuning. Deze waren van grote waarde. Tot slot wil ik alle respondenten nog eens hartelijk bedanken voor het invullen van de enquête.

Inleiding

Dit afstudeerproject, waarin het gehele onderzoeksproces wordt beschreven, bestaat in totaal uit tien hoofdstukken.

In het eerste hoofdstuk wordt de probleemstelling beschreven. Dit hoofdstuk is verdeeld in acht paragrafen. In deze paragrafen komen respectievelijk de volgende onderwerpen aan bod: de aanleiding, het ziektebeeld schizofrenie, timing en de mens, timing en de mens met schizofrenie, ritmisch trainingsgerichte muziektherapie, de belangrijkste begrippen en de relevantie van dit onderzoek.

In hoofdstuk twee komt de vraagstelling met bijbehorende deelvragen aan bod, die overigens volgen uit de probleemstelling. Aansluitend wordt in hoofdstuk drie de doelstelling van dit onderzoek beschreven.

In hoofdstuk vier en vijf komen vervolgens respectievelijk het onderzoekstype en de onderzoeksmethode aan bod. Deze worden beschreven en onderbouwd met verschillende bronnen.

Het zesde hoofdstuk gaat over de dataverzameling. Dit hoofdstuk bestaat uit acht paragrafen, waarin achtereenvolgens de volgende onderwerpen aan bod komen: de onderzoekspopulatie, het type enquête, de vorm van de vraagstelling, de antwoordmogelijkheden, de lay-out, het moment van afname, betrouwbaarheid en validiteit en de sociale wenselijkheid.

In hoofdstuk zeven wordt de data-analyse beschreven. Dit hoofdstuk is opgedeeld in drie paragrafen die gaan over de data-preparatie, de missende data en de frequentieberekeningen.

In hoofdstuk acht komen de kwaliteitscriteria aan bod en wordt toegelicht welke maatregelen zijn genomen om de betrouwbaarheid en validiteit te verhogen.

Hoofdstuk negen bestaat uit de resultaten. Dit hoofdstuk is opgedeeld aan de hand van de vier deelvragen en eindigt met de opvallendste resultaten.

Het tiende hoofdstuk tenslotte betreft de discussie. Dit laatste hoofdstuk bestaat uit zeven paragrafen die achtereenvolgens gaan over: de beantwoording van de deelvragen en de vraagstelling, reflectie op de uitvoering van het onderzoek, tekortkomingen en sterkten van het onderzoek, aanbevelingen voor vervolgonderzoek, verklaring en interpretatie van de resultaten, integratie van de resultaten in het nieuwe werkmodel en een vergelijking tussen het nieuwe werkmodel en het oude werkmodel.

Tot slot eindigt dit afstudeerproject met een samenvatting, literatuuropgave en bijlagen.

Overigens wil ik in deze inleiding een tweetal zaken nog opmerken. In dit afstudeerproject kan overal waar “hij” of “hem” staat met betrekking tot respondenten “zij” of “haar” worden gelezen. Dit is louter en alleen gedaan voor een betere leesbaarheid. Verder spreek ik in dit afstudeerproject van patiënt of patiënten en niet van cliënt of cliënten. Dit is een bewuste keuze. Ik vind dat er geen onderscheid gemaakt moet worden tussen mensen met een lichamelijke aandoening en een psychische aandoening en spreek daarom liever van patiënt en patiënten.

1. Probleemstelling

In dit eerste hoofdstuk staat de probleemstelling centraal. In deze probleemstelling wordt allereerst de aanleiding van dit onderzoek besproken. Vervolgens wordt kort ingegaan op het ziektebeeld schizofrenie. Verder komt het begrip timing met betrekking tot de mens en de mens met schizofrenie aan bod en wordt ritmisch trainingsgerichte muziektherapie toegelicht. Deze probleemstelling eindigt tenslotte met de belangrijkste begrippen en de relevantie van dit onderzoek.

1.1 Aanleiding

In het derde jaar van mijn opleiding Creatieve Therapie heb ik stage gelopen bij het Regionaal Centrum Geestelijke Gezondheidszorg te Weert. In deze tien maanden durende stage ben ik in aanraking gekomen met mensen met uiteenlopende problematiek, zoals depressie, persoonlijkheidsstoornissen, angststoornissen en psychotische stoornissen, waaronder schizofrenie.

Na vijf maanden stage te hebben gelopen werd een patiënt met als diagnose schizofrenie aangemeld voor individuele muziektherapie. Deze patiënt noem ik in dit afstudeerproject Daan. Deze naam is fictief. Daan had ik eerder gezien in de kennismakingsgroep een aantal maanden daarvoor. In de kennismakingsgroep was hij slechts een aantal keer aanwezig geweest. Toen viel reeds op dat hij moeite had met de timing van de muziek. Het kostte hem veel moeite om op de puls van de muziek mee te spelen. In de sessie gaf hij op een gegeven moment aan dat hij liever niet meer mee wilde spelen. Na afloop van de sessie verliet hij direct de ruimte zonder oogcontact te maken of gedag te zeggen.

Een maand later vond de eerste individuele sessie plaats. De hulpvraag, geformuleerd door Daan, betrof het ontwikkelen van (innerlijke) structuur. In deze sessie werd samen met mijn stagebegeleider gekeken naar de mogelijkheden en hoe de therapie verder ingericht zou kunnen worden. Toen een samenspel gestart werd vielen een aantal zaken op. Daan was slechts korte momenten in staat om mee te spelen in de maat van het muzikaal spel, hij brak het spel telkens voortijdig af, het synchroon spelen van een ritme lukte alleen met oefening en het variëren of het spelen van actieve rust was niet mogelijk. Een aantal van deze problemen kwamen overigens niet alleen duidelijk naar voren bij Daan. Ook in de groepstherapie hadden patiënten met schizofrenie veel moeite hiermee. Daarnaast leek er sprake van onvoldoende ontwikkelde motoriek en dan met name problemen met de coördinatie. Wanneer patiënten op een djembé of conga speelden was een disbalans waarneembaar tussen de linker- en de rechterhand. Doordat patiënten door deze problemen niet konden komen tot een gedeelde puls bleven ze meestal alleen in hun muzikaal spel en zo in hun eigen wereld.

Bij Daan zag ik het meespelen op de puls van de muziek en daarmee tevens het delen van de puls met anderen als belangrijk onderdeel, maar ook voorwaarde van de doelstelling het ontwikkelen van (innerlijke) structuur. Ik koos er daarom voor om hieraan te gaan werken met hem. In de sessies die hierop volgden werkte ik trainingsgericht en gestructureerd. Ik oefende met Daan verschillende ritmes in zeer kleine opeenvolgende stappen, zowel op gitaar als op djembé. Een noodzakelijk hulpmiddel hierbij was het letterlijk meetellen van de maat. Dit was voor Daan essentieel om de structuur vast te kunnen houden. Naarmate de sessies vorderden lukte het Daan steeds beter om op de puls van de muziek mee te spelen. Het meespelen in de maat van het muzikaal spel ging veel makkelijker, het meespelen van het gehele muzikaal spel zonder dit voortijdig af te breken of te onderbreken ging steeds beter en het synchroon spelen lukte op een gegeven moment ook zonder oefening. Daarnaast viel op dat het Daan beter lukte om zichzelf af te grenzen. Dit kwam tot uiting doordat hij op een gegeven moment zowel zijn eigen spel kon horen als dat van de ander, zonder daarvan overspoeld te raken. Het lukte hem na vijf maanden zelfs om zelfstandig, zonder mijn hulp, te variëren. Het tellen gaf hem hierbij houvast.

Toen ik voor het uitwerken van mijn behandelingsplan op zoek ging naar literatuur om mijn werkmodel te onderbouwen, kwam ik weinig bruikbaar tegen. Ik vond in de databanken geen concrete onderzoeken over het verband tussen schizofrenie en ritme, structuur of timing. Dit maakte dat ik me af ging vragen of mijn aanpak wel een goede aanpak was. De resultaten van het ritmisch trainingsgericht werken waren echter dusdanig positief dat ik mijn werkmodel onveranderd liet. Desondanks plaats ik nog steeds vraagtekens bij mijn werkmodel en dat heeft vooral te maken met de weinige onderbouwing door literatuur.

1.2 Schizofrenie

Schizofrenie behoort tot de ernstigste en meest chronische psychiatrische ziekten. Volgens de multidisciplinaire richtlijn schizofrenie (2005) lijden in Nederland naar schatting zo'n 100.000 mensen aan schizofrenie. De term schizofrenie stamt af van het Griekse schizein (splijten) en phrèn (gevoel, verstand). Veel mensen denken dat iemand met schizofrenie een gespleten geest of een dubbele persoonlijkheid heeft. Dit is echter niet correct. Volgens Wunderink (2007) is er bij schizofrenie sprake van een splijting tussen gevoel en verstand. Het gevoel en verstand zijn niet meer nauw verbonden met elkaar, maar los van elkaar geraakt.

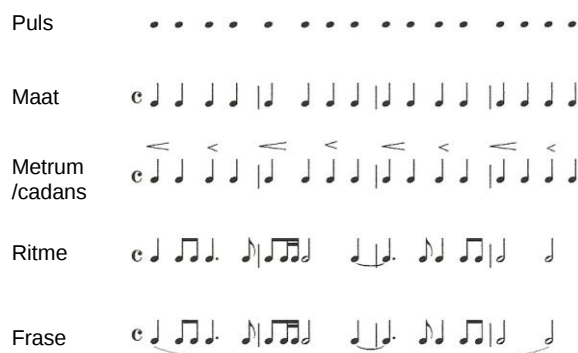
Schizofrenie ontstaat meestal tijdens de adolescentie of de jongvolwassenheid. Bij de meeste mannen is dit tussen de 15 en 25 jaar en bij de meeste vrouwen tussen de 25 en 35 jaar (Vandereycken & Van Deth, 2004, p. 108). Dit sluit aan bij Daan. Hij kreeg zijn eerste psychose op zijn 15^e jaar. Verder is ieder mens met schizofrenie anders. Schizofrenie heeft namelijk niet één bepaalde uitingsvorm en niet een vast beloop. Volgens de DSM-IV wordt er van schizofrenie gesproken wanneer er sprake is van sociaal en/of beroepsmatig disfunctioneren in combinatie met tenminste twee of meer van de volgende symptomen: wanen, hallucinaties, onsamenhangende spraak, ernstig chaotisch of katatoon gedrag en negatieve symptomen zoals vervlakking van het affect, gedachten- of spraakarmoede of apathie (American Psychiatric Association, 2000). Hieruit blijkt wel dat de symptomen van schizofrenie veelzijdig en diepgaand zijn. Om die reden kunnen ze een enorme impact hebben op de identiteit van mensen met schizofrenie.

Stel je maar eens voor dat je jezelf niet kunt afgrenzen van andere mensen en dat je de ander niet meer als autonoom kan zien met zijn eigen gedachten en zijn eigen gevoelens. Hoe moeilijk moet het dan wel niet zijn om nog in contact te treden met een ander als je geen onderscheid meer kunt maken tussen wat van jou en wat van de ander is. Of stel je eens voor dat je geen grip meer hebt op je eigen waarneming. Gedaanten komen ineens uit het niets, stemmen becommentariëren je doen en laten of je bent ervan overtuigd dat anderen jouw gedachten kunnen lezen of stelen of zelfs je gevoelens kunnen beheersen. Hoe angstig en verwarrend moet dit wel niet zijn. Of stel je eens voor dat jouw gevoelens hun samenhang verliezen met actuele situaties, zich op de verkeerde momenten opdringen en ook weer zomaar verdwijnen. Dat gedachten zich opstapelen, uit hun verband worden gerukt of zich opdringen wanneer dit niet passend is. Het wordt dan steeds lastiger om werkelijkheid van fantasie te onderscheiden, zich te concentreren of de aandacht vast te houden. De werkelijkheid raakt vervreemd en biedt geen bescherming en oriëntatie meer (Jost, 2010, p. 229-230).

1.3 Timing en de mens

Alvorens ik de samenhang tussen timing en de mens ga uitdiepen is het belangrijk eerst eens het begrip "timing" nader te gaan bekijken. Hoewel timing in de meeste literatuur wordt aangeduid als "een afwijking van de meest gehoorde versie van een ritme" (Honing, 2010, p. 137), ga ik in dit afstudeerproject uit van een andere definitie: "met timing wordt bedoeld op alles in een actie dat met de parameter tijd te maken heeft" (Poismans, 2010, p. 45). Uit de parameter tijd vallen mijns inziens de volgende elementen te extraheren: puls, maat, metrum of cadans, ritme en frase. Ter verduidelijking zijn de elementen in figuur 1 zichtbaar en wordt hierin duidelijk hoe ze zich tot elkaar verhouden. Timing wordt dan gedefinieerd als de wijze waarop al deze elementen zich tot elkaar en tot het spel van de ander verhouden (Poismans, 2010, p. 45).

Figuur 1 (Hoffmann, 2010, p. 194)



Voordat ik dieper inga op het verschijnsel dat ik heb waargenomen in de praktijk, namelijk het gegeven dat mensen met schizofrenie moeite hebben met het timen van muziek, is het belangrijk om allereerst in te zoomen op de mensen zonder schizofrenie. Hebben zij ook moeite met timing?

Een mooi voorbeeld dat toont dat de meeste mensen geen moeite hebben met het voelen van de puls en het delen hiervan is het theater. Wat gebeurt er als het publiek wordt gevraagd mee te klappen? Juist, zonder problemen klapt iedereen de beat van de muziek mee. Iedereen lijkt de puls te voelen. Hierdoor ontstaat er een gedeelde puls. Iedereen klapt namelijk op hetzelfde moment in zijn handen. Hoewel je er op dat moment niet per se bewust van bent, ontstaat er door het gezamenlijk delen van deze puls een “wij-gevoel”. Door deze synchroniciteit ontstaat er contact dat de meeste mensen op dat moment ook als positief en voedend ervaren. Timing maakt dus contact mogelijk.

Het blijkt dus dat veel mensen vrij makkelijk de puls in de muziek kunnen voelen. Uit een recent onderzoek (Wrinkler et al., 2009) is naar voren gekomen dat baby's van slechts twee tot drie dagen oud al de beat in de muziek kunnen horen. Honing (2010) concludeert hieruit dat “maatgevoel een aangeboren cognitieve vaardigheid is” (p. 87). In een samenspel is echter meer nodig dan alleen maatgevoel.

1.4 Timing en de mens met schizofrenie

Hoe zit dit dan allemaal bij mensen met schizofrenie? Volgens Honing is maatgevoel aangeboren. Het zou dus best kunnen dat mensen met schizofrenie maatgevoel hebben. Het probleem ligt echter in het delen van de puls met de ander. Daarvoor zijn meer zaken dan alleen het maatgevoel nodig. Hierbij valt te denken aan onder andere het aansturen van motoriek, terugkoppeling van hetgeen je waarneemt en informatieverwerking. Cognitieve, motorische en sensorische processen spelen hierbij een rol. Daarnaast betekent een gedeelde puls ook contact. In hoeverre is iemand met schizofrenie in staat om contact aan te gaan?

1.4.1 Het thema “afstand en nabijheid”

Een heel belangrijk thema bij mensen met schizofrenie is “afstand en nabijheid”. Dit thema hangt nauw samen met contact. Iemand met schizofrenie kan teveel nabijheid niet altijd verdragen. Dit heeft te maken met grensvervaging. Voor mensen met schizofrenie is het heel moeilijk een onderscheid te maken tussen wat van henzelf is en wat van de ander is. Wanneer het contact met een ander te dichtbij komt kunnen gevoelens van henzelf en van de ander in elkaar gaan overlopen. Dit kan heel bedreigend zijn. Ook bij Daan speelde dit thema een rol. In de sessies vertelde hij weleens over de relatie met zijn vriendin. Hoewel hij altijd positief hierover was, gaf hij tijdens een sessie ineens aan dat de relatie over was. Hij vertelde dat hij zich te zeer door haar belast voelde en dat ze continu op zijn nek zat. Hij noemde haar op een gegeven moment zelfs een “bitch”. In vergelijking met voorheen een uiterste. Uit dit voorbeeld interpreteer ik dat het contact voor Daan ineens te dichtbij kwam. Zijn copingstrategie was het afbreken van contact en het letterlijk nemen van afstand.

Maar wat heeft dit nu te maken met muziek en waarom patiënten met schizofrenie zo moeilijk tot een gedeelde puls kunnen komen? In een samenspel ontstaat contact wanneer ieder op de puls van de muziek mee kan meespelen en hierop ritmische variaties kan maken. Er is dan sprake van een gezamenlijke timing. Het ervaren van gezamenlijke timing kan volgens Poismans (2009, p. 15) enerzijds “het gevoel van een afgebakende persoon te zijn versterken”. “Anderzijds kan het een sterk “wij gevoel” oproepen, waarbij het gevoel een afgegrensd individu te zijn juist vervaagd”. Dit laatste kan voor iemand met schizofrenie als bedreigend worden ervaren. Het aangaan van muzikaal contact kan daarom heel moeilijk zijn. Dit verklaart waarom iemand met schizofrenie moeite heeft om te komen tot een gedeelde puls.

1.4.2 Cognitieve stoornissen

Om tot een gedeelde puls te komen is niet alleen het aan durven gaan van contact een belangrijke factor, ook cognitieve processen spelen daarin een rol. Naast positieve en negatieve symptomen is er bij mensen met schizofrenie vaak sprake van cognitieve stoornissen. Er blijken bij schizofrenie vooral stoornissen te zijn in het geheugen, de aandacht en concentratie, en in de informatieverwerking (Krabbendam, 2001, p. 152). Volgens Knegtering & Nienhuis (2011, p. 63) melden patiënten de cognitieve problemen meestal niet spontaan, maar komen ze pas naar voren bij gericht navragen ervan. Desondanks kunnen mensen er wel degelijk last van hebben. Voor mensen met schizofrenie is het bijvoorbeeld heel lastig om net geleerde dingen te onthouden (Nieman & Van Tricht, 2011, p. 282).

Verder hebben mensen met schizofrenie moeite met het verwerken van prikkels om hen heen. Iets kan snel te veel zijn.

Wanneer ik bijvoorbeeld over straat loop, neem ik alleen het meest belangrijke waar. Ik hoor bijvoorbeeld de sirene van een brandweerwagen of een auto die piepend remt. Het geroezemoes van mensen hoor ik niet. Het blijkt dus dat ik alleen de meest belangrijke prikkels waarneem. Waardoor komt dit nu? Informatie die binnenkomt wordt normaliter gefilterd. Alleen relevante zaken worden waargenomen. Bij mensen met schizofrenie komt alles juist sterk binnen. Ze zijn onvoldoende in staat irrelevante zintuiglijke waarnemingen te negeren (Krabbendam, 2001, p. 152). Dit kan leiden tot een gevoel van overprikkeling. Het is dan niet verwonderlijk dat musiceren snel te veel kan zijn. Het geluid van instrumenten kan heel sterk binnenkomen.

In de sessies met Daan kwam dit duidelijk naar voren. Hij had op momenten veel moeite om zich te focussen. Hij werd snel afgeleid door prikkels om hem heen. Zo hoorde hij een keer iets meetrillen in de ruimte, terwijl ik het alleen hoorde wanneer ik mij er sterk op focuste. Hij gaf ook aan de trillingen van de instrumenten intens te voelen. Hierdoor werd het hem vaak te veel als we samenspeelden. Hij werd overprikkeld, met als gevolg dat hij het op momenten niet kon uithouden en daardoor plots stopte gedurende het muzikaal spel.

1.4.3 Motorische en sensorische stoornissen

Naast cognitieve processen zijn ook motorische en sensorische processen nodig om een puls in de muziek te kunnen delen. Mensen met schizofrenie kunnen naast cognitieve stoornissen ook last hebben van motorische en sensorische stoornissen. Volgens Hillegers & Scheepers (2011, p. 122) blijkt dat vaak de motorische ontwikkeling bij schizofrenie reeds in de kindertijd is vertraagd en dat bij kinderen die schizofrenie ontwikkelen vóór hun 18^e jaar motorische rusteloosheid, stereotypieën en coördinatieproblemen meer voorkomen dan bij wie de diagnose schizofrenie pas in de volwassenheid wordt gesteld. Verder blijkt ook een aanzienlijk deel van mensen met schizofrenie problemen te hebben in de gladde oogvolgbewegingen (Knegtering & Nienhuis, 2011, p. 63). Wolters & Groenewegen (2004, p. 282) definiëren de gladde oogvolgbewegingen als bewuste bewegingen van de ogen (en het hoofd), noodzakelijk om een regelmatig heen-en-weer bewegend voorwerp, bijvoorbeeld de slinger van een klok, te volgen en scherp te blijven zien.

Ook bij Daan vielen deze problemen op. Hij had vaak moeite met zijn motoriek. Dit kwam sterk naar voren wanneer hij djembé speelde. Hij had veel moeite met de coördinatie tussen de linker- en de rechterhand. Er was geen balans, waardoor afwisselend links en rechts spelen heel lastig was. Verder was hij motorisch rusteloos. Hij kon erg druk en gejaagd zijn. Niet alleen in zijn non-verbale gedrag, ook verbaal kwam dit tot uiting. Hij was erg breedspakig. Ook vielen bij hem problemen in de gladde oogvolgbewegingen op. Wanneer hij speelde stopte hij weleens, omdat hij de bewegingen niet goed kon volgen of waarnemen. Dit gaf hij dan ook aan. Het leek ook alsof hij dit niet kon verwerken.

1.4.4 Het gegeven “tijd”

Tot slot speelt het gegeven “tijd” een belangrijke rol bij mensen met schizofrenie. Volgens Jost (2010, p. 229) zijn de symptomen van schizofrenie te verklaren doordat bij mensen met schizofrenie de concrete voorstelling van elementaire tijdconstructies ontbreekt. Mensen zonder schizofrenie hebben een manier gevonden om de tijd te construeren oftewel grijpbaar te maken door bijvoorbeeld een horloge, een agenda of een kalender. Bij mensen met schizofrenie ontbreekt dit vermogen. Met als gevolg dat een mens met schizofrenie steeds meer geïsoleerd raakt. Dit komt doordat de maatschappij een bepaalde voorstelling heeft van de werkelijkheid en de tijd en deze syntactisch (overdracht van gegevens) en semantisch (betekenis van gegevens) kan duidelijk maken. Bij een mens met schizofrenie ontbreekt deze vaardigheid. Hij is niet in staat om de fragmenten van tijd op een logische manier te ordenen en aan anderen over te brengen.

Hierop sluit het volgende aan. Uit onderzoek is naar voren gekomen dat bij mensen met schizofrenie bepaalde innerlijke ritmes hoogstwaarschijnlijk ontregeld zijn. Rao et al. & Wirz-Justice et al. (zoals geciteerd in Takao et al., 2007, p. 273) vermoeden dat bij mensen met schizofrenie de circadiane ritmes (24-uurs ritme) van verschillende hormonen en activiteitenpatronen verstoord zijn. Deze circadiane ritmes worden aangedreven door een intern “time-keeping system”. Uit een Japans onderzoek (Takao et al., 2007, p. 273) blijkt dat het zogenaamde CLOCK (Circadian Locomotor Output Cycles Kaput) gen afwijkend is bij schizofrenie. Dit gen is verantwoordelijk voor het organiseren van circadiane ritmes en oefent invloed uit op dopamine, een neurotransmitter die stimuleert en het lichaam in verhoogde activiteit brengt, zowel psychisch als lichamelijk” (Kaiser, 2007, p. 104).

Zowel de verklaring van Jost (2010) alsmede de resultaten uit bovenstaande onderzoeken sluiten nauw aan bij Daan. Ook bij Daan kwam duidelijk naar voren dat hij moeite had met het gegeven “tijd”. Dit leek te maken te hebben met een innerlijk gevoel van ritme en tijd. Het kostte Daan bijvoorbeeld ontzettend veel moeite om te gaan met de tijd en de structuur van tijd. Hij kwam vaak te laat of kwam een enkele keer zelfs niet opdagen. Hij kon de tijd niet structureren. Het leek een grote chaos. De sessie na Pinksteren, deze was op een dinsdag, was hij bijvoorbeeld afwezig. Hij was echter in de veronderstelling dat het maandag was. Het feit dus dat Daan buiten de muziek moeite heeft met het omgaan met tijd kan mogelijk verklaren waarom hij binnen de muziek moeite heeft met timing.

1.5 Ritmisch trainingsgerichte muziektherapie

In de vorige paragraaf heb ik aangegeven welke factoren mogelijk een rol kunnen spelen bij timing en de mens met schizofrenie. Deze factoren waren de volgende: het thema “afstand en nabijheid”, cognitieve stoornissen, motorische en sensorische stoornissen en het gegeven “tijd”. In de behandeling van Daan speelde ritme een belangrijke rol. Waarom muziektherapie, vooral toegespitst op het element ritme, effectief zou kunnen zijn bij mensen met schizofrenie zal nu worden toegelicht.

1.5.1 Het thema “afstand en nabijheid”

Ten aanzien van het thema “afstand en nabijheid” kan ritme ingezet worden, omdat ritme volgens Spender (zoals geciteerd in Bunt, 1994, p. 60) structuur brengt in de ordening van tijd. Ritme geeft dus regelmaat en is daarmee ook voorspelbaar. Dit biedt duidelijkheid en kan daarmee minder bedreigend zijn voor de mens met schizofrenie. In het gebruik van ritme kan tevens afstand en nabijheid gereguleerd worden. Zo kan het synchroon spelen van een ritme als nabij worden ervaren. Synchroniciteit impliceert contact. Echter, door een ritme niet synchroon te spelen kan weer afstand gecreëerd worden.

1.5.2 Cognitieve stoornissen

Ook met betrekking tot cognitieve stoornissen heeft het inzetten van ritme voordelen. Het voordeel van ritme is dat deze zo eenvoudig of zo complex mogelijk gemaakt kunnen worden. Enerzijds kunnen prikkels hierdoor zoveel mogelijk gereduceerd worden, anderzijds kunnen prikkels juist uitgebreid worden. Iemand met schizofrenie kan dus mogelijk, door het reduceren of uitbreiden van prikkels, leren zijn aandacht beter vast te houden.

1.5.3 Motorische en sensorische stoornissen

Het element ritme wordt reeds ingezet bij mensen met motorische en sensorische stoornissen. Mensen met schizofrenie kunnen ook een verstoring hebben in motorische en sensorische processen. Uit een onderzoek door Chen et al. (zoals geciteerd in Sacks, 2010, p. 234) blijkt dat bij het volgen van een ritme de motorische cortex die betrokken is bij de beheersing van spierresponsen (waardoor we de ledematen kunnen bewegen) en de subcorticale systemen in de basale ganglia en het cerebellum (kleine hersenen), die respectievelijk betrokken zijn bij de coördinatie van motorische (bewegings-) processen en bij het evenwichtsgevoel en de motoriek (spieren), geactiveerd worden (Nevid et al., 2008). Ritme in die betekenis kan een grote rol spelen bij het coördineren en versterken van de basale voortbeweging (Sacks, 2010, p. 234).

1.5.4 Het gegeven “tijd”

Tot slot hebben mensen met schizofrenie ook moeite met het gegeven “tijd”. Hegi (2010) benadrukt dat ritme alles te maken heeft met tijd: *“rhythmus fühlt die Zeit, er macht sie sinnlich erfahrbar”* (p. 1). Hoffmann (2010) zegt het volgende: *“rhythm can facilitate patients’ better understanding of themselves and can support them in the way they deal with time. This may enable them to (re)discover time, especially where orientation in time is lost or limited”* (p. 192). Dit onderbouwt waarom ritme goed ingezet kan worden bij mensen met schizofrenie.

1.5.5 Ritmisch trainingsgerichte muziektherapie

De behandeling van Daan bestond uit ritmisch trainingsgerichte muziektherapie. We oefenden letterlijk verschillende ritmische patronen in een logische volgorde in zeer kleine stappen. De focus lag op het trainingsgerichte aspect. Trainingsgerichte muziektherapie zie ik als een mogelijkheid van behandeling voor mensen met schizofrenie om diverse redenen. Ten eerste hoeft contact nog niet te diepgaand te zijn of te nabij te komen, omdat de behandeling gericht is op het oefenen of trainen van. Voor de patiënt zou dit mogelijk beter te verdragen kunnen zijn. Ten tweede is het daadwerkelijk trainen van het komen tot een (gedeelde) puls van belang, omdat de patiënt uit zichzelf niet altijd in staat zal kunnen zijn dit te doen. Door de patiënt handvatten aan te reiken, kan hij hiermee letterlijk oefenen. Tot slot geeft training zelf duidelijkheid en structuur. Volgens Jost (2010, p. 230) hebben mensen met schizofrenie duidelijke tijdstructuren en mensen nodig die helpen hun ritme weer te ontdekken. Ik denk dat wanneer de patiënt eenmaal in staat is om een puls te delen, het trainingsgerichte aspect minder op de voorgrond hoeft te staan. Wanneer het vermogen tot structureren er is, is het mogelijk om tot muzikale beleving te komen (Holthaus, 1970, p. 55).

De ritmisch trainingsgerichte muziektherapie zorgde voor positieve effecten bij Daan. Zo maakte Daan meer oogcontact en non-verbaal contact naarmate de therapie vorderde. Opvallend was verder dat Daan vooral in het begin van de therapie vaak versnelde in zijn spel. Later lukte het hem wanneer hij versnelde en dit opmerkte, terug te komen in tempo om vervolgens weer aan te sluiten. Daan kon verder meer loskomen en experimenteren in zijn spel naarmate de sessies vorderden. Hij gaf ook verbaal aan dat hij op een gegeven moment veiligheid ervoer in de therapie. Daan kon daarnaast ook de structuur van een lied oppakken. In het begin van de therapie ging dit heel moeilijk. Hij had veel moeite om de structuur (van akkoorden bijvoorbeeld) te begrijpen.

Gezien deze positieve ervaringen met ritmisch trainingsgerichte muziektherapie bij Daan en de aanwijzingen in de literatuur zou dus verondersteld kunnen worden dat dit een effectieve methode is bij patiënten met schizofrenie. Omdat verder empirisch bewijs ontbreekt zou een onderzoek naar de effectiviteit van ritmisch trainingsgerichte muziektherapie hier goed bij aansluiten.

1.6 Belangrijkste begrippen

Puls: Regelmatige verdeling van de muzikale tijd.

Gedeelde puls: Samenspelen op dezelfde puls met een ander of anderen.

Gezamenlijk spel: Wanneer het muzikaal spel ritmisch coherent is. Dat wil zeggen dat het muzikaal spel gebaseerd is op dezelfde puls/beat.

Een ritme synchroon spelen: Een ritme op hetzelfde moment/tegelijkertijd spelen als de ander of anderen.

Ritme: "Rhythm is the ordered characteristic of succession" (Fraisie zoals geciteerd in Bunt, 1994, p. 60).

Timing: De wijze waarop de elementen puls, maat, metrum, ritme en frase zich tot elkaar en tot het spel van de ander verhouden (Poismans, 2010, p. 45).

Actieve rust: een tel of meerdere tellen in de maat die niet gespeeld worden en die onderdeel uitmaken van het ritme.

1.7 Relevantie van dit onderzoek

Dit onderzoek is zowel van belang voor mij als student, alsmede voor de beroepspraktijk en de patiënt. Schizofrenie is een veelvoorkomende stoornis binnen de Geestelijke Gezondheidszorg. Zoals reeds aangegeven lijden er in Nederland naar schatting zo'n 100.000 mensen aan schizofrenie. Poos (zoals geciteerd in Ulrich & Isermann, 2006) voorspelt dat het absolute aantal personen met schizofrenie in Nederland, enkel uitgaande van demografische ontwikkelingen, tussen 2000 en 2020 met 7,9% zal stijgen. Om die reden zullen veel muziektherapeuten in de toekomst in aanraking komen met patiënten met schizofrenie.

Gedurende mijn stagejaar heb ik met een patiënt met schizofrenie trainingsgericht gewerkt met behulp van een belangrijk element in muziek, namelijk ritme. Ondanks dat ik destijds weinig onderbouwing vond voor mijn werkmodel, zette ik het werken op deze manier door, omdat de resultaten dusdanig positief waren. Dit onderzoek is nu van belang om te achterhalen of ritmisch trainingsgerichte muziektherapie een effectieve methode is. Daarnaast is het belangrijk na te gaan of mijn werkmodel toch niet aangepast dient te worden. Hierdoor wordt mijn eigen beroepsmatige handelen en daarmee, als toekomstig muziektherapeut, mijn professionaliteit verder ontwikkeld.

Ook is dit onderzoek relevant voor de beroepspraktijk. De manier waarop ik gewerkt heb, is in de literatuur niet terug te vinden. In de literatuur wordt het trainingsgerichte aspect niet benoemd. Ook het begrip timing met betrekking tot muziektherapie bij schizofrenie komt in de literatuur niet naar voren. Door aanvullend onderzoek zal ik mijn werkmodel kunnen uitdiepen en hoogstwaarschijnlijk relevante bevindingen tegenkomen die van belang zouden kunnen zijn voor de beroepspraktijk.

Tot slot is dit onderzoek ook relevant voor de patiënt met schizofrenie. Een andere kijk zou wellicht het behandelingsaanbod kunnen verbreden. Door het vanuit een ander perspectief te bekijken kunnen nieuwe mogelijkheden ontwikkeld worden waarop met patiënten met schizofrenie gewerkt kan worden.

2. Vraagstelling

“Is ritmisch trainingsgerichte muziektherapie effectief bij patiënten met schizofrenie wanneer de doelstelling op het gebied van de sociale interactie ligt?”

Deelvragen:

- “Hebben muziektherapeuten in Nederland de ervaring dat patiënten met schizofrenie moeite hebben met gezamenlijk spel?”
- “Worden er ritmische interventies gepleegd wanneer patiënten met schizofrenie moeite hebben met gezamenlijk spel?”
- “Kan een gebrek aan timing verklaren dat tot gezamenlijk spel komen en daarmee de sociale interactie zo moeilijk gaat?”
- “Hebben muziektherapeuten een verklaring voor de problemen met timing door patiënten met schizofrenie?”

3. Doelstelling

De doelstelling van dit onderzoek is het verkrijgen van een inventarisatie van ervaringen van muziektherapeuten die werken met patiënten met schizofrenie. Door deze inventarisatie ben ik in staat mijn deelvragen en daarmee tevens mijn vraagstelling te beantwoorden. Verder kom ik door de verzamelde ervaringen van muziektherapeuten met deze doelgroep tot nieuwe inzichten en kan hierdoor kritisch kijken naar mijn eigen werkmodel en dit vervolgens aanpassen. Door aanpassingen wordt mijn werkmodel beter onderbouwd, maar ook meer evidence based. Dit zorgt uiteindelijk ook voor een verbetering van mijn beroepsmatig handelen.

Niet alleen kunnen de uitkomsten van dit onderzoek van belang zijn voor mijzelf, als toekomstig muziektherapeut, ook kunnen de uitkomsten van belang zijn voor de praktijk en theorie van het beroep. Volgens Ulrich & Isermann (2006, p. 190) maken de meeste muziektherapeuten in hun methodiek gebruik van diverse psychotherapeutische kaders. Dit is wezenlijk anders dan de wijze waarop ik gewerkt heb. Zoals reeds aangegeven wordt ritmisch trainingsgerichte muziektherapie in de literatuur nergens ter sprake gebracht. Wanneer ik tot de conclusie kom dat ritmisch trainingsgerichte muziektherapie een mogelijk effectieve behandeling is, zou dit nieuw licht kunnen werpen op een andere behandelingsmogelijkheid en het behandelingsaanbod wellicht kunnen verbreden.

4. Onderzoekstype

Volgens Migchelbrink (2008, p. 137) wordt op grond van de vraagstelling en doelstelling van een onderzoek bepaald om welk type onderzoek het gaat. Afgaande op mijn vraagstelling en deelvragen is mijn onderzoek een inventariserend onderzoek. Migchelbrink (2008, p. 135) geeft aan dat er in vraagstellingen van een inventariserend onderzoek vaak een behoefte is aan informatie over hoe het zit met de situatie, wat er aan gedaan wordt, wat de omvang is enzovoort. Kortom wat er aan de hand is met betrekking tot het te onderzoeken verschijnsel. Dit komt vooral uit mijn deelvragen naar voren.

Mijn eerste deelvraag gaat na of het verschijnsel dat ik heb waargenomen in de praktijk, namelijk dat patiënten met schizofrenie moeite hebben met gezamenlijk spel, ook door muziektherapeuten in Nederland wordt waargenomen. Mijn tweede deelvraag inventariseert of er door de muziektherapeuten ritmische interventies worden gepleegd. Met andere woorden, wat doen zij met het verschijnsel? Verder heb ik een mogelijke verklaring geformuleerd in mijn probleemstelling. Ik denk namelijk dat een gebrek aan timing verklaart dat het tot gezamenlijk spel komen en daarmee de sociale interactie zo moeilijk gaat. Ik wil achterhalen of muziektherapeuten dit ook vinden. Mijn derde deelvraag probeert hier een antwoord op te vinden. Tot slot heb ik in mijn probleemstelling een aantal mogelijke verklaringen gegeven waarom ik denk dat patiënten met schizofrenie moeite hebben met timing. Mijn vierde en tevens laatste deelvraag gaat na of muziektherapeuten hier ook een verklaring voor hebben.

Concluderend breng ik dus, zoals Migchelbrink (2008, p. 135) aangeeft, de 'huidige stand van zaken' in beeld. Geïnterviewd wordt of muziektherapeuten het verschijnsel herkennen, wat ze hiermee doen, of ze denken dat een gebrek aan timing een onderliggende oorzaak is en wat mogelijke verklaringen zijn voor problemen met timing. Door een antwoord hierop te vinden, kan ik onderbouwen waarom ik denk dat ritmisch trainingsgerichte muziektherapie mogelijk effectief is bij patiënten met schizofrenie.

5. Onderzoeksmethode

Als onderzoeksmethode heb ik gekozen voor de kwantitatieve methode. Bij een kwantitatieve methode bekijkt de onderzoeker de werkelijkheid van buitenaf. Hij brengt de te onderzoeken werkelijkheid in beeld en fungeert als een soort objectieve buitenstaander (Migchelbrink, 2008, p. 32). Dit sluit aan bij mijn vraagstelling en deelvragen. Ik ben namelijk niet zelf terug in de praktijk gegaan, maar heb muziektherapeuten 'van buitenaf' bevraagd en ben als interviewer niet direct aanwezig geweest.

Een andere belangrijke reden waarom ik heb gekozen voor kwantitatief onderzoek is de externe validiteit, en dus de generaliseerbaarheid (Korzilius, 2000, p. 29). Niet alleen tegenwoordig, maar ook in de toekomst, zullen getalsmatige resultaten steeds belangrijker worden in de samenleving. Mensen willen vandaag de dag concrete resultaten zien en op basis daarvan worden belangrijke besluiten genomen die vaak gemoeid gaan met een hele hoop geld. Om ervoor te zorgen dat het vak muziektherapie blijft voortbestaan, zal vooral wetenschappelijk onderzoek voor handen moeten zijn. Is de effectiviteit van bepaalde behandelingen wetenschappelijk (te) weinig bewezen, dan is de kans namelijk groot dat deze wegbezuinigd worden.

In mijn onderzoek heb ik gebruik gemaakt van de grondvorm survey-onderzoek. Een survey-onderzoek geeft een overzicht van een bepaald thema of verschijnsel (Korzilius, 2000, p. 7). Dit sluit nauw aan bij mijn vraagstelling en deelvragen. Ik wilde namelijk meer te weten komen over het verschijnsel dat ik heb waargenomen in de praktijk. Door de deelvragen en uiteindelijk de vraagstelling te beantwoorden, krijg ik een overzicht van dit verschijnsel.

Naast de externe validiteit is een ander pluspunt van een survey-onderzoek de systematische manier van opzet, dataverzameling en data-analyse. Dit levert volgens Korzilius (2000, p. 121) veelal objectieve, betrouwbare, repliceerbare, kwantificeerbare en generaliseerbare gegevens. Bij het trekken van een steekproef heb ik echter rekening moeten houden met de representativiteit; in hoeverre zijn de resultaten representatief voor de rest.

6. Dataverzameling

In dit hoofdstuk komt achtereenvolgens de onderzoekspopulatie, het type enquête, de vorm van de vraagstelling, de antwoordmogelijkheden, de lay-out, het moment van afname, betrouwbaarheid en validiteit, en de sociale wenselijkheid aan bod.

6.1 Onderzoekspopulatie

Baarda & de Goede (2006, p. 147) definieert de onderzoekspopulatie als het totaal van objecten waarop een onderzoek betrekking heeft en waarover een uitspraak wordt gedaan. In deze kwantitatieve survey vormen muziektherapeuten, die werken met patiënten met schizofrenie die op dat moment niet psychotisch zijn en waarbij de doelstellingen op het gebied van de sociale interactie liggen, mijn onderzoekspopulatie. Het aantal muziektherapeuten dat werkt met deze doelgroep is echter dermate groot, dat het een onmogelijke opgave zou zijn geweest deze allemaal te ondervragen. De keuze om een deel van deze populatie te gaan benaderen was dan ook snel gemaakt. Een deel van de populatie wordt ook wel de operationele populatie genoemd. De operationele populatie in deze kwantitatieve survey betreft muziektherapeuten die werken met patiënten met schizofrenie binnen Nederland.

Het was echter ook niet mogelijk om alle muziektherapeuten die werken met patiënten met schizofrenie binnen Nederland te ondervragen. Er is namelijk geen officiële administratie voor muziektherapeuten. Dat wil zeggen dat ik geen steekproefkader had en dus niet in staat was een aselechte steekproef te trekken. Ik wist namelijk niet precies wat het totaal aantal muziektherapeuten was dat werkt met de doelgroep binnen Nederland. Dit hield in dat ik een selecte steekproef moest trekken en dit was van invloed op de externe validiteit en de generaliseerbaarheid. De steekproef was hierdoor minder 'representatief'.

Om contactgegevens te achterhalen van muziektherapeuten heb ik de website van Stichting Muziektherapie geraadpleegd en contact opgenomen met alle weergegeven muziektherapeuten werkzaam in de psychiatrie vermeld op deze website. Dit waren in totaal eenenveertig muziektherapeuten. Om aan nog meer contactgegevens te komen heb ik gewerkt volgens de sneeuwbalprocedure. Hierbij wordt geprobeerd langs verschillende wegen zoveel mogelijk namen bijeen te krijgen (Swanborn, 2002, p. 150). Ik heb bijvoorbeeld mijn stagebegeleider uit het derde leerjaar gecontacteerd om zo aan meer contactgegevens te komen. Ook heb ik een aantal muziektherapeuten benaderd die mogelijk veel contacten in het werkveld hebben om op deze manier ook zoveel mogelijk namen te achterhalen. Verder heb ik een aantal instellingen per e-mail gecontacteerd met de vraag of er muziektherapeuten werkzaam waren en heb ik een oproep geplaatst in de nieuwsbrief van de Nederlandse Vereniging voor Muziektherapie.

In totaal heb ik vierenvijftig muziektherapeuten benaderd met de vraag of ze met de doelgroep werken en of ze bereid zouden zijn mee te werken aan mijn onderzoek. Ik vond het belangrijk om van tevoren contact te leggen, omdat dit mogelijk de respons zou verhogen. In totaal hebben vierendertig muziektherapeuten gereageerd. Tien muziektherapeuten gaven aan niet te kunnen deelnemen aan het onderzoek, omdat ze of niet werken met de doelgroep of vanwege een andere reden. Tweeëntwintig muziektherapeuten gaven aan te werken met de doelgroep en bereid te zijn de enquête in te vullen. Verder reageerden twee muziektherapeuten op mijn oproep in de nieuwsbrief. In totaal had ik dus vierentwintig muziektherapeuten die deel wilden nemen aan mijn onderzoek.

6.2 Type enquête

Een enquête is de systematische ondervraging van personen op een groot aantal vraagpunten (Swanborn, 2002, p. 135). Er bestaan verschillende soorten enquêtes. Het type enquête in mijn onderzoek, betreft zowel de schriftelijke postenquête als de internetenquête. Afgaande op mijn vraagstelling en bijbehorende deelvragen, lag het voor de hand een gestructureerde vragenlijst op te stellen. Door middel van een vragenlijst is het mogelijk veel informatie over een bepaald onderwerp in te winnen. Dit laatste is belangrijk, omdat ik hiermee mijn vraagstelling kan beantwoorden. De enquête is overigens toegevoegd in bijlage 2.

De postenquête heb ik naar eenentwintig muziektherapeuten opgestuurd. Voor de postenquête heb ik gekozen vanwege een tweetal redenen. Ten eerste werken postenquêtes, na telefonisch enquêteren, het snelst (Swanborn, 2002, p. 141). Vanwege de beperkte tijdsduur van mijn onderzoek was dit een belangrijke beweegreden om voor een postenquête te kiezen. Ten tweede zijn postenquêtes, evenals internetenquêtes, het goedkoopst (Swanborn, 2002, p. 141). Mijn onderzoek

betrof een afstudeerproject voor de duur van slechts vier maanden. Mede hierom vond ik het belangrijk dat de kosten redelijk beperkt bleven. Bij de postenquête heb ik overigens een geadresseerde retourenvelop bijgesloten om het voor de respondent op deze manier zo gemakkelijk mogelijk te maken en met als doel verhoging van de respons.

Naast de postenquête heb ik ook een internetenquête opgesteld in een Word bestand. Een aantal muziektherapeuten die ik via e-mail heb benaderd, hebben aangegeven liever een internetenquête in te willen vullen. Naar deze muziektherapeuten heb ik dan ook een internetenquête opgestuurd om non-respons te bestrijden. De internetenquête heb ik tevens ingezet toen ik een herinnering opstuurde naar alle muziektherapeuten. Hierdoor hadden ze meteen de mogelijkheid om de enquête in te vullen en hoefden niet op zoek te gaan naar de postenquête die misschien ergens onderin de stapel op hun bureau lag.

6.3 Vorm van de vraagstelling

De enquête heb ik ontwikkeld aan de hand van de vier deelvragen. Hij bestaat in totaal uit tweeëntwintig vragen, waarvan achttien gesloten vragen, twee gesloten vragen met een open-antwoordcategorie en twee open vragen. Ik heb voornamelijk gesloten vragen ontwikkeld, omdat deze nadien de bewerking van de antwoorden vereenvoudigden voor statistische analyse. Dit was een belangrijke motivatie om met name gesloten vragen op te stellen.

Omdat de vorm van de vraagstelling heel belangrijk is in een schriftelijke enquête heb ik van tevoren literatuur geraadpleegd. Hieruit kwam naar voren dat vragen gemakkelijk moeten lopen en een samenhangend geheel moeten vormen en dat er rekening moet worden gehouden met het taalgebruik (Migchelbrink, 2008, p. 177). Dit moet correct, bekend en begrijpelijk voor de respondent zijn. Hier heb ik rekening mee gehouden. Ik heb bijvoorbeeld een verklarende woordenlijst toegevoegd aan de enquête, waarin bepaalde begrippen voorzien werden van een uitleg. Tevens is de formulering van de vragen belangrijk voor de betrouwbaarheid. Deze moet zo neutraal mogelijk zijn. Ook hier was ik op bedacht. Vragen heb ik zo neutraal mogelijk geformuleerd. Verder heb ik ook gelet op de lengte van de vragen. De vragen in mijn enquête zijn niet te lang en niet te kort.

Dit alles is overigens van belang voor de responsiviteit. Wanneer iets niet duidelijk is in de enquête, ben ik immers niet aanwezig om een onduidelijke vraag uit te kunnen leggen. Alles moest dus helder, concreet en duidelijk zijn.

6.4 Antwoordmogelijkheden

Bij de antwoordmogelijkheden was het belangrijk dat ze goed correspondeerden met de bijbehorende vraag en dat ze duidelijk waren. Hier heb ik gedurende het ontwikkelen van mijn enquête rekening mee proberen te houden.

De antwoordmogelijkheden in mijn enquête zijn zowel op nominaal, als op ordinaal niveau. Bij de antwoordmogelijkheden op nominaal niveau gaat het om categorieën die los van elkaar staan en niet om een gemiddelde of rangorde (Swanborn, 2002, p. 41). Een voorbeeld van dergelijke categorieën zijn verschillende interventies. Bij deze nominale gegevens is het belangrijk dat de antwoordmogelijkheden uitputtend zijn (Baarda & de Goede, 2006, p. 238). Bij inventariserende vragen bestaat namelijk altijd de kans dat bij de antwoordmogelijkheden iets vergeten wordt. Om dit uit te sluiten heb ik bij twee gesloten vragen gekozen voor een open-antwoordcategorie. Verder heb ik de categorie 'niet van toepassing' toegevoegd bij twaalf vragen. Het is immers zinloos om een respondent een antwoord aan te laten kruisen, wanneer hij over een onderwerp onvoldoende kennis heeft (Baarda & de Goede, 2006, p. 239). Tevens maakt het de enquête minder betrouwbaar.

Bij de antwoordmogelijkheden op ordinaal niveau is er wel sprake van meer of minder. Echter de onderlinge verschillen tussen de antwoordmogelijkheden zijn niet in een getal uit te drukken (Baarda & de Goede, 2006, p. 186). In mijn enquête zijn een aantal antwoordmogelijkheden op ordinaal niveau. Zoals onder andere de antwoordmogelijkheden: "zeer eens", "eens", "neutraal", "oneens" en "zeer oneens".

6.5 Lay-out

De lay-out is bij een postenquête een belangrijk onderdeel waar ik de nodige aandacht aan heb geschonken. Ik vond het belangrijk dat de enquête er allereerst aantrekkelijk uit zou zien en prikkelend zou zijn voor de respondent. De eerste indruk is altijd heel voornaam. Ik heb daarom de enquête voorzien van een mooi gekleurde achtergrondafbeelding. Daarnaast diende de enquête professioneel

en goed verzorgd te ogen. De enquête heb ik daarom zorgvuldig uitgeprint, van een nietje voorzien en in de enveloppen gestoken. Volgens Migchelbrink (2008, p. 187) straalt dit het belang uit dat de onderzoeker hecht aan het onderzoek. Dit is belangrijk, omdat dit mogelijk de respons verhoogt. Verder heb ik in mijn enquête de vragen genummerd, rekening gehouden met de lettergrootte en het lettertype en voldoende schrijfruimte gegeven bij zowel de open vragen, als de open-antwoordcategorieën.

6.6 Moment van afname

Bij deze kwantitatieve survey vond de dataverzameling plaats op één moment. De respondenten werden gevraagd de enquête één keer in te vullen binnen een bepaalde periode. Een afname op verschillende tijdstippen was gezien mijn vraagstelling en deelvragen niet nodig. Wanneer ik namelijk op een tweede tijdstip data zou gaan verzamelen en de enquête weer zou laten invullen, zou hoogstwaarschijnlijk hetzelfde gemeten worden.

6.7 Betrouwbaarheid en validiteit

De betrouwbaarheid is een belangrijk gegeven in goed onderzoek. Volgens Migchelbrink (2008, p. 128) gaat het bij de betrouwbaarheid om het zo nauwkeurig en zorgvuldig mogelijk werken. Door toevallige omstandigheden kunnen onderzoeksmetingen echter minder betrouwbaar worden en dit moet daarom zoveel mogelijk worden voorkomen. Toevallige omstandigheden kunnen te maken hebben met de interviewer, de dataverzamelingstechniek, de analyse of de respondent.

Als interviewer, in dit geval degene die de enquête heeft ontwikkeld, is het belangrijk rekening te houden met de eigen perceptie. Dit hangt nauw samen met de formulering van de vragen in een enquête. Deze moet namelijk zo neutraal mogelijk zijn en mag in die zin niet al het eigen gedachtegoed weerspiegelen. De respondent moet de kans krijgen zoveel mogelijk vanuit zijn eigen perceptie de enquête in te kunnen vullen en niet al gestuurd te worden vanwege de formulering van bepaalde vragen. Ook toevallige omstandigheden met betrekking tot de dataverzamelingstechniek kunnen de betrouwbaarheid beïnvloeden. Zo kan de lay-out mogelijk de betrouwbaarheid verhogen. Is deze zo professioneel en verzorgd mogelijk opgezet, dan zal de respondent waarschijnlijk eerder geneigd zijn deze zorgvuldiger in te vullen. Verder kunnen de antwoordmogelijkheden ook de betrouwbaarheid verhogen. Het toevoegen van de antwoordmogelijkheid 'niet van toepassing' is hier een voorbeeld van. De respondent zou anders een antwoord in kunnen vullen, terwijl hij er onvoldoende kennis over heeft. Met betrekking tot de analyse is het belangrijk zo nauwkeurig en zorgvuldig mogelijk te werken. Dit kan onder andere gedaan worden door het invullen van de gegevens in het statistiekprogramma SPSS meermaals te controleren. Tot slot is het ook afhankelijk van toevallige omstandigheden met betrekking tot de respondent hoe betrouwbaar het onderzoek is. Als onderzoeker heb ik hier weinig invloed op. Is de respondent bijvoorbeeld net de ochtend voor het invullen van de enquête met het verkeerde been uit bed gestapt dan heeft dit hoogstwaarschijnlijk invloed op de wijze waarop hij de enquête invult. Of vult de respondent de enquête in, in een omgeving waar het erg rumoerig is, dan zal de respondent waarschijnlijk minder geconcentreerd zijn en daardoor minder nauwkeurig de enquête invullen.

Naast betrouwbaarheid is validiteit ook een belangrijk gegeven in goed onderzoek. Validiteit wil zeggen dat de verzamelde gegevens, je resultaten, de onderzochte werkelijkheid weerspiegelen (Migchelbrink, 2008, p. 128). Om validiteit vast te stellen hanteer ik de volgende methoden: begripsvaliditeit en externe validiteit (Swanborn, 2002, pp. 25-26). Bij begripsvaliditeit gaat het erom of daadwerkelijk is gemeten wat men wilde meten. Hierbij moet rekening worden gehouden met systematische fouten. Iedere enquêtevraag moet slechts één ding meten en niet meerdere. Om dit te voorkomen moeten de operationalisering en enquêtevragen heel zorgvuldig geformuleerd en vooraf getest worden (Swanborn, 2002, p. 25). Externe validiteit heeft betrekking op de reikwijdte of de generaliseerbaarheid van de conclusies naar de gehele populatie (Korzilius, 2000, p. 29). Een bedreiging voor de externe validiteit is non-respons, daarom is het belangrijk zoveel mogelijk respondenten te werven voor het invullen van de enquête.

De maatregelen die ik heb getroffen om de betrouwbaarheid en kwaliteit zo hoog mogelijk te krijgen, zal ik overigens bespreken in hoofdstuk 9 Kwaliteitscriteria.

6.8 Sociale wenselijkheid

Ook is het bij goed onderzoek belangrijk de sociale wenselijkheid zo veel mogelijk te beperken. Volgens Baarda & de Goede (2006, p. 221) hebben mensen over het algemeen de neiging zich van hun goede kant te laten zien en zullen dan ook een antwoord geven waarmee zij een goede indruk denken te maken. Sociale wenselijkheid kan dus van invloed zijn op de wijze waarop respondenten de enquête zullen invullen. Het is dus belangrijk om de sociale wenselijkheid zoveel mogelijk te beperken. Dit heb ik gedaan door de manier waarop de vragen worden gesteld in de enquête zo neutraal mogelijk te houden en door hierin dus geen instemming of afkeuring te laten blijken. Ook heb ik de sociale wenselijkheid zoveel mogelijk beperkt door de anonimiteit van de respondenten te waarborgen. De enquête heb ik naar het grootste deel van de respondenten per post gestuurd. Op de enquête en enveloppen heb ik geen gegevens van de respondent vermeld. Het invullen van de enquête gebeurde dus volstrekt anoniem.

7. Data-analyse

7.1 Data-preparatie

In deze kwantitatieve survey bestaan de data enkel uit antwoorden van mensen, in dit geval muziektherapeuten die werken met patiënten met schizofrenie binnen Nederland, op vragen. Om alle data te kunnen analyseren heb ik in het statistiekprogramma SPSS een logboek aan moeten leggen (zie bijlage 3). Dit logboek heb ik verwerkt in een datamatrix. De datamatrix dient om netjes en systematisch de verzamelde gegevens vast te leggen. Hij vormt daarmee het eindpunt van de dataverzameling en tegelijk het beginpunt voor de data-analyse (Swanborn, 2002, p. 35). In de datamatrix worden horizontaal de onderzoekseenheden, ook wel de respondenten, gepositioneerd en verticaal de vragen, ook wel de variabelen.

In totaal heb ik 21 van de 24 enquêtes retour ontvangen. Iedere enquête heb ik, na ontvangst, pas gecodeerd met een nummer ter identificatie van de respondent, zodat ook de anonimiteit van de respondent die de internetenquête had ingevuld gewaarborgd zou blijven. Het identificatienummer heb ik vervolgens in de eerste kolom van de datamatrix geplaatst. Dit vereenvoudigde nadien het controleren van de ingevoerde gegevens (Baarda & de Goede, 2006, pp. 263-266). Vervolgens heb ik alle gegevens ingevoerd.

7.2 Missende data

Wanneer enquêtes geretourneerd worden bestaat er meestal een kans dat sommige antwoorden dubbel aangekruist worden en daarmee foutief in zijn gevuld of dat sommige antwoorden helemaal niet ingevuld zijn. In de geretourneerde enquêtes was inderdaad sprake van missende gegevens. Deze missende gegevens moest ik in het statistiekprogramma SPSS juist coderen. Om onderscheid te maken tussen de categorieën 'missing value', 'foutief antwoord' en 'niet van toepassing' heb ik verschillende codes gebruikt. 'Missing value' kreeg code '999', een 'foutief antwoord' kreeg code '888' en 'niet van toepassing' kreeg code '777'.

7.1 Frequentieberekeningen

Na het invoeren van alle gegevens ben ik gestart met de data-analyse. Voordat ik hiermee een begin kon maken heb ik eerstens moeten bepalen welke statistische techniek ik moest gebruiken. Dit was afhankelijk van de onderzoeksvraag, het soort gegevens, of het gaat om een populatie of steekproef en het aantal respondenten (Baarda & de Goede, 2006, p. 283).

Afgaande op mijn deelvragen gaat het in dit onderzoek om de frequentie. Ik wil namelijk onder andere achterhalen hoeveel muziektherapeuten ervaren dat patiënten met schizofrenie moeilijk tot gezamenlijk spel kunnen komen en hoeveel muziektherapeuten vervolgens ritmische interventies plegen. Verder gaat het binnen mijn onderzoek om zowel nominale als ordinale gegevens en heb ik een selecte steekproef getrokken. De aangewezen methode bij nominale en ordinale gegevens in een steekproef is tellen. Eventueel kunnen ook percentages berekend worden en kan er gebruik worden gemaakt van allerlei grafische technieken, waaronder een cirkeldiagram en een staafdiagram. In SPSS was het realiseren van de frequentieberekeningen en de staafdiagrammen

relatief eenvoudig te verwezenlijken. In de staafdiagrammen heb ik overigens uitsluitend de frequentie vermeld en geen percentages. Het aantal respondenten is slechts 21. Wanneer ik percentages zou vermelden, zou dit een verschoven beeld van de werkelijkheid geven (2006, p. 289). Men zou er automatisch vanuit gaan dat het om de hele populatie gaat, in plaats van een steekproef.

8. Kwaliteitscriteria

In dit hoofdstuk zal ik toelichten welke maatregelen ik heb genomen om de betrouwbaarheid en validiteit te verhogen.

8.1 Betrouwbaarheid

In paragraaf 6.7 heb ik aangegeven dat onderzoeksmetingen minder betrouwbaar kunnen worden door toevallige omstandigheden omtrent de interviewer, de dataverzamelingstechniek, de analyse of de respondent. Als interviewer heb ik tijdens het ontwikkelen van de enquête geprobeerd de vragen zo neutraal mogelijk te houden. In plaats van de volgende vraag te stellen die vrij negatief geformuleerd is: “Hebben patiënten met schizofrenie moeite met het spelen in de maat van het muzikaal spel?” heb ik de vraag meer neutraal gesteld: “In hoeverre lukt het patiënten met schizofrenie mee te spelen in de maat van het muzikaal spel?”. Dit geldt ook voor een aantal andere vragen in mijn enquête.

Wat betreft de dataverzamelingstechniek, kunnen de lay-out en de antwoordmogelijkheden de betrouwbaarheid ook verhogen. Zo heb ik veel tijd gestoken in de lay-out van de enquête om deze zo professioneel en verzorgd mogelijk op te zetten, waardoor de respondent waarschijnlijk eerder geneigd zou zijn deze zorgvuldiger in te vullen. Bij de antwoordmogelijkheden heb ik bij een aantal vragen ‘niet van toepassing’ toegevoegd. De respondent zou anders een antwoord in kunnen vullen, terwijl hij er onvoldoende kennis over heeft.

Zoals ik in paragraaf 6.7 reeds heb aangegeven gaat het bij de betrouwbaarheid om het zo nauwkeurig en zorgvuldig werken (Migchelbrink, 2008, p. 128). Dit is van groot belang tijdens de analyse. Na het invoeren van de gegevens in SPSS heb ik alles nog eens gecontroleerd. Hierdoor verminderde ik de kans op fouten of vertekening. Tevens probeer ik in dit onderzoeksverslag steeds te verantwoorden hoe ik te werk ben gegaan en hoe ik uiteindelijk tot de resultaten ben gekomen. De stappen en de beslissingen die ik heb genomen probeer ik zo helder en duidelijk mogelijk te beschrijven. Dit is belangrijk omdat dit mijn werk uiteindelijk transparant maakt en hierdoor krijgen anderen de mogelijkheid om mijn redeneringen, beslissingen en stappen te controleren, na te volgen en te herhalen (Migchelbrink, 2008, p. 129). Tot slot is het ook afhankelijk van de respondent hoe betrouwbaar het onderzoek is. Dit heb ik in paragraaf 6.7 reeds toegelicht. Als onderzoeker heb ik hier weinig invloed op.

8.2 Validiteit

In paragraaf 6.7 werden de volgende methoden om validiteit in survey-onderzoek vast stellen beschreven: begripsvaliditeit en externe validiteit (Korzilius, 2002, pp. 24-26).

Met betrekking tot begripsvaliditeit was het belangrijk rekening te houden met systematische fouten. Iedere enquêtevraag moet slechts één ding meten en niet meerdere. Om dit te voorkomen heb ik de operationalisering en de enquêtevragen vooraf laten testen door een medestudent (‘peer check’) en een alumnus. Dit vond ik belangrijk, omdat ik op een gegeven moment zo lang met het ontwikkelen van de enquête bezig was geweest dat ik niet meer in staat was om eventuele fouten te ontdekken. Verder heb ik de operationalisering en de hand van literatuur proberen te controleren. Dit was helaas niet altijd mogelijk, omdat er weinig literatuur te vinden was over het betreffende onderwerp.

Om de externe validiteit zo hoog mogelijk te krijgen heb ik veel tijd gestoken in het in eerste instantie contacteren van muziektherapeuten en daarmee werven van respondenten. Daarnaast heb ik er alles aan gedaan om de respondenten de enquête in te laten vullen. Zo heb ik een digitale enquête ontwikkeld om bij de herinnering per e-mail toe te voegen.

9. Resultaten

Na het invoeren van de data heb ik het statistiekprogramma SPSS frequentietabellen laten uitwerken. Aan de hand van de gegevens in deze frequentietabellen heb ik nadien in Word staafdiagrammen gemaakt. Dit om een beter en overzichtelijker beeld te krijgen van de gegevens. In bijlage 4 heb ik de frequentietabellen en enkele staafdiagrammen toegevoegd. De resultaten zal ik beschrijven aan de hand van de vier deelvragen. Dit sluit aan bij de volgorde van de vragen in de enquête. De meest opvallende resultaten zal ik overigens aan het eind vermelden en tevens illustreren met een staafdiagram.

Vraag:

1. Het merendeel van de respondenten, namelijk 8 (38,1%) heeft meer dan 15 jaar ervaring met patiënten met schizofrenie. 5 respondenten (23,8%) hebben 11-15 jaar ervaring, 5 respondenten (23,8%) hebben 6-10 jaar ervaring, 2 respondenten (9,5%) hebben 1-5 jaar ervaring en 1 respondent (4,8%) heeft 1 jaar of minder ervaring.

9.1 Deelvraag 1

“Hebben muziektherapeuten in Nederland de ervaring dat patiënten met schizofrenie moeite hebben met gezamenlijk spel?”

Vraag:

2. De meeste respondenten, namelijk 10 (47,6%), hebben aangegeven dat het patiënten met schizofrenie regelmatig lukt om mee te spelen in de maat van het muzikaal spel. 6 respondenten (28,6%) hebben aangegeven dat het vaak lukt en 4 respondenten (19,0%) hebben aangegeven dat het soms lukt. Geen enkele respondent heeft overigens aangegeven dat het zelden of nooit lukt. Missing value betrof 1 respondent (4,8%).
3. Wat betreft een ritme synchroon spelen heeft het merendeel van de respondenten, namelijk 9 (42,9%), aangegeven dat het patiënten met schizofrenie soms lukt, 6 respondenten (28,6%) hebben aangegeven dat het regelmatig lukt en 5 respondenten (23,8%) hebben aangegeven dat het vaak lukt. Missing value betrof 1 respondent (4,8%).
4. De meeste respondenten, namelijk 10 (47,6%), hebben aangegeven dat het patiënten met schizofrenie soms lukt om te variëren in hun muzikaal spel. 3 respondenten (14,3%) hebben aangegeven dat het zelden of nooit lukt. 4 respondenten (19,0%) hebben aangegeven dat het regelmatig lukt en 3 respondenten (14,3%) hebben aangegeven dat vaak lukt. Missing value betrof 1 respondent (4,8%).
5. Het merendeel van de respondenten, namelijk 10 (47,6%), heeft aangegeven dat het patiënten met schizofrenie soms lukt om een break op te vullen en daarbij in de maat te blijven. 4 respondenten (19,0%) hebben aangegeven dat het zelden of nooit lukt. 4 respondenten (19,0%) hebben aangegeven dat het regelmatig lukt en 2 respondenten (9,5%) hebben aangegeven dat het vaak lukt. Missing value betrof 1 respondent (4,8%).
6. Wat betreft het meespelen van het metrum/cadans heeft het merendeel, namelijk 9 respondenten (42,9%), aangegeven dat dit patiënten met schizofrenie regelmatig lukt. 6 respondenten (28,6%) hebben aangegeven dat het soms lukt, 4 respondenten (19,0%) hebben aangegeven dat het vaak lukt en 1 respondent (4,8%) heeft aangegeven dat het zelden of nooit lukt. Missing value betrof 1 respondent (4,8%).
7. De meeste respondenten, namelijk 8 (38,1%), hebben aangegeven dat het patiënten met schizofrenie soms lukt om gedurende het hele muzikaal spel mee te spelen en niet voortijdig het spel af te breken of te onderbreken. 7 respondenten (33,3%) hebben aangegeven dat het regelmatig lukt, 4 respondenten (19,0%) hebben aangegeven dat het vaak lukt en 1 respondent (4,8%) heeft aangegeven dat het zelden of nooit lukt. Missing value betrof 1 respondent (4,8%).

8. Het merendeel van de respondenten, namelijk 10 (47,6%), heeft aangegeven dat het patiënten met schizofrenie soms lukt om tegelijk met anderen te beginnen en te stoppen. 7 respondenten (33,3%) hebben aangegeven dat het regelmatig lukt en 3 respondenten (14,3%) hebben aangegeven dat het vaak lukt. Missing value betrof 1 respondent (4,8%).
9. Wat betreft het spelen van een actieve rust heeft het grootste deel van de respondenten, namelijk 10 (47,6%), aangegeven dat het soms lukt. 4 respondenten (19,0%) hebben aangegeven dat het vaak lukt, 3 respondenten (14,3%) hebben aangegeven dat het zelden of nooit lukt en 2 respondenten (9,5%) hebben aangegeven dat het regelmatig lukt. Missing value betrof 2 respondenten (9,5%).
10. De meeste respondenten, namelijk 10 (47,6%), hebben aangegeven dat het patiënten met schizofrenie regelmatig lukt om af te stemmen op de ander/anderen in een spel wat betreft tempo. 3 respondenten (14,3%) hebben aangegeven dat het zelden of nooit lukt, 3 respondenten (14,3%) hebben aangegeven dat het soms lukt, en 3 respondenten (14,3%) hebben aangegeven dat het vaak lukt. Missing value betrof 2 respondenten (9,5%).
11. Het merendeel van de respondenten, namelijk 12 (57,1%), heeft aangegeven dat het patiënten met schizofrenie soms lukt om af te stemmen op de ander/anderen in een spel wat betreft dynamiek. 6 respondenten (28,6%) hebben aangegeven dat het regelmatig lukt en 2 respondenten (9,5%) hebben aangegeven dat het vaak lukt. Missing value betrof 1 respondent (4,8%).
12. De meeste respondenten, namelijk 10 (47,6%), hebben aangegeven dat het patiënten met schizofrenie soms lukt om af te stemmen op de ander/anderen in een spel wat betreft verandering in de harmonische cadens. 5 respondenten (23,8%) hebben aangegeven dat het regelmatig lukt, 3 respondenten (14,3%) hebben aangegeven dat het zelden of nooit lukt en 1 respondent (4,8%) heeft aangegeven dat het vaak lukt. Missing value betrof 2 respondenten (9,5%).
13. Het merendeel van de respondenten, namelijk 11 (52,4%), heeft aangegeven dat het patiënten met schizofrenie regelmatig lukt om af te stemmen op de ander/anderen in een spel wat betreft ritme. 5 respondenten (23,8%) hebben aangegeven dat het soms lukt en 2 respondenten hebben aangegeven dat het vaak lukt. Missing value betrof 3 respondenten (14,3%).

9.2 Deelvraag 2

“Worden er ritmische interventies gepleegd wanneer patiënten met schizofrenie moeite hebben met gezamenlijk spel?”

Vraag:

14. Het merendeel van de respondenten, namelijk 10 (47,6%), heeft aangegeven dat ze deelsgestructureerde werkvormen het meest hanteren bij het werken met patiënten met schizofrenie. 6 respondenten (28,6%) hebben aangegeven dat ze gestructureerde werkvormen het meest hanteren. Verder heeft geen enkele respondent aangegeven dat ze vrije improvisatie het meest hanteren. Missing value betrof 5 respondenten (23,8%).
15. Maar liefst 17 respondenten (81,0%) plegen ritmische interventies wanneer patiënten met schizofrenie moeite hebben met gezamenlijk spel, 1 respondent (4,8%) pleegt geen ritmische interventies wanneer patiënten met schizofrenie moeite hebben met gezamenlijk spel en geen enkele respondent heeft aangegeven dat zijn/haar patiënten geen moeite hebben met gezamenlijk spel. Missing value betrof 3 respondenten (14,3%).
16. Wat betreft de ritmische interventies die worden ingezet hebben 18 respondenten (85,7%) aangegeven dat ze een ritmisch motief van de patiënt zelf nemen, dat vervolgens als basis dient, hebben 17 respondenten (81,0%) aangegeven dat ze het tempo van het muzikaal spel

aanpassen, hebben 11 respondenten (52,4%) aangegeven dat ze patiënten met schizofrenie ritmes aanleren, hebben 10 respondenten (47,6%) aangegeven dat ze tijdens het muzikaal spel laten zien hoe hun patiënt in de maat kan spelen en hebben 8 respondenten (38,1%) aangegeven dat ze heel hard de maat meespelen.

Bij de open-antwoordcategorie zijn diverse andere interventies genoemd. Deze interventies heb ik onderverdeeld in directe muzikale interventies, indirecte muzikale interventies, verbale interventies en non-verbale interventies. Alle interventies worden door één respondent genoemd, tenzij anders aangegeven.

Directe muzikale interventies die worden genoemd zijn: het ritme ondersteunen door middel van een lied of harmonieën, tempo versnellen of vertragen (om de cognitie te prikkelen, te synchroniseren, af te stemmen), ritmes vereenvoudigen (zoveel mogelijk terug naar de puls) en vervolgens deze ritmes opbouwend ingewikkelder maken, imiteren, het geven van een alertheidsignaal middels een break (om te ondersteunen het ritme op de 1^e tel op te pakken) en structureren door herhaling.

Indirecte muzikale interventies die worden genoemd zijn: het aanbieden van een ander instrument, het samenspelen op één instrument of patiënten op één instrument laten spelen, het gebruik van muziekbegeleiding op Cd zodat de muziektherapeut de patiënt praktisch kan helpen, een nieuw ritme inzetten (passend bij de puls) en de patiënt deze over laten nemen, de patiënt in een volgend spel als laatste laten invallen en voor- en naspelen. Deze laatste interventie wordt overigens door twee respondenten genoemd.

Verbale interventies die worden genoemd zijn: het houden van een praatpauze waarin de muziektherapeut vertelt wat hij heeft gehoord, vervolgens feedback vraagt van de patiënten en hier in het volgende spel rekening mee houdt en na afloop benoemen wat wél goed gaat. Deze laatste interventie wordt door twee respondenten genoemd.

Non-verbale interventies die worden genoemd zijn: het inzetten van lichamelijke beweging om de timing duidelijk te maken (patiënten laten meebewegen bijvoorbeeld).

9.3 Deelvraag 3

“Kan een gebrek aan timing verklaren dat tot gezamenlijk spel komen en daarmee de sociale interactie zo moeilijk gaat?”

Vraag:

17. Wat betreft het belang van harmonie in de afstemming hebben de meeste respondenten, namelijk 8 (38,1%), aangegeven dat ze het belangrijk vinden. 5 respondenten (23,8%) hebben neutraal geantwoord. 3 respondenten (14,3%) hebben aangegeven dat ze het zeer belangrijk vinden, maar ook hebben 3 andere respondenten (14,3%) aangegeven dat ze het zeer onbelangrijk vinden. Verder heeft 1 respondent (4,8%) aangegeven het onbelangrijk te vinden. Missing value betrof 1 respondent (4,8%).

Het merendeel van de respondenten, namelijk 11 (52,4%), heeft aangegeven dat ze dynamiek belangrijk vinden in de afstemming. 6 respondenten (28,6%) hebben neutraal geantwoord. 2 respondenten (9,5%) hebben aangegeven dat ze het zeer belangrijk vinden en 1 respondent heeft aangegeven het onbelangrijk te vinden. Geen enkele respondent heeft aangegeven het zeer onbelangrijk te vinden. Missing value betrof 1 respondent (4,8%).

De meeste respondenten, namelijk 12 (57,1%), hebben aangegeven dat ze timing belangrijk vinden in de afstemming. 6 respondenten (28,6%) hebben aangegeven het zelfs zeer belangrijk te vinden in de afstemming en 2 respondenten (9,5%) hebben neutraal geantwoord. Geen enkele respondent heeft aangegeven timing onbelangrijk of zeer onbelangrijk te vinden in de afstemming. Missing value betrof 1 respondent (4,8%).

Wat betreft het belang van melodie in de afstemming hebben de meeste respondenten, namelijk 10 (47,6%), neutraal geantwoord. 4 respondenten (19,0%) hebben aangegeven het belangrijk te vinden, 3 respondenten (14,3%) hebben aangegeven het onbelangrijk te vinden en 2 respondenten (9,5%) hebben aangegeven het zeer belangrijk te vinden. Geen enkele

respondent heeft overigens aangegeven het zeer onbelangrijk te vinden. Missing value betrof 2 respondenten (9,5%).

Wat betreft het belang van klankkleur in de afstemming heeft het merendeel van de respondenten, namelijk 8 (38,1%), neutraal geantwoord. 6 respondenten (28,6%) hebben aangegeven het onbelangrijk te vinden, 5 respondenten (23,8%) hebben aangegeven het belangrijk te vinden en geen enkele respondent heeft aangegeven het zeer onbelangrijk of zeer belangrijk te vinden. Missing value betrof 2 respondenten (9,5%).

18. Timing

Het merendeel van de respondenten heeft bij deze vraag toegelicht waarom volgens hun timing de meest belangrijke parameter is in de afstemming. Allereerst noemen veel respondenten timing als de basis van muziek. Het structureert de muziek en dit is net waar patiënten met schizofrenie behoefte aan hebben. Als de timing niet klopt is er geen sprake van samenspel. Patiënten ervaren het als chaos. Een respondent geeft aan dat zijn patiënten niet de muzikale vaardigheden hebben om harmonieus samen te spelen en dat hij hierdoor vooral gebruik maakt van de parameter timing.

Timing wordt verder door veel respondenten gekoppeld aan contact. Een respondent vat dit helder samen: *“Timing is een indicator voor wel of niet gelukke afstemming; het wel of niet kunnen synchroniseren van de grondslag (en/of het hierop ritmisch kloppend kunnen improviseren) maakt onmiddellijk hoorbaar of er sprake is van contact in het hier en nu”*. Een andere respondent benadrukt nog het belang van ritme-instrumentarium. Contact maken met elkaar is door gebruik van dit instrumentarium het beste op te starten. Relatief eenvoudig bespeelbaar ritme-instrumentarium maakt het makkelijk om de stap te maken om af te stemmen/aandacht naar omgeving te komen.

Dynamiek

Naast timing wordt dynamiek ook als belangrijke parameter gezien in de afstemming. Hetgeen vooral naar voren komt is dat door dynamiek de beleving geïntensiveerd kan worden. Dynamiek is verder volgens een respondent de makkelijkste vorm van samenspel en kan ook het snelst verwezenlijkt worden. Tot slot wordt dynamiek niet alleen gezien als belangrijke parameter in de afstemming, maar ook in het doseren van de eigen energie, gewaarwording hiervan en in het uitvoeren/plannen (executieve functies).

Harmonie

Harmonie wordt binnen deze vraag minder toegelicht door de respondenten. Desalniettemin komt wel naar voren dat deze parameter voor sommige respondenten een belangrijke rol speelt. Zo wordt er aangegeven dat wanneer er geen harmonie is, het niet klinkt als “muziek” en er geen gevoel is van “samen” spelen. Door het duidelijk neerzetten van de harmonie en een basis te geven wordt het spel gestructureerd en dat is volgens een respondent net waar patiënten met schizofrenie behoefte aan hebben.

Melodie

Slechts één respondent heeft aangegeven waarom melodie voor hem of haar, naast timing, de meest belangrijke parameter is in de afstemming. Volgens hem kan het werken met voor de patiënt bekende (herkenbare) voorkeursmelodieën de betrokkenheid op het muzikale spel gunstig beïnvloeden. Hij geeft aan dat betrokkenheid de concentratie bevordert; en dat wellicht betrokkenheid zelfs voorwaarde is voor concentratie.

Muzikale parameters

Tot slot hebben een aantal respondenten ingevuld dat ze alle muzikale parameters belangrijk vinden. Zo geeft een respondent aan dat voor hem elke parameter een doel op zich heeft en dat hij ze allemaal gebruikt omdat ze belangrijk zijn om aan te bieden en/of het doel te bereiken. Een andere respondent heeft ingevuld dat hij de parameters afwisselt, afhankelijk van de patiënt en hoelang deze al in behandeling is.

19. Met de bewering *“Patiënten met schizofrenie hebben waarschijnlijk wel maatgevoel. Het probleem ligt echter in het delen van de puls of beat met de ander”* hebben 10 respondenten (47,6%) aangegeven het eens te zijn, 5 respondenten (23,8%) zijn het oneens, 3 respondenten (14,3%) hebben neutraal geantwoord, 2 respondenten (9,5%) hebben aangegeven het zeer eens te zijn en geen enkele respondent heeft aangegeven het zeer oneens te zijn. Missing value betrof 1 respondent (4,8%).

20. Met de stelling “*Patiënten met schizofrenie hebben moeite met het timen binnen muziek*” hebben 11 respondenten (52,4%) aangegeven het eens te zijn, 5 respondenten (23,8%) hebben neutraal geantwoord, 2 respondenten (9,5%) hebben aangegeven het zeer eens te zijn, 2 respondenten (9,5%) hebben aangegeven het oneens te zijn en geen enkele respondent heeft aangegeven het zeer oneens te zijn. Missing value betrof 1 respondent (4,8%).

9.4 Deelvraag 4

“Hebben muziektherapeuten een verklaring voor de problemen met timing door patiënten met schizofrenie?”

Vraag:

21. Wat betreft verklaringen waarom patiënten met schizofrenie moeite hebben met het timen binnen muziek hebben 15 respondenten (71,4%) aangegeven dat dit komt doordat patiënten met schizofrenie moeite hebben met het vasthouden van de aandacht en de concentratie, hebben 13 respondenten (61,9%) aangegeven dat dit komt doordat patiënten met schizofrenie moeite hebben met de informatieverwerking, hebben 10 respondenten (47,6%) aangegeven dat dit komt door problemen met de coördinatie, bijvoorbeeld de coördinatie tussen de linker- en de rechterhand, hebben 7 respondenten (33,3%) aangegeven dat dit komt vanwege moeite met tijd (dagindeling, op tijd komen, tijdsplanning overzien), hebben 5 respondenten (23,8%) aangegeven dat dit komt doordat patiënten met schizofrenie moeite hebben met het aangaan van (muzikaal) contact vanwege het thema “afstand en nabijheid”, hebben 4 respondenten (19,0%) aangegeven dat dit komt door problemen hebben met het geheugen en heeft geen enkele respondent aangegeven dat dit komt door problemen in de gladde oogvolgbewegingen.

Bij de open-antwoordcategorie hebben de respondenten diverse verklaringen voor de problemen met timing door patiënten met schizofrenie genoemd. Deze zijn als volgt:

Cognitieve stoornissen: problemen met innerlijk structureren en problemen met executieve functies.

Problemen m.b.t. de sociale interactie: problemen met het inleven in de ander, afstemmen en rekening houden met de ander, moeite met contact en moeite met verbinden met het instrument en verbinden met de ander. Dit kan namelijk te veel zijn.

Motorische stoornissen: bijwerkingen of effect van medicatie met als gevolg neerslachtigheid of vertraagd reactievermogen, en onvoldoende ontwikkelde motoriek.

Overige verklaringen: aanwezigheid van comorbiditeit, positieve symptomen en negatieve symptomen met als gevolg motivatieproblemen en problemen met het vasthouden van de betrokkenheid.

Overigens wordt het verschil tussen muzikale en niet-muzikale patiënten door meerdere respondenten aangehaald. De respondenten geven aan dat muzikale patiënten goed zijn in het instrument dat ze aangeleerd is. Echter het switchen naar iets anders kost de grootste moeite.

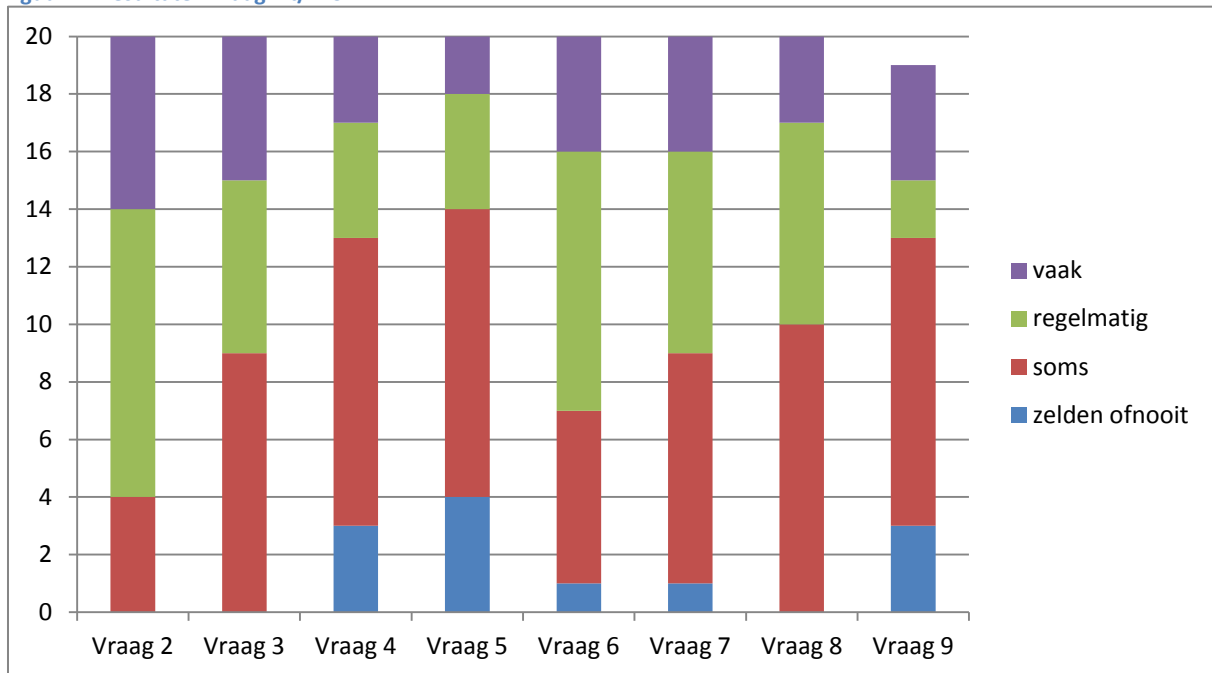
9.5 Opvallende resultaten

De meest opvallende resultaten zal ik nu als volgt bespreken. In figuur 2 op de volgende pagina is een staafdiagram zichtbaar van de resultaten van vraag 2 t/m 9. Hieruit blijkt dat volgens respondenten patiënten met schizofrenie vooral moeilijkheden ervaren in het variëren in hun muzikaal spel, het opvullen van een break en het daarbij in de maat blijven, en het spelen van een actieve rust. Ik had juist verwacht dat respondenten zouden aangeven dat patiënten niet alleen met de zojuist genoemde handelingen problemen zouden hebben, maar ook met de andere handelingen. Daan had namelijk wel duidelijk problemen met het spelen in de maat, het synchroon spelen van een ritme en het meespelen van het hele muzikaal spel zonder voortijdig het spel af te breken of te onderbreken.

Er is een groot verschil tussen enerzijds het meespelen op de puls van het muzikaal spel en anderzijds het maken van ritmische variaties. Dit laatste vereist namelijk dat je de maat innerlijk kan

vasthouden. Het vereist een innerlijk gevoel van doorgaan. Uit deze resultaten blijkt dus dat volgens de respondenten patiënten met schizofrenie hier juist moeite mee hebben.

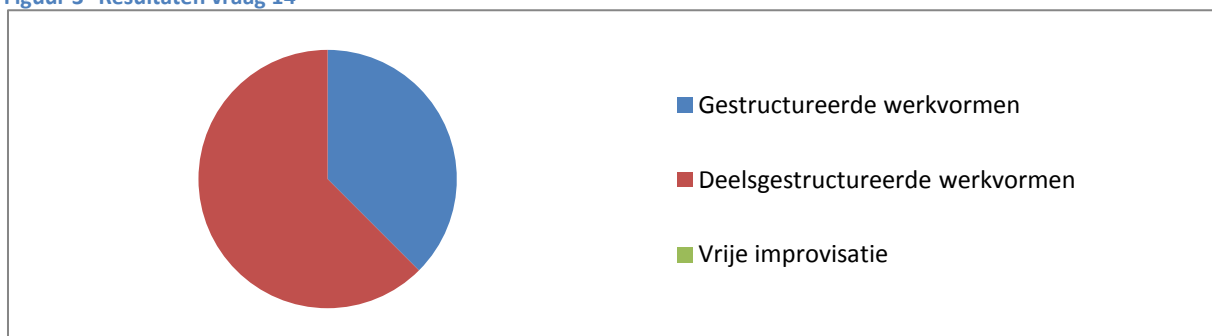
Figuur 2 Resultaten vraag 2 t/m 9



In hoeverre lukt het patiënten met schizofrenie om:
 Vraag 2: mee te spelen in de maat van het muzikaal spel?
 Vraag 3: een ritme synchroon te spelen?
 Vraag 4: te variëren in hun muzikaal spel?
 Vraag 5: een break op te vullen en daarbij in de maat te blijven?
 Vraag 6: het metrum/cadans mee te spelen?
 Vraag 7: gedurende het hele muzikaal spel mee te spelen en niet voortijdig het spel af te breken of te onderbreken?
 Vraag 8: tegelijk met anderen te beginnen en te stoppen?
 Vraag 9: een actieve rust te spelen?

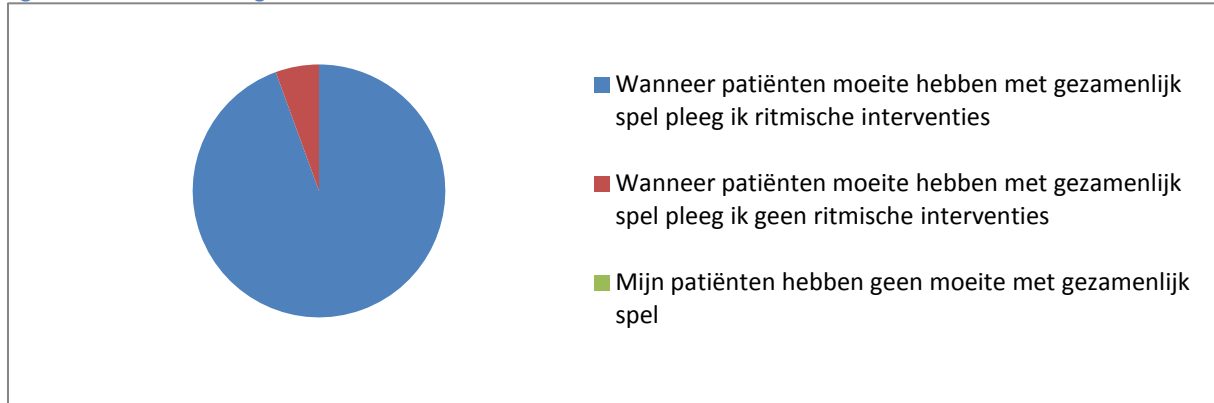
Andere opvallende resultaten zijn zichtbaar in figuur 3 en figuur 4 (zie volgende pagina). Structuur in de aangeboden werkvormen blijkt zeer belangrijk te zijn en ritmische interventies worden veel gehanteerd door de respondenten. Dit komt sterk overeen met de wijze waarop ik heb gewerkt. In de behandeling van Daan was structuur eerstens noodzakelijk en waren ritmische interventies zeer effectief. Zodra ik in de sessies zowel verbaal als muzikaal minder duidelijk en gestructureerd was, werd het te chaotisch voor Daan en had hij veel moeite om de aandacht vast te houden.

Figuur 3 Resultaten vraag 14



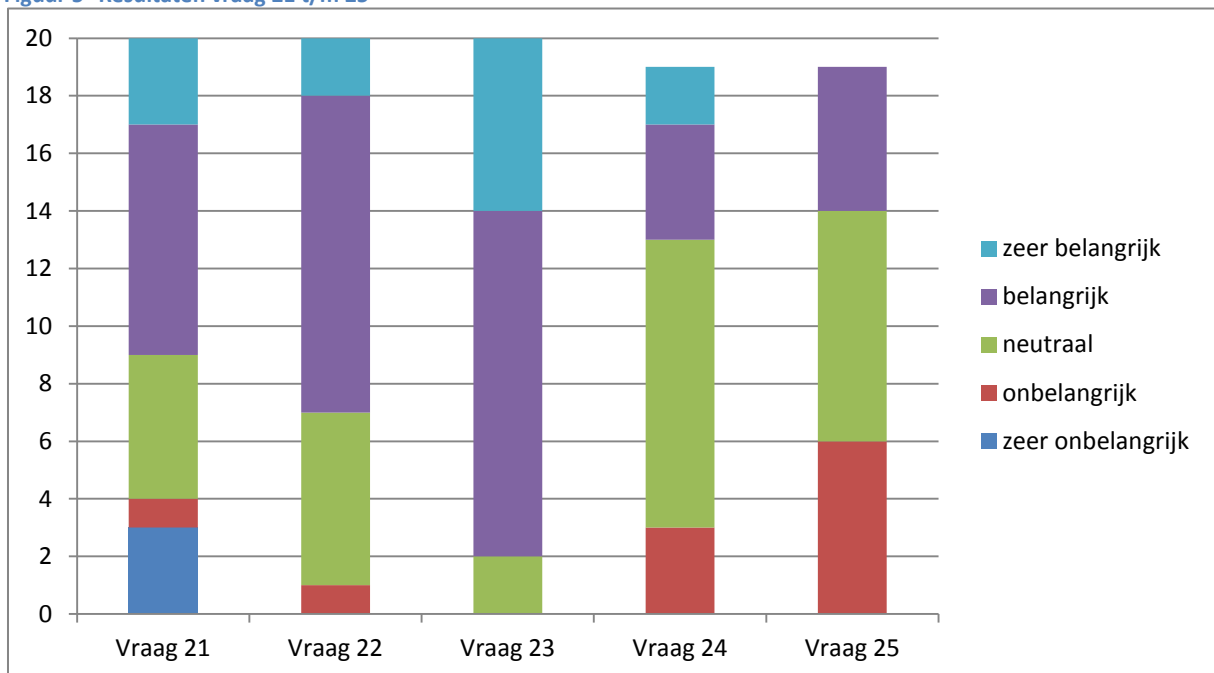
Vraag 14: Welke werkvormen hanteert u het meest bij het werken met patiënten met schizofrenie?

Figuur 4 Resultaten vraag 15



Andere opvallende resultaten tot slot zijn zichtbaar in figuur 5. Hieruit komt naar voren dat timing door respondenten als de meest belangrijke parameter wordt gezien in de afstemming. Daarna volgt respectievelijk dynamiek, harmonie, melodie en klankkleur. Van tevoren had ik niet verwacht dat de respondenten dynamiek dermate belangrijk zouden vinden. Gedurende het werken met Daan, heb ik deze parameter nooit bewust ingezet. Uit de resultaten van de open vraag blijkt dat de respondenten dynamiek een geschikte parameter vinden om de beleving te intensiveren en de patiënten de gewaarwording van hun eigen energie te laten ervaren.

Figuur 5 Resultaten vraag 21 t/m 25



Vraag 21: Hoe belangrijk vindt u harmonie in de afstemming?

Vraag 22: Hoe belangrijk vindt u dynamiek in de afstemming?

Vraag 23: Hoe belangrijk vindt u timing in de afstemming?

Vraag 24: Hoe belangrijk vindt u melodie in de afstemming?

Vraag 25: Hoe belangrijk vindt u klankkleur in de afstemming?

10. Discussie

In dit laatste hoofdstuk zal ik terugblikken op het gehele onderzoeksproces. Allereerst zal ik mijn deelvragen en vraagstelling trachten te beantwoorden en reflecteren op de uitvoering van het onderzoek. Tekortkomingen en sterkten van het onderzoek komen hierna aan bod en van hieruit zal ik aanbevelingen doen voor vervolgonderzoek. Verder zal ik de resultaten verklaren en interpreteren door onder andere koppeling met de literatuur en zal ik de resultaten integreren in het nieuwe werkmodel. Tot slot zal ik het nieuwe werkmodel met het oude werkmodel vergelijken.

10.1 Beantwoording van de deelvragen en de vraagstelling

Voordat ik in staat ben antwoord te geven op mijn vraagstelling, zal ik eerst mijn deelvragen moeten beantwoorden. Wat betreft de eerste deelvraag “Hebben muziektherapeuten in Nederland de ervaring dat patiënten met schizofrenie moeite hebben met gezamenlijk spel?” kan ik concluderen dat patiënten met schizofrenie geen moeite hebben met gezamenlijk spel. Gezamenlijk spel heb ik namelijk gedefinieerd als volgt: “Wanneer het muzikaal spel ritmisch coherent is. Dat wil zeggen dat het muzikaal spel gebaseerd is op dezelfde beat”. Uit de resultaten is gebleken dat volgens de respondenten patiënten met schizofrenie weinig moeite hebben met het synchroon spelen, met andere woorden het spelen op de beat/puls van de muziek.

De tweede deelvraag “Worden er ritmische interventies gepleegd wanneer patiënten met schizofrenie moeite hebben met gezamenlijk spel?” kan ik met een “ja” beantwoorden. Er worden inderdaad ritmische interventies gepleegd wanneer patiënten met schizofrenie moeite hebben met gezamenlijk spel. En wel, door zelfs 81% van de respondenten. Echter, dit is wel in tegenstrijd met de eerste deelvraag. Waarom? Bij deze vraag geeft het gros van de respondenten aan dat patiënten dus moeite hebben met gezamenlijk spel. Uit de beantwoording van de eerste deelvraag blijkt dat dit niet het geval is. Hier zal ik later nog op terug komen.

Wat betreft de derde deelvraag “Kan een gebrek aan timing verklaren dat tot gezamenlijk spel komen en daarmee de sociale interactie zo moeilijk gaat?” kan ik tot de conclusie komen dat er geen sprake is van een gebrek aan timing bij patiënten met schizofrenie. Uit de resultaten komt naar voren dat timing wordt gezien als belangrijkste parameter in de afstemming. Verder geeft een groot deel van de respondenten aan dat patiënten moeite hebben met het timen binnen muziek. Wil dit echter zeggen dat patiënten met schizofrenie een gebrek aan timing hebben? Nee, want als er daadwerkelijk sprake zou zijn van een gebrek aan timing zouden patiënten niet eens op de puls kunnen spelen en zoals reeds aangegeven bij de beantwoording op de eerste deelvraag is dit niet het geval.

De vierde deelvraag “Hebben muziektherapeuten een verklaring voor de problemen met timing door patiënten met schizofrenie?” kan ik beantwoorden met een “ja”. De respondenten hebben diverse verklaringen gegeven voor de problemen met timing bij patiënten met schizofrenie.

Op mijn vraagstelling “Is ritmisch trainingsgerichte muziektherapie effectief bij patiënten met schizofrenie wanneer de doelstelling op het gebied van de sociale interactie ligt?” kan ik helaas geen eenduidig antwoord geven. Dat heeft ten eerste te maken met de beantwoording van de deelvragen. Hieruit is gebleken dat er sprake is van enkele tegenstrijdigheden die overigens later nog worden toegelicht. Ten tweede komt uit diverse opmerkingen van respondenten naar voren dat de individuele verschillen tussen patiënten met schizofrenie dusdanig groot zijn dat patiënten met schizofrenie niet onder een algemene noemer te plaatsen zijn. Ritmische trainingsgerichte muziektherapie was dan wel effectief bij Daan, of het effectief is bij patiënten met schizofrenie kan ik door dit onderzoek niet stellen.

10.2 Reflectie op de uitvoering van het onderzoek

De uitvoering van dit onderzoek is niet vlekkeloos verlopen. Zo was het houden aan de planning lastig. Enerzijds kwam dit door het uitblijven van respons. Ik heb in totaal vier weken moeten wachten totdat ik de 21 enquêtes terug in bezit had. Anderzijds had dit te maken met mijzelf, als onderzoeker. Zo bleef ik lang bezig met het ontwikkelen van de enquête en had ik enkele keren een licht ‘writer’s block’. Op die momenten kreeg ik geen letter op papier en hierdoor verloor ik een hoop tijd.

Gedurende het onderzoeksproces heb ik veel beslissingen moeten nemen rondom de enquête en de steekproef. Hoewel ik op dat moment tevreden was met de keuzes die ik maakte, bleken deze keuzes achteraf niet altijd wijs. Hier kom ik verder in deze paragraaf op terug. Ook had ik te rooskleurige verwachtingen met betrekking tot de responsiviteit. Ik had zoveel moeite gestoken in het contacteren van de respondenten en ontwikkelen van de enquête dat ik er haast van overtuigd was dat ik snel en veel respons zou krijgen. In eerste instantie kwam deze verwachting niet uit en dat was behoorlijk zuur.

10.2.1 De deelvragen en de vraagstelling

Aangaande mijn deelvragen en vraagstelling was ik aanvankelijk content. Gedurende het ontwikkelen van de enquête heb ik hier echter te weinig oog voor gehad. Hierdoor is vraag 16, over welke ritmische interventies worden gepleegd, voor de beantwoording van de tweede deelvraag eigenlijk overbodig. Echter, voor mijzelf als toekomstig muziektherapeut is het juist heel belangrijk om te weten welke interventies gepleegd worden. Tijdens het formuleren van de deelvragen had ik hier meer stil bij kunnen staan. Verder vind ik de derde deelvraag over het gebrek aan timing bij patiënten met schizofrenie, te ongenueanceerd. Ook deze had ik beter kunnen formuleren. In plaats van 'gebrek aan timing' was 'problemen met timing' beter geweest. Doordat ik onvoldoende oog heb gehad voor de deelvragen en de vraagstelling, is dit van invloed geweest op de inhoudsvaliditeit. Met inhoudsvaliditeit wordt bedoeld op het vaststellen of alle aspecten van een begrip goed zijn gemeten. Het gaat dan met name om de vertaling van het te meten begrip in vragen (Korzilius, 2000, p. 26). De onderzoeksresultaten zijn dus minder inhoudsvalide.

10.2.2 De enquête

Het ontwikkelen van de enquête nam veel tijd in beslag. Hoewel in de literatuur praktische aanwijzingen werden gegeven (Baarda, de Goede & Kalmijn, 2007; Swanborn, 2002), verliep het in de praktijk niet altijd zo soepel. Over de juiste formulering van de antwoordmogelijkheden van vraag 2 t/m 13 heb ik bijvoorbeeld lang getwijfeld. Het was bij deze vragen niet mogelijk om concrete en getalsmatige antwoordmogelijkheden te formuleren. Wanneer ik bijvoorbeeld had gevraagd naar het aantal keer dat patiënten met schizofrenie per week in de maat van het muzikaal speelden, was het voor de respondenten haast onmogelijk geweest om een antwoord hierop te geven. Een dergelijke handeling is nu eenmaal niet in een exact getal uit te drukken. Uiteindelijk heb ik dan ook gekozen voor de vagere antwoordmogelijkheden 'zelden of nooit', 'soms', 'regelmatig' en 'vaak'. Het nadeel hiervan is dat deze door iedere respondent anders geïnterpreteerd kan worden. De resultaten van deze vragen zijn dan ook minder objectief en dit is natuurlijk van invloed op de kwaliteit van het onderzoek. De resultaten zijn hierdoor minder betrouwbaar.

De formulering van bepaalde andere antwoordmogelijkheden bleek nadien ook niet zo doordacht. Zo ontbraken twee heel belangrijke antwoordmogelijkheden bij vraag 16 over de ritmische interventies die gepleegd worden. In de probleemstelling heb ik namelijk aangegeven dat het tellen van de maat een belangrijk en zelfs noodzakelijk hulpmiddel was voor Daan om de structuur vast te houden. Dit ben ik echter vergeten toe te voegen als antwoordmogelijkheid. Ook zette ik mijn lichaam in om de puls te benadrukken of de wisseling van akkoorden aan te geven. Dit ben ik ook vergeten toe te voegen als antwoordmogelijkheid. Het begrip ritmische interventies heb ik dus niet goed geoperationaliseerd.

Verder heb ik de antwoordmogelijkheid bij vraag 21, namelijk "patiënten met schizofrenie hebben moeite met het aangaan van (muzikaal) contact vanwege het thema "afstand en nabijheid" " verkeerd geformuleerd. Moeite met het aangaan van (muzikaal) contact hoeft niet alleen te maken te hebben met het thema "afstand en nabijheid". Ik had er beter aan gedaan de vraag op te splitsen en een aparte antwoordmogelijkheid met betrekking tot het thema "afstand en nabijheid" kunnen formuleren. Een respondent gaf in de open-antwoord categorie van de desbetreffende vraag ook aan dat volgens hem patiënten met schizofrenie moeite hebben met contact, maar dat hij niet zeker wist of dit te maken had met het thema "afstand en nabijheid".

Achteraf bleek niet alleen dat ik fouten had gemaakt in de formulering van de antwoordcategorieën, ook de formulering van bepaalde vragen bleken incorrect. Vraag 19 bijvoorbeeld heb ik verkeerd opgesteld. Hier kwam ik achter doordat er sprake was van een incongruentie tussen enerzijds de antwoorden op de vragen 2 t/m 9 en anderzijds het antwoord op vraag 19. Zo gaven de meeste respondenten aan dat patiënten met schizofrenie weinig moeite hebben met het synchroon spelen, met andere woorden het spelen op de beat/puls van de muziek en daarmee het delen van de puls met de ander. Echter, bij vraag 19 gaf de meerderheid van de respondenten aan dat bij patiënten met schizofrenie het probleem ligt in het delen van de puls of beat met de ander. Dit komt dus duidelijk niet overeen. De resultaten van vraag 19 zijn dus niet bruikbaar.

Verder heb ik lang stilgestaan bij de begeleidende brief en welke tekst hierin moest komen. Zo aarzelde ik of ik in de begeleidende brief of in de enquête moest aangeven dat bij iedere vraag slechts één antwoord mogelijk was tenzij anders aangegeven. Uiteindelijk koos ik ervoor om dit in de begeleidende brief te zetten. Achteraf gezien was het wijzer geweest om ook nog in de enquête bij de vragen dit te vermelden. Er waren namelijk betrekkelijk veel respondenten die bij bepaalde vragen

telkens twee antwoorden aankruisten, terwijl slechts één antwoord mogelijk was. Hierdoor moest ik het antwoord foutief rekenen en was het niet meer bruikbaar.

Tot slot heb ik een onjuiste definitie van gezamenlijk spel gegeven. Dit is af te leiden uit de tegenstrijdigheden die voort zijn gekomen uit de resultaten. Vooral uit de beantwoording van de tweede deelvraag komt dit naar voren. Het gros van de respondenten geeft aan dat ze ritmische interventies plegen wanneer patiënten met schizofrenie moeite hebben met gezamenlijk spel. Uit de beantwoording van de eerste deelvraag blijkt echter dat volgens de respondenten patiënten met schizofrenie weinig moeite hebben met gezamenlijk spel. Hoe kan dit nu? Waarschijnlijk hebben de respondenten onder gezamenlijk spel iets anders verstaan en mijn definitie, omschreven in de verklarende woordenlijst, wellicht niet gelezen. Misschien is dat maar beter ook, want mijn definitie was onjuist. Er is niet alleen sprake van gezamenlijk spel wanneer het spel is gebaseerd op dezelfde puls of beat, maar ook wanneer er ritmische variaties worden gemaakt. Door de onjuiste definitie zijn de resultaten minder inhoudsvalide.

10.2.3 De steekproef

Niet alleen was het ontwikkelen van de enquête een tijdrovende klus, ook het leggen van contact met alle muziektherapeuten, instellingen en het plaatsen van de oproep in de nieuwsbrief van de vereniging kostte de nodige tijd. Dit kwam ook voor een deel, omdat ik iedere muziektherapeut persoonlijk aanschreef. Ik vond dit belangrijk voor het behalen van een hoge respons. Na tweeënhalve week had ik slechts 8 enquêtes retour ontvangen. Ik heb vervolgens alles in het werk gesteld om de respons te verhogen. Zo heb ik de meeste respondenten een aantal keren telefonisch proberen te contacteren en heb ik daaropvolgend een herinnering per e-mail gestuurd met in de bijlage de digitale enquête. Uiteindelijk had dit wel resultaat. In de anderhalve week erna kreeg ik nog 13 enquêtes retour.

Hoewel ik van te voren vastberaden was dat een postenquête de beste keuze was en dat ik hierdoor een hoge respons zou krijgen, bleek dit nadien niet het geval. Ik had er geen rekening mee gehouden dat er wel eens problemen zouden kunnen zijn met de postbezorging en ongelukkigerwijs waren deze er wel. Zo ontvingen sommige respondenten de enquête pas twee weken later en andere respondenten ontvingen zelfs helemaal geen enquête. Gelukkig had ik nog een digitale enquête achter de hand. Als ik deze niet had ontwikkeld, was de respons beslist lager geweest.

Een andere belemmering was de anonimiteit. De postenquêtes waren volstrekt anoniem. Het nadeel hiervan was dat ik niet wist wie de enquête wel en wie de enquête niet had ingevuld. Ik was dus niet in staat gericht iemand te contacteren hiervoor, maar moest iedereen benaderen, met als gevolg dat dit erg veel tijd kostte.

10.3 Tekortkomingen en sterkten van het onderzoek

10.3.1 Tekortkomingen

Ondanks dat 21 van de 24 respondenten de enquête hebben ingevuld en er dus sprake is van een hoge respons zijn de resultaten niet generaliseerbaar en dat is een behoorlijke tekortkoming van dit onderzoek. Allereerst heeft dit te maken met de selecte steekproef die ik heb getrokken. Een aselechte steekproef was hoe dan ook niet mogelijk, omdat er geen officiële administratie is van muziektherapeuten die werken met patiënten met schizofrenie. "Bij selecte steekproeven is de kans dat eenheden uit een populatie komen onbekend en zeer waarschijnlijk ongelijk" (Baarda & de Goede, 2006, p. 163). Hierdoor is het trekken van een selecte steekproef van invloed op de externe validiteit. De onderzoeksresultaten zijn hierdoor minder valide en daarmee dus minder generaliseerbaar. De onderzoeksresultaten zijn ook minder valide doordat ik een verkeerde definitie van gezamenlijk spel heb gebruikt en doordat ik de vraagstelling en deelvragen bij het ontwikkelen van de enquête te weinig in het oog heb gehouden. In de vorige paragraaf heb ik dit reeds toegelicht. Verder is naar voren gekomen dat de kwaliteit van de enquête niet erg hoog is. Zo zijn er veel tegenstrijdigheden die in de vorige paragraaf naar voren zijn gekomen en dit levert weinig betrouwbare resultaten op.

10.3.2 Sterkten

Hoewel de resultaten niet generaliseerbaar zijn en ik op mijn vraagstelling geen eenduidig antwoord heb kunnen geven, denk ik wel dat het onderzoek waardevol is voor de praktijk en theorie van het beroep. Uit dit onderzoek is gebleken dat patiënten met schizofrenie problemen hebben met timing. Het gaat hierbij met name om het ritmisch variëren en om het maken van frases. In de volgende

paragraaf wordt dit nader toegelicht. Daarnaast blijkt uit dit onderzoek dat ritmische interventies veel gepleegd worden door de respondenten. Dit is vooral van belang voor mijzelf, als toekomstig muziektherapeut, en voor het aanpassen van mijn werkmodel. Het gegeven dat veel respondenten ritmische interventies plegen bevestigt voor mij dat het ritmisch werken waardevol is in de behandeling van patiënten met schizofrenie. De ritmische interventies die zijn genoemd zijn verder een concreet resultaat dat voor mijzelf bruikbaar is in de praktijk. Natuurlijk is het dan wel afhankelijk van de patiënt welke ritmische interventies ingezet kunnen worden.

10.4 Verklaring en interpretatie van de resultaten

In deze paragraaf zal ik de resultaten interpreteren en waar mogelijk met behulp van literatuur verklaren. Om het geheel overzichtelijk te houden zal ik dit doen aan de hand van de vier deelvragen.

10.4.1 Deelvraag 1

Zoals reeds aangegeven in paragraaf 9.5 waren de resultaten van vraag 2 t/m 9 wel opvallend te noemen. Uit deze resultaten kwam naar voren dat volgens de respondenten patiënten met schizofrenie niet zozeer problemen hebben met het meespelen op de puls en het synchroniseren, maar met het maken van ritmische variaties. Ritmisch variëren vereist dat je innerlijk kunt voelen dat de maat doorgaat en uit de resultaten bleek dat patiënten met schizofrenie juist hier problemen mee hebben. De vragen 10 t/m 13 gingen over afstemmen op de ander/anderen in een spel wat betreft tempo, dynamiek, verandering in de harmonische cadens en ritme. Uit de resultaten bleek dat volgens de respondenten patiënten met schizofrenie vooral moeite hebben met het afstemmen op de ander/anderen wat betreft dynamiek en harmonische cadens.

Hoe valt dit nu te verklaren? Om hier een antwoord op te kunnen geven, ga ik eerstens inzoomen op de vroege communicatie tussen moeder en kind. Zo blijkt uit onderzoek van DeCasper & Fifer, Fifer & Moon en Hepper (zoals geciteerd in Malloch, 1999, p.30) dat een ongeboren baby al in staat is de stem en melodieën van zijn moeder te herkennen en blijkt uit ander onderzoek (Condon & Sander, Fogel & Hannan, Weinberg & Tronick en Trevarthen, zoals geciteerd in Malloch, 1999, p. 30) dat reeds na de geboorte de gezichtsbewegingen en handgebaren van baby's gelijk zijn in vorm en timing als de expressie in de taal van twee volwassenen die op dat moment een gesprek met elkaar voeren. Baby's blijken dus al in staat puls en ritmische structuur, melodie, toonhoogte, dynamiek en timbre te herkennen in de bewegingen (gebaren, vocaal en emotioneel) van een ander en kunnen hierdoor ook hun bewegingen synchroniseren met de ander (Malloch, 1999, pp. 29-57). Uit onderzoek van Malloch (1999) blijkt dat in een dialoog moeder en kind beiden op elkaar afstemmen. Er is sprake van actieve, wederkerige communicatie. In deze preverbaal communicatie tussen moeder en kind onderscheidt Poismans (2009) de volgende vier elementen: puls, ritme, frase en narratieve dialoog.

- Puls

Malloch (1999, pp. 29-57) heeft de vocale interactie tussen moeder en kind onderzocht door metingen, uitgevoerd door een spectrograaf, te bestuderen. Hieruit blijkt dat in de communicatie tussen moeder en kind sprake is van een onderliggende puls. Moeder en kind reageren in een dialoog voortdurend heen en weer op elkaar in dezelfde tijdspanne. De communicatie is getimed en er is sprake van een gedeelde puls. Doordat deze gedeelde puls voorspelbaar is, kunnen bijvoorbeeld bewegingen gesynchroniseerd worden. Capra (zoals geciteerd in Bunt, 1994, p. 61) zegt het volgende: "Individual organisms interact and communicate with one another by synchronising their rhythms and thus integrating themselves into the larger rhythms of their environments." Hieruit kan ik afleiden dat het kunnen delen van een puls en daarmee synchronisatie van groot belang is in de communicatie, maar ook in de sociale interactie. Als we nu weer eens even terugblikken op de resultaten dan blijkt dat patiënten met schizofrenie weinig moeite hebben met het delen van de puls en synchroniseren. Patiënten met schizofrenie hebben dus weinig problemen met dit eerste element van de communicatie. Hoe zit dit dan bij de andere elementen?

- Ritme

Uit de resultaten is gebleken dat patiënten met schizofrenie wel moeite hebben met ritmische variaties. Hoe kan dit? Poismans (2009, p. 15) zegt het volgende: "Het gevoelsmatig herkennen van een ritmisch patroon is alleen mogelijk als de puls die eronder ligt (onbewust) ook gevoeld wordt". Patiënten met schizofrenie kunnen wel meespelen op de puls en synchroon spelen. Het voelen dat de puls doorgaat is het probleem. Hierdoor zijn patiënten met schizofrenie niet in staat om in de

communicatie tot ritmische uitwisseling te komen. Ze hebben dus wel problemen met dit tweede element van de communicatie.

- **Frase**

Het derde element in de communicatie is de “frase”. Wanneer aan de puls en ritmische variaties toonhoogte, dynamiek en (klank)kleur wordt toegevoegd krijgt het geheel een heel andere intentie. Malloch (1999, p. 38) spreekt ook wel van “Quality”. Volgens Poismans (2009, p. 16) is een frase meer dan alleen puls, ritmische variaties, toonhoogte, dynamiek en (klank)kleur. Frases worden als geheel ervaren en als geheel “begrepen”. Ze komen overeen met de vitality affects van Stern. Ook in Smeijsters (2006, p. 96) komt dit naar voren: “Stern heeft aangetoond dat de vitality affects van denken, voelen en handelen gekenmerkt zijn door muzikale parameters. De mens denkt, voelt en handelt in een bepaald tempo, met een bepaald ritme, een bepaalde dynamiek, vorm”. Frases geven dus vorm aan het innerlijk denken, voelen en handelen. Wanneer in een muzikale dialoog sprake is van frases, worden de intenties door beide spelers gedeeld. Hierbij valt te denken aan het samen langzaam zachter spelen.

Patiënten met schizofrenie hebben moeite, zo bleek uit de resultaten, met het afstemmen op de dynamiek en verandering in de harmonische cadens. Ze blijken dus niet in staat om de intentie te voelen en dit te delen met de ander. Ook met het derde element in de communicatie hebben patiënten met schizofrenie dus blijkbaar moeite. Bij Daan kwam dit overigens duidelijk naar voren. Het nummer ‘Knockin’ on heavens door’, waarvan zowel het couplet als het refrein uit dezelfde akkoorden bestaat en er dus sprake is van een voortdurende herhaling, kon Daan in eerste instantie niet eens meespelen. Telkens wanneer een akkoord veranderde, veranderde hij niet mee. Hij voelde innerlijk niet aan ‘waar het naar toe ging’.

- **Narratieve dialoog**

Wanneer beide spelers in staat zijn al deze elementen te kunnen inzetten in een dialoog en frases met elkaar kunnen verbinden, leidt dit automatisch naar een narratieve dialoog. Een narratieve dialoog (in een muzikaal spel) bestaat uit de volgende opeenvolgende stappen: begin van het spel (iemand neemt initiatief) - aftasten en zoeken hoe het samen kan komen - doorwerken hiervan, dat vervolgens leidt tot een hoogtepunt - korte afbouw - einde van het spel (Brazelton et al., zoals geciteerd in Poismans, 2009, p. 16). Kenmerkend voor dit spel is dat deze stappen en het bijbehorende op- en afbouwen in spanning, door beide spelers gedeeld wordt (Poismans, 2009, p. 16). Concluderend kan ik stellen dat patiënten met schizofrenie geen moeite hebben met het delen van een puls, maar wel met het maken van ritmische variaties en frases die leiden tot een narratieve dialoog.

De zojuist besproken elementen in de communicatie en de hiërarchische indeling ervan sluiten dus goed aan bij de problemen door patiënten met schizofrenie in de communicatie en sociale interactie. Ook met betrekking tot muziektherapie zijn deze elementen inzetbaar. Volgens Poismans (2009, p. 17) kan muziek binnen muziektherapie een vrijwel identieke verschijningsvorm hebben als de preverbale communicatie tussen moeder en kind. Aangezien de elementen afgeleid zijn uit deze preverbale communicatie, is dit is een belangrijk argument waarom binnen muziektherapie hieraan gewerkt kan worden. Daarnaast zorgt de structuur in de muziek voor veel voorspelbaarheid. “Vanuit een voorspelbare, gedeelde beat kan via ritmische uitwisseling en dialogische frases wederkerigheid in de muzikale communicatie worden ontwikkeld” (Poismans, 2009, p. 17). Tot slot rest mij dan nog een vraag. Het is dus gebleken dat patiënten met schizofrenie moeite hebben met ritmisch variëren, dialogische frases en dus het komen tot een narratieve dialoog. Betekent dit dat patiënten met schizofrenie ook al in de preverbale communicatie hiertoe niet in staat zijn? Hier heb ik geen antwoord op, maar dit is wel een interessant gegeven, omdat de meeste patiënten met schizofrenie pas op latere leeftijd de diagnose krijgen.

10.4.2 Deelvraag 2

Uit de resultaten van vraag 14 kwam naar voren dat het gros van de respondenten het meest gestructureerde en deelsgestructureerde werkvormen hanteren. Het belang van structuur in de behandeling van patiënten met schizofrenie komt hieruit dus duidelijk naar voren. In de literatuur wordt niet alleen het belang van structuur, maar ook de behoefte aan structuur door patiënten met schizofrenie alsmaar weer benadrukt (Scheeren & Vaessen, 2006; Meijel & Kuipers, 2005). Volgens Wunderink (2007, p. 33) gaat het bij patiënten met schizofrenie, waarbij sprake is van chaotisch denken en handelen, meestal om het ontbreken van structuur in het denkproces dat de handelingen zou moeten sturen en begeleiden. Structuur in de behandeling is dus heel belangrijk en deze zal door

de therapeut (van buitenaf) aangebracht moeten worden. Dat kan bijvoorbeeld door structuur aan te brengen in de werkvormen of in de interventies die gepleegd worden.

Uit de resultaten van vraag 15 kwam naar voren dat de overgrote meerderheid van de respondenten ritmische interventies pleegt wanneer patiënten met schizofrenie moeite hebben met gezamenlijk spel. Uit de vorige alinea is gebleken dat (deels)gestructureerde werkvormen veel worden ingezet en dat patiënten met schizofrenie ook vaak behoefte hebben aan structuur. Het is dan niet vreemd dat de meeste respondenten ritme inzetten in de behandeling. In een ritme worden snellere en langzamere tonen afgewisseld, maar samen blijven ze toch een geheel; er bestaat een samenhang binnen tijd (Poismans, 2009, p. 15). Door deze samenhang in tijd biedt ritme veel structuur. Volgens Holthaus (1970, p. 35) is ritme daarnaast ook minder cultuurgebonden en spreekt op meer algemeen menselijk niveau aan. Volgens hem zijn zeker 80% van alle psychiatrische patiënten via ritme benaderbaar. Verder vereist het bespelen van ritme-instrumenten een minimum aan technische vaardigheid en schept het ritme duidelijkheid. Het geluid van het instrument stopt als de speler stopt met het actief spelen en hierdoor wordt duidelijk dat niet het instrument maar de patiënt zelf verantwoordelijk is voor hetgeen hij wel en niet doet (Ulrich & Isermann, 2006, p. 193). Ik denk dat dit verklaart waarom de overgrote meerderheid van de respondenten ritmische interventies plegen. Holthaus (1970) zegt verder nog het volgende over het belang van het gebruik van ritme in de behandeling: "Daar muziek zich in de eerste plaats in de tijd voltrekt, is het gerechtvaardigd het ritme het fundament van de muziek te achten en het daarom als basis voor een therapeutische opbouw te kiezen" (p. 24).

De ritmische interventies die gepleegd worden riepen bij mij wel veel vragen op. Zo werd door 17 respondenten aangegeven dat ze het tempo van het muzikaal spel aanpassen. Nu achteraf vraag ik me af wat ze precies hiermee bedoelen. Gaat het erom of de respondenten het tempo aanpassen, omdat het te langzaam of te snel gaat voor de patiënt(en)? Of gaat het erom dat de patiënt(en) vertraagt of versneld in het spel, waardoor de respondent en de patiënt geen puls (meer) delen en de respondent zijn tempo moet aanpassen aan dat van de patiënt(en) zodat ze weer synchroon spelen? Ik heb hier geen antwoord op. De antwoordmogelijkheid had ik dus beter, en meer gedetailleerd, moeten formuleren.

Verder gaven 10 respondenten aan dat ze tijdens het spel laten zien hoe hun patiënt in de maat kan spelen en gaven 8 respondenten aan dat ze heel hard de maat meespelen. Ook deze ritmische interventies roepen een aantal vragen op. Waarom laten de respondenten tijdens het spel zien hoe hun patiënt in de maat kan spelen en waarom spelen ze heel hard de maat mee? Is dat omdat de patiënt moeite heeft om op de puls te spelen, met andere woorden de puls te delen en te synchroniseren? Of is dat omdat de patiënt moeite heeft met voelen doorgaan van de puls en het daarop maken van ritmische variaties? Aangezien de respondenten in de eerste paar vragen van de enquête hebben aangegeven dat de patiënten weinig moeite hebben met het delen van de puls, ga ik ervan uit dat het vooral te maken heeft met de problemen met het ritmisch variëren.

Een andere ritmische interventie die wordt genoemd is het vereenvoudigen van ritmes (zoveel mogelijk terug naar de puls) en vervolgens het opbouwend ingewikkelder maken van deze ritmes. Ook hieruit interpreteer ik dat patiënten met schizofrenie dus moeite hebben met ritmische variaties. Eerst moet teruggedaan worden naar de puls. Hierop kunnen ze immers meespelen en vervolgens moeten langzaam de ritmes ingewikkelder gemaakt worden. Door stapje voor stapje een ritme dus op te bouwen, kan de patiënt makkelijker meekomen in het spel. Verder wordt door een respondent aangegeven dat hij met de patiënt op één instrument speelt of patiënten op één instrument laat spelen. Ook hierbij vraag ik me af waarom de respondent hiervoor kiest. Is dat omdat de therapeut de patiënt hierdoor beter kan ondersteunen? Dit zou een mogelijkheid kunnen zijn. Ik denk wel dat de therapeut rekening moet houden in hoeverre de patiënt lichamelijke nabijheid kan verdragen.

Tot slot ga ik nog even in op de ritmische interventie die gekozen is door maar liefst 17 respondenten. Zij hebben aangegeven dat ze een ritmisch motief van de patiënt zelf nemen, dat vervolgens als basis dient voor het muzikaal spel. Ik denk dat dit een waardevolle interventie is, zeker in het begin van de behandeling waarin het opbouwen van een vertrouwens- en werkrelatie centraal staat. Door een interventie als deze wordt aangesloten bij de patiënt en zijn niveau op dat moment. Dit kan voor een deel het vertrouwen verhogen van de patiënt in de behandelaar. Het creëren van vertrouwen bij deze doelgroep is van fundamenteel belang. Volgens Bosch (2010, p. 226) is de kern van schizofrenie meestal terug te voeren op het thema bedreiging. Ze menen overal bedreigingen waar te nemen en voelen zich zelden veilig. Om te kunnen werken met de patiënt(en) is veiligheid binnen de therapie een belangrijke, zo niet noodzakelijke, voorwaarde.

10.4.3 Deelvraag 3

Uit de resultaten van vraag 21 t/m 25 is gebleken dat door de respondenten timing als meest belangrijke parameter wordt gezien in de afstemming. In de open vraag hebben de respondenten hun keuze voor timing gemotiveerd. Hetgeen hierin genoemd is verklaart al waarom de meeste respondenten voor de parameter hebben gekozen. Zo wordt onder andere aangegeven dat timing de basis is van muziek, dat het muziek structureert en dat de timing, het wel of niet kunnen synchroniseren van de grondslag, onmiddellijk hoorbaar maakt of er sprake is van contact in het hier en nu. Volgens Orth et al. (2006, p. 370) ontstaat contact vooral via de parameter ritme.

Naast timing blijken respondenten ook dynamiek belangrijk te vinden in de afstemming. Volgens een respondent is dynamiek de makkelijkste vorm van samenspel en kan ook het snelst verwezenlijkt worden. Hetgeen Ulrich & Isermann (2006) zegt sluit hier bij aan: "Als het niet mogelijk is afstemming te bereiken op het gebied van het ritme, wordt door muziektherapeuten vaak gewerkt met dynamiek" (p. 193).

De resultaten van vraag 19 zijn door een verkeerde formulering van deze vraag helaas niet bruikbaar. Hierop zal ik verder dan ook niet ingaan. De resultaten van vraag 20 zijn daarentegen wel waardevol. Hierin geeft de meerderheid van de respondenten aan dat patiënten moeite hebben met het timen binnen muziek. Hieruit interpreteer ik dat de moeite met timen te maken heeft met de problemen met het maken van ritmische variaties. Dit sluit aan op de resultaten verkregen uit vraag 2 t/m 9.

10.4.4 Deelvraag 4

In de laatste vraag tenslotte zijn veel verklaringen gegeven voor de problemen met timing door patiënten met schizofrenie. Enkele respondenten benadrukken wel dat de verklaringen afhankelijk zijn van onder andere medicatie, motivatie, duur van de behandeling en mate van stabiliteit. Hoewel ik in mijn probleemstelling heb ingezoomd op cognitieve stoornissen, motorische en sensorische stoornissen, het thema "afstand en nabijheid" en het gegeven "tijd" hebben de respondenten veel andere verklaringen gegeven voor de problemen met timing waar ik nog niet bij stil had gestaan. Zo wordt door een aantal respondenten problemen met executieve functies genoemd. Problemen met executieve functies vallen onder de cognitieve stoornissen. Executieve functies zijn functies die met de zelfregulatie te maken hebben en iemand in staat stellen handelingen te overzien, te plannen en te organiseren (p. 83 leerboek kinder- en jeugdpsychiatrie). De problemen met executieve functies kan ik ook linken aan de moeite met tijd (dagindeling, op tijd komen, tijdsplanning overzien) die sommige patiënten hebben. Uit de resultaten blijkt ook dat 7 respondenten moeite met tijd als verklaring geven voor de problemen met timing. Andere verklaringen die worden gegeven zijn te plaatsen onder motorische stoornissen, zoals bijvoorbeeld de verklaring onvoldoende ontwikkelde motoriek of onder problemen met contact, bijvoorbeeld het inleven in de ander, afstemmen, verbinden en rekening houden met de ander.

Uit de veelheid aan verklaringen die zijn gegeven blijkt wel hoe ernstig en veelzijdig de ziekte schizofrenie is. Het is dan ook niet mogelijk om op basis van enkele verklaringen een duidelijke conclusie te trekken. Waarschijnlijk is het een combinatie van veel oorzaken waardoor het timen in de muziek moeilijk gaat.

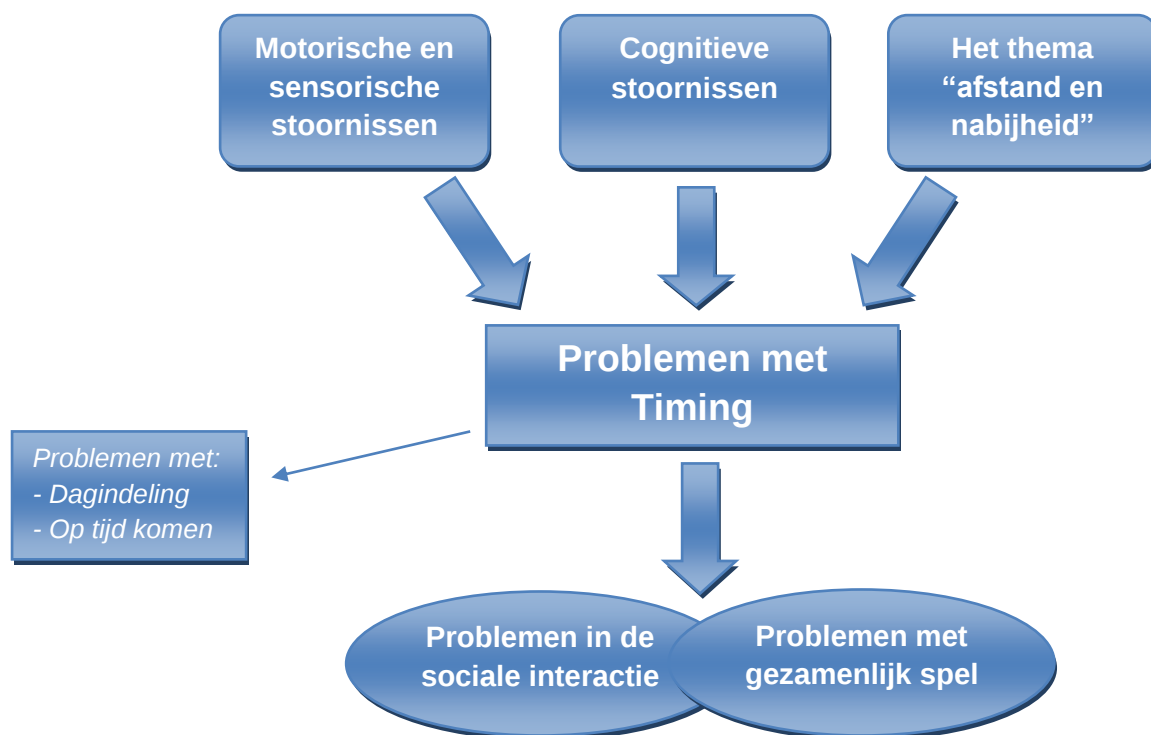
10.5 Integratie van de resultaten in het nieuwe werkmodel

In de vorige paragraaf heb ik de resultaten met behulp van literatuur uitgebreid toegelicht, derhalve zal ik in deze paragraaf niet meer ingaan op ieder detail.

Gedurende mijn stageperiode in het derde leerjaar heb ik ervaren hoe effectief ritmisch trainingsgerichte muziektherapie bij Daan was. Daan had grote moeite met het delen van de puls van de muziek en hierdoor was het in eerste instantie niet mogelijk een samenspel op te starten. In mijn probleemstelling schetste ik een beeld van patiënten met schizofrenie en ging ervan uit dat veel patiënten ook moeite zouden hebben met het delen van de puls. Door het uitvoeren van dit onderzoek, ontdekte ik dat patiënten met schizofrenie geen moeite hebben met het delen van de puls, echter wel met een aantal andere zaken. Het nieuwe werkmodel dat ik nu zal gaan beschrijven is veel meer gedifferentieerd dan mijn oude werkmodel. Doordat het gebaseerd is op de resultaten verkregen uit dit onderzoek, is het nieuwe werkmodel van toepassing op meerdere patiënten met schizofrenie en niet meer gericht op één individuele patiënt. Overigens gaat het zowel in het oude als in het nieuwe werkmodel om individuele muziektherapie.

Hoewel ik in de beginfase van dit onderzoek nog zoekende was en nog geen duidelijke verbanden kon leggen, heb ik in de eindfase van dit onderzoek een samenhang ontdekt. Deze samenhang wordt getoond als theoretisch model in figuur 6. Hierin wordt het volgende zichtbaar:

Allereerst wordt duidelijk wat de oorzaken kunnen zijn voor de problemen met timing door patiënten met schizofrenie. Dit zijn allereerst cognitieve stoornissen, zoals stoornissen in het geheugen, in de aandacht en concentratie en in de informatieverwerking. Daarnaast zijn dit motorische en sensorische stoornissen, zoals vertraagde motorische ontwikkeling, motorische rusteloosheid, stereotypieën, coördinatieproblemen, problemen in de gladde oogvolgbewegingen en bijwerkingen of effect van medicatie met als gevolg neerslachtigheid of vertraagd reactievermogen. En verder is dit het thema “afstand en nabijheid”. Deze stoornissen of problemen zorgen dus niet voor een gebrek aan timing, maar voor problemen met timing. Overigens benadruk ik hierbij wel dat het natuurlijk ook afhankelijk is van de patiënt van welke stoornissen of problemen sprake is.



Figuur 6 Theoretisch model

In figuur 6 is verder te zien dat de problemen met timing zorgen voor problemen in de sociale interactie. Dit zal ik verduidelijken aan de hand van een bekend voorbeeld, de haperende long-distance-call (Poismans, 2009, p. 15). We kennen dit allemaal wel, hetzij uit eigen ervaring of uit een journaaluitzending. Wat gebeurt er nu in die haperende long-distance-call: “De gesprekspartners verwachten nadat ze gesproken hebben, op een bepaald moment een reactie. Wanneer die reactie door een technische storing niet op het verwachte moment komt, wordt de gezamenlijke puls doorbroken” (Poismans, 2009, p. 15). In de vorige paragraaf heb ik ingezoomd op de communicatie tussen moeder en kind en de onderliggende, gezamenlijke puls in een dialoog. Wanneer die gezamenlijke puls doorbroken wordt, klopt de timing niet meer met als gevolg problemen in de sociale interactie. Ook in het voorbeeld van de long-distance-call gebeurt dit. Doordat de timing van de reacties niet meer klopt, voelen de gesprekspartners zich onzeker en ongemakkelijk en is het voortzetten van de dialoog niet meer mogelijk, waardoor het gesprek tenslotte wordt voortgezet in afwisselende monologen (Poismans, 2009, p. 15). Problemen met timing zorgen dus voor problemen in de sociale interactie.

In figuur 6 wordt ook zichtbaar dat de problemen met timing niet alleen zorgen voor problemen in de sociale interactie, maar ook voor problemen met gezamenlijk spel. Er is sprake van een overlap. Gezamenlijk spel heb ik in eerste instantie gedefinieerd als volgt: “Wanneer het muzikaal spel ritmisch coherent is. Dat wil zeggen dat het muzikaal spel gebaseerd is op dezelfde beat”. Door dit onderzoek is gebleken dat mijn definitie van gezamenlijk spel niet klopt. Gezamenlijk spel is veel meer dan alleen muzikaal spel dat gebaseerd is op dezelfde puls of beat. Gezamenlijk spel is een muzikaal spel dat niet alleen gebaseerd is op dezelfde puls of beat, maar in gezamenlijk spel is er ook sprake van ritmische uitwisseling en dialogische frases. Gezamenlijk spel is dus gebaseerd op de elementen in de communicatie die in de vorige paragraaf uitgebreid aan bod zijn gekomen.

In mijn oude werkmodel noemde ik het gegeven “tijd” als oorzaak voor de problemen met timing. Onder het gegeven “tijd” verstond ik dagindeling, op tijd komen en tijdsplanning overzien. Dit laatste heeft waarschijnlijk te maken met de problemen met executieve functies. In mijn nieuwe werkmodel is de dagindeling en op tijd komen niet meer een oorzaak voor de problemen met timing, maar een gevolg voor de problemen met timing. Dit wordt ook zichtbaar in figuur 6.

Op basis van het theoretisch model beschreven in de vorige alinea's heb ik de methodische stappen gebaseerd. De methodische stappen in mijn nieuwe werkmodel zijn gebaseerd op de elementen in de communicatie. Wanneer een patiënt voor het eerst in behandeling komt, is het belangrijk om te observeren met welk element hij moeite heeft. Aan de hand van de hiërarchie van de elementen kan de behandeling opgebouwd worden. De methodische stappen zijn dan als volgt:

Methodische stappen ritmische trainingsgerichte muziektherapie

Fase 1: Vertrouwens- en werkrelatie opbouwen

Zoals reeds aangegeven is het opbouwen van vertrouwen van fundamenteel belang in de behandeling van patiënten met schizofrenie. Hierdoor ontstaat mogelijk veiligheid voor de patiënt en dit is van belang voor het aangaan van een werkrelatie. In deze fase wordt vooral aangesloten bij de voorkeuren van de patiënt en wordt er samen gekeken naar de mogelijkheden.

Fase 2: Verbeteren van de sociale interactie aan de hand van de volgende elementen:

- Puls
In eerste instantie moet er worden geobserveerd of de patiënt op de puls kan spelen van het muzikaal spel. Is hij niet in staat om op de puls mee te spelen en deze te delen met de ander, dan wordt het werken aan het delen van de puls de eerste stap in de behandeling. Is hij wel in staat om te komen tot een gedeelde puls, dan wordt deze stap overgeslagen en wordt er gekeken of de patiënt in staat is ritmische variaties te maken.
- Ritmische variaties
Is de patiënt in staat om ritmische variaties te maken? Is hij bijvoorbeeld in staat om te variëren in het muzikaal spel, kan hij een break opvullen en daarbij in de maat blijven en kan hij een actieve rust spelen? Is hij hiertoe niet in staat, dan wordt dit de focus van de behandeling. Is hij hiertoe wel in staat, dan wordt ook deze stap overgeslagen.
- Frase
Vervolgens wordt geobserveerd of de patiënt in staat is om af te stemmen op de ander wat betreft dynamiek, harmonie, tempo en toonhoogte. Is hij in staat om intenties te delen met de ander? Wanneer de ander langzaam zachter speelt, gaat hij dan mee? Is hij zelf in staat om veranderingen aan te brengen in bijvoorbeeld dynamiek? Zo, niet. Dan wordt hieraan gewerkt met de patiënt.

Is de patiënt uiteindelijk in staat om de drie bovengenoemde elementen met elkaar te verbinden, dan leidt dit automatisch tot een narratieve dialoog. De patiënt kan dan de stappen van een narratieve dialoog doorlopen.

Fase 3: Beëindigen individuele muziektherapie

In deze laatste fase wordt de individuele muziektherapie afgesloten en wordt gekeken of het voor de patiënt haalbaar is om deel te nemen aan groepstherapie.

De zojuist beschreven methodische stappen zijn veel doelgerichter dan de methodische stappen uit mijn oude werkmodel. De stappen geven een duidelijk handvat hoe de therapie opgebouwd zou kunnen worden. Bij dit werkmodel moet wel gerealiseerd worden dat het om een langdurig proces gaat. Als therapeut is het hebben van geduld van groot belang. Ook bij Daan ging het om een langdurig proces. De stappen die gezet werden, waren telkens klein, maar wel zeer waardevol.

Verder blijft in dit nieuwe werkmodel structuur een belangrijk aspect van de therapie. Uit de resultaten is naar voren gekomen dat de meeste respondenten (deels)gestructureerde werkvormen hanteren in het werken met patiënten met schizofrenie. In mijn oude werkmodel stond het gestructureerd werken met patiënten met schizofrenie ook al centraal. Echter, in het nieuwe werkmodel moet wel rekening gehouden worden met de mate van structuur. Het is namelijk afhankelijk van de patiënt hoeveel structuur aangebracht moet worden. In de vorige paragraaf heb ik overigens al toegelicht waarom structuur belangrijk is in het werken met patiënten met schizofrenie, vandaar dat ik hier niet meer op inga.

Het plegen van ritmische interventies neemt ook in mijn nieuwe werkmodel een belangrijke plaats in. Uit de resultaten is namelijk gebleken dat door de respondenten ritmische interventies veel worden gepleegd bij patiënten met schizofrenie. Ook welke ritmische interventies worden gepleegd kwam uit de resultaten naar voren. Waar ik me nu meer bewust van ben, is dat het toepassen van specifieke ritmische interventies ook geheel afhankelijk is van de patiënt. Een aantal respondenten hebben dit ook aangegeven in de enquête. Het is belangrijk om aan te sluiten bij de patiënt en dus passende interventies te plegen. Door dit onderzoek ben ik ook tot de ontdekking gekomen dat de respondenten een verscheidenheid aan (ritmische) interventies plegen. Deze interventies heb ik onderverdeeld in: directe muzikale interventies, indirecte muzikale interventies, verbale interventies en non-verbale interventies. Dit geeft een helder en beter overzicht wat mogelijk is met patiënten met schizofrenie. Voor een beknopte weergave van alle (ritmische) interventies verwijs ik naar de volgende paragraaf.

10.6 Vergelijking nieuwe werkmodel - oude werkmodel

<u>Oude werkmodel</u>	<u>Nieuwe werkmodel</u>
<u>Ontwikkelingsproces van het oude werkmodel:</u> <pre> Praktijkervaring stage ↓ Advies van stagebegeleider ↓ Oude werkmodel </pre>	<u>Ontwikkelingsproces van het nieuwe werkmodel:</u> <pre> Praktijkervaring stage ↓ Advies van stagebegeleider ↓ Oude werkmodel ↓ Reflectie oude werkmodel ↓ Praktijkonderzoek ↓ Oude werkmodel aanvullen en vernieuwen (vanuit resultaten en gevonden literatuur) ↓ Nieuwe werkmodel </pre>
<u>Methodische stappen ritmisch trainingsgerichte muziektherapie:</u> Fase 1: Vertrouwens- en werkrelatie opbouwen Fase 2: Ontwikkelen van (innerlijke) structuur Fase 3: Aan de hand van meer (innerlijke) structuur aangaan van interactie Fase 4: Beëindigen individuele therapie → Werkmodel is toegespitst op één specifieke patiënt. Deze blijkt echter weinig representatief.	<u>Methodische stappen ritmisch trainingsgerichte muziektherapie:</u> Fase 1: Vertrouwens- en werkrelatie opbouwen Fase 2: Verbeteren van de sociale interactie aan de hand van de volgende elementen: - Puls - Ritmische variaties - Frase → Narratieve dialoog Fase 3: Beëindigen individuele therapie → Nieuwe werkmodel is meer gedifferentieerd. → Sluit aan bij meerdere patiënten met schizofrenie.
<u>Definitie gezamenlijk spel:</u> “Wanneer het muzikaal spel ritmisch coherent is. Dat wil zeggen dat het muzikaal spel gebaseerd is op dezelfde beat”. → Definitie gezamenlijk spel is onjuist.	<u>Definitie gezamenlijk spel:</u> “Gezamenlijk spel is een muzikaal spel dat niet alleen gebaseerd is op dezelfde puls of beat, maar in gezamenlijk spel is er ook sprake van ritmische uitwisseling en dialogische frases.” → Gezamenlijk spel is veel meer dan alleen muzikaal spel dat gebaseerd is op dezelfde puls of beat.
<u>Mate van structuur:</u> De toegepaste werkvormen zijn gestructureerd.	<u>Mate van structuur:</u> De toegepaste werkvormen zijn gestructureerd. Echter, het is afhankelijk van de patiënt hoeveel structuur aangebracht moet worden.

Ritmische interventies:

- Aanleren van ritmes;
- Hard meespelen van de maat;
- Tijdens het muzikaal spel laten zien hoe de patiënt mee kan spelen in de maat;
- Het tempo van het muzikaal spel aanpassen (niet te snel, niet te langzaam), zodat de patiënt in het tempo mee kan komen;
- Meetellen (bijvoorbeeld 1-2-3-4 of 1-2^e-3-4). Dit brengt structuur en ordening aan;
- Lichamelijke beweging inzetten om bijvoorbeeld de wisseling van akkoorden te benadrukken of om de puls te benadrukken.

→ De ritmische interventies zijn vooral van toepassing op één specifieke patiënt.

Ritmische interventies:

Directe muzikale interventies

- Hard meespelen van de maat;
- Tijdens het muzikaal spel laten zien hoe de patiënt mee kan spelen in de maat;
- Het tempo van het muzikaal spel aanpassen (niet te snel, niet te langzaam), zodat de patiënt in het tempo mee kan komen;
- Meetellen (bijvoorbeeld 1-2-3-4 of 1-2^e-3-4). Dit brengt structuur en ordening aan;
- Het geven van een allertheidssignaal middels een break;
- Het ritme ondersteunen door middel van een lied of harmonieën;
- Tempo versnellen of vertragen;
- Ritmes vereenvoudigen (zoveel mogelijk terug naar de puls) en vervolgens deze ritmes opbouwend ingewikkelder maken;
- Imiteren;
- Structureren door herhaling;

Indirecte muzikale interventies

- Aanleren van ritmes;
- Ritmisch motief van de patiënt zelf nemen, dat vervolgens als basis dient;
- Voor- en naspelen;
- Een nieuw ritme inzetten (passend bij de puls) en de patiënt deze over laten nemen;
- Het aanbieden van een ander instrument;
- Het samenspelen op één instrument of patiënten op één instrument laten spelen;
- Het gebruik van muziekbegeleiding op Cd, zodat de muziektherapeut de patiënt praktisch kan helpen;
- De patiënt in een volgend spel als laatste laten invallen;

Verbale interventies

- Na afloop benoemen wat wél goed gaat;
- Het houden van een praatpauze waarin de muziektherapeut vertelt wat hij heeft gehoord, vervolgens feedback vraagt van de patiënten en hier in het volgende spel rekening mee houdt;

Non-verbale interventies

- Lichamelijke beweging inzetten om bijvoorbeeld de wisseling van akkoorden te benadrukken of om de puls te benadrukken;
- Patiënten laten meebewegen.

→ Er blijkt een breed scala aan (ritmische) interventies gepleegd te worden.

→ De onderverdeling van de (ritmische) interventies geeft een beter overzicht wat mogelijk is met patiënten met schizofrenie.

<u>Timing:</u> Patiënten met schizofrenie hebben een gebrek aan timing en kunnen daardoor moeilijk tot gezamenlijk spel komen. → De formulering “gebrek aan timing” blijkt nadien erg ongenueanceerd.	<u>Timing:</u> Patiënten met schizofrenie hebben geen gebrek aan timing, echter wel problemen met timing. De problemen met timing leiden tot problemen in de sociale interactie en problemen met gezamenlijk spel. Daarnaast zorgen de problemen met timing mogelijk voor problemen met dagindeling en op tijd komen. → Er is nu meer sprake van een samenhang tussen de begrippen timing, sociale interactie en gezamenlijk spel.
<u>Verklaringen:</u> Het thema “afstand en nabijheid” Cognitieve stoornissen - <i>Stoornissen in het geheugen</i> - <i>Stoornissen in de aandacht en concentratie</i> - <i>Stoornissen in de informatieverwerking</i> Motorische en sensorische stoornissen - <i>Vertraagde motorische ontwikkeling</i> - <i>Motorische rusteloosheid</i> - <i>Stereotypieën</i> - <i>Coördinatieproblemen</i> - <i>Problemen in de gladde oogvolgbewegingen</i> Het gegeven “tijd” - <i>Dagindeling</i> - <i>Op tijd komen</i> - <i>Tijdsplanning overzien</i> → Ook hierbij weer toegespitst op hetgeen ik heb waargenomen bij één specifieke cliënt.	<u>Verklaringen:</u> Het thema “afstand en nabijheid” Cognitieve stoornissen - <i>Stoornissen in het geheugen</i> - <i>Stoornissen in de aandacht en concentratie</i> - <i>Stoornissen in de informatieverwerking</i> - <i>Problemen met executieve functies</i> Motorische en sensorische stoornissen - <i>Vertraagde motorische ontwikkeling</i> - <i>Motorische rusteloosheid</i> - <i>Stereotypieën</i> - <i>Coördinatieproblemen</i> - <i>Problemen in de gladde oogvolgbewegingen</i> - <i>Bijwerkingen of effect van medicatie met als gevolg neerslachtigheid of vertraagd reactievermogen</i> → Het gegeven “tijd” wordt als verklaring niet meer genoemd. Het is een gevolg is van de problemen met timing. → Verklaringen zijn afhankelijk van de patiënt (medicatie, motivatie, duur van de behandeling, mate van stabiliteit).

10.7 Aanbevelingen voor vervolgonderzoek

Door dit onderzoek is een nieuw werkmodel ontstaan dat vooral gebaseerd is op de elementen in de communicatie. Mijn aanbeveling voor een vervolgonderzoek zou een gecontroleerd vergelijkend onderzoek/controlled clinical trial (CCT) zijn. Het doel van dit onderzoek zou zijn om te kijken in hoeverre ritmisch trainingsgerichte muziektherapie met als methode de elementen, beschreven in de vorige paragrafen, een bijdrage kan leveren in de behandeling van patiënten met schizofrenie. In dit onderzoek zou één experimentele groep vergeleken moeten worden met een controlegroep. De experimentele groep zou dan deelnemen aan wekelijkse individuele muziektherapiesessies. De controlegroep zou niet deelnemen aan enige vorm van therapie. De groepen zouden samengesteld moeten worden door het matchen van deelnemers en niet door middel van randomisatie. Voor elke persoon uit de ene groep zou dus in de andere groep een persoon moeten zitten die op hem lijkt. Bij het matchen zou gelet moeten worden op sociale achtergrond, leeftijd, sekse, ziektegeschiedenis, muzikale ervaring en scores op diverse klinische beoordelingsschalen (Vink, 2006, p. 62). Dit om de verschillen tussen de deelnemers uit beide groepen zo klein mogelijk te houden, zodat generalisatie na afloop ook kan plaatsvinden.

Samenvatting

Gedurende het stagejaar heb ik gewerkt met een patiënt met schizofrenie. Toen deze patiënt voor het eerst in behandeling kwam, observeerde ik iets bijzonders. Iets wat ik nog niet eerder, in die mate, bij andere patiënten had gezien. Het lukte de patiënt met schizofrenie namelijk niet om te komen tot gezamenlijk spel. Hij was niet in staat om gedurende langere tijd op de puls van de muziek mee te spelen. Niet alleen had de patiënt moeite met het spelen op de puls van de muziek, ook lukte het de patiënt onder andere niet om te variëren, af te stemmen op de ander wat betreft tempo en synchroon te spelen. Het meespelen op de puls werd de focus van de behandeling en dit leidde tot het geven van ritmisch trainingsgerichte muziektherapie die naderhand ook effectief bleek. Ik was benieuwd of muziektherapeuten dezelfde ervaring hadden met patiënten met schizofrenie, of ze vervolgens ritmische interventies pleegden, of volgens hun een gebrek aan timing dit kon verklaren en welke verklaringen ze hadden voor de problemen met timing. Dit alles resulteerde in de volgende vraagstelling: *“Is ritmisch trainingsgerichte muziektherapie effectief bij patiënten met schizofrenie wanneer de doelstelling op het gebied van de sociale interactie ligt?”*.

Om antwoord te vinden op deze deelvragen en vraagstelling heb ik een inventariserend onderzoek uitgevoerd waarbij in totaal 21 muziektherapeuten in Nederland een enquête hebben ingevuld. Uit de analyse van de resultaten is gebleken dat patiënten met schizofrenie weinig moeite hebben met het spelen op de puls van de muziek en daarmee het delen van de puls, maar wel moeite hebben met het maken van ritmische variaties en dialogische frases. Verder is gebleken dat ritmische interventies veel worden gepleegd, dat timing als belangrijkste parameter in de afstemming wordt gezien en er veel verklaringen zijn voor de problemen met timing door patiënten met schizofrenie. Op basis van deze resultaten heb ik een theoretisch model ontwikkeld en nieuwe methodische stappen uitgewerkt. Hierdoor is een nieuw werkmodel ontstaan dat ten eerste veel meer gedifferentieerd is dan het oude werkmodel en ten tweede aansluit bij meerdere patiënten met schizofrenie en niet meer gebaseerd is op de ervaringen met slechts een specifieke patiënt.

Literatuuropgave

Boeken:

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3th ed., text rev.). Washington, DC: Author.

Baarda, D.B., & De Goede, M.P.M. (2006). *Basisboek methoden en technieken: Handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwantitatief onderzoek*. Houten: Wolters-Noordhoff.

Bosch, I. (2010). *Illusies: over bevrijding uit de doolhof van destructieve emoties*. Amsterdam: L.J. Veen.

Bunt, L. (1994). *Music therapy: An art beyond words*. London: Routledge.

Hillegers, M., & Scheepers, F. (2011). Early-onset schizofrenie. In W. Cahn, L. Krabbendam, I. Myin-Germeys, R. Bruggeman & L. De Haan (Eds.), *Handboek schizofrenie* (pp. 122-134). Utrecht: De Tijdstroom.

Honing, H. (2010). *Iedereen is muzikaal: Wat we weten over het luisteren naar muziek*. Amsterdam: Nieuw Amsterdam.

Holthaus, C. (1970). *Muziektherapie*. Amsterdam/Brussel: Agon Elsevier.

Kaiser, L.H.W.M. (2007). *Psychiatrie toegelicht*. Antwerpen/Apeldoorn: Garant.

Knegtering, R., & Nienhuis, F. (2011). Differentiaaldiagnostiek. In W. Cahn, L. Krabbendam, I. Myin-Germeys, R. Bruggeman & L. De Haan (Eds.), *Handboek schizofrenie* (pp. 62-72). Utrecht: De Tijdstroom.

Migchelbrink, F. (2008). *Praktijkgericht onderzoek in zorg en welzijn*. Amsterdam: SWP.

Multidisciplinaire richtlijn schizofrenie (2005), CBO, Utrecht.

Nevid, J.S., Rathus, S.A., & Greene, B. (2008). *Psychiatrie: Een inleiding*. Amsterdam: Pearson Education Benelux.

Nieman, D., & Van Tricht, M. (2011). Neurofysiologie. In W. Cahn, L. Krabbendam, I. Myin-Germeys, R. Bruggeman & L. De Haan (Eds.), *Handboek schizofrenie* (pp. 282-295). Utrecht: De Tijdstroom.

Orth, J., Verburgt, J., Van Nieuwenhuijzen, N., & Wijzenbeek, G. (2006). Getraumatiseerde vluchtelingen en asielzoekers. In H. Smeijsters (Ed.), *Handboek muziektherapie: Evidence based practice voor de behandeling van psychische stoornissen, problemen en beperkingen* (pp. 360-384). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

Sacks, O. (2010). *Musicofilia: Verhalen over muziek en het brein*. Amsterdam: Meulenhoff.

Scheeren, B., & Vaessen, G. (2006). *Overleven met schizofrenie: Het verhaal van een adolescente, gezinsleden en behandelaars*. Antwerpen/Apeldoorn: Garant.

Swanborn, P.G. (2002). *Basisboek sociaal onderzoek*. Amsterdam: Boom.

Ulrich, G., & Isermann, H. (2006). Schizofrenie. In H. Smeijsters (Ed.), *Handboek muziektherapie: Evidence based practice voor de behandeling van psychische stoornissen, problemen en beperkingen* (pp. 183-200). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

Vandereycken, W., & Van Deth, R. (2004). *Psychiatrie: Van diagnose tot behandeling*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

Van Meijel, B., & Kuipers, T. (Eds.). (2005). *Zorg rondom schizofrenie*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

Vink, A. (2006). Kwantitatief onderzoek. In H. Smeijsters (Ed.), *Handboek muziektherapie: Evidence based practice voor de behandeling van psychische stoornissen, problemen en beperkingen* (pp. 54-72). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

Wolters, E. Ch., & Groenewegen, H.J. (2004). *Neurologie: Structuur, functie en dysfunctie van het zenuwstelsel*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

Wunderink, L. (2007). *Als de werkelijkheid onbegrijpelijk wordt: Alles over schizofrenie en andere psychotische stoornissen*. Utrecht: Inmerc.

Artikelen:

Hegi, F. (2010). Rhythmusverlustr als zeitkrankheit. *Musiktherapeutische Umschau*, 31(3), 241-250.

Hoffmann, P. (2010). Rhythmus als Zeit-Gestalt in Musik und Musiktherapie. *Musiktherapeutische Umschau*, 31(3), 192-211.

Jost, A. (2010). Rhythmen aus neurowissenschaftlicher und psychiatrischer Sicht. *Musiktherapeutische Umschau*, 31(3), 220-232.

Krabbendam, L. (2001). Cognitieve stoornissen bij schizofrenie. *PsychoPraktijk*, (3), 152-158.

Malloch, S.N. (1999). Mothers and infants and communicative musicality. *Musicae scientiae*, 29-57.

Poismans, K. (2010). Het meten van timing in muzikale interactie: De noodzaak en ontwikkeling van een medium specifiek observatie-instrument. *Tijdschrift voor vaktherapie*, (1), 45-52.

Poismans, K. (2009). Shared Time: Timing in muziektherapie met autistische kinderen. *Wetenschappelijk tijdschrift autisme*, (1), 14-19.

Winkler, I., Háden, G.P., Ladinig, O., Sziller, I., & Honing, H. (2009). Newborn infants detect the beat in music. *PNAS Early Edition*, 1-4. Retrieved from <http://www.pnas.org/content/early/2009/01/26/0809035106.full.pdf+html>

Takao, T., Tachikawa, H., Kawanishi, Y., Mizukami, K., & Asada, T. (2007). CLOCK gene T3111C polymorphism is associated with Japanese schizophrenics: A preliminary study. *European Neuropsychopharmacology*, 17, 273-276. doi: 10.1016/j.euroneuro.2006.09.002

Bijlage 1: Begeleidende brief

Heerlen, 12 maart 2012

Geachte heer, mevrouw,

Enige tijd geleden heb ik u benaderd via de mail omwille van het invullen van een enquête. Na lang ploeteren was hij eindelijk klaar om verstuurd te worden. En dit is 'm. De enquête bestaat in totaal uit tweeëntwintig vragen. De invultijd heb ik beperkt gehouden. Deze is ongeveer 5 tot 10 minuten. Het invullen van de enquête gebeurt overigens geheel anoniem.

In de enquête is telkens slechts één antwoord mogelijk, tenzij dit uitdrukkelijk bij de vraag vermeld staat. Verder heb ik een verklarende woordenlijst toegevoegd. Woorden met een * worden hierin nader toegelicht. Ik wil ook nog even benadrukken dat het in deze enquête gaat om hetgeen u het meest ziet bij patiënten met schizofrenie. Daarbij beseffend dat niet iedere patiënt met schizofrenie hetzelfde is en dat er natuurlijk individuele verschillen zijn. Verder wil ik nog even vermelden dat het gaat om patiënten die op dat moment niet psychotisch zijn en waarbij de doelstellingen op het gebied van de sociale interactie liggen.

De enquête omvat vragen die betrekking hebben op een bepaald verschijnsel dat ik heb waargenomen in de praktijk. Naar aanleiding hiervan ben ik dit kwantitatief onderzoek gestart. Ik ben namelijk erg benieuwd welke specifieke ervaringen muziektherapeuten hebben met patiënten met schizofrenie.

Hopelijk wordt mijn nieuwsgierigheid beloont en stuurt u de ingevulde enquête retour. Het liefst binnen twee weken en uiterlijk 29 maart, zodat ik nog enige tijd heb om de antwoorden te verwerken. Mocht de enquête nog vragen of opmerkingen bij u oproepen, neem dan gerust contact met me op via de mail (gunaschwanen@hotmail.com).

Hartelijk dank alvast!

Met vriendelijke groet,

Guna Schwanen

Bijlage 2: De enquête

ENQUÊTE

1. Hoeveel jaar ervaring heeft u in het werken met patiënten met schizofrenie?

- ☐ ≤ 1 jaar
- ☐ 1-5 jaar
- ☐ 6-10 jaar
- ☐ 11-15 jaar
- ☐ Meer dan 15 jaar

In hoeverre lukt het patiënten met schizofrenie om:

	zelden of nooit	soms	regelmatig	vaak	n.v.t.
2. mee te spelen in de maat van het muzikaal spel?	☐	☐	☐	☐	☐
3. een ritme synchroon* te spelen?	☐	☐	☐	☐	☐
4. te variëren in hun muzikaal spel?	☐	☐	☐	☐	☐
5. een break op te vullen en daarbij in de maat te blijven?	☐	☐	☐	☐	☐
6. het metrum/cadans* mee te spelen?	☐	☐	☐	☐	☐
7. gedurende het hele muzikaal spel mee te spelen en niet voortijdig het spel af te breken of te onderbreken?	☐	☐	☐	☐	☐
8. tegelijk met anderen te beginnen en te stoppen?	☐	☐	☐	☐	☐
9. een actieve rust* te spelen?	☐	☐	☐	☐	☐

In hoeverre lukt het patiënten met schizofrenie om af te stemmen op de ander/anderen in een spel wat betreft:

	zelden of nooit	soms	regelmatig	vaak	n.v.t.
10. Tempo	☐	☐	☐	☐	☐
11. Dynamiek	☐	☐	☐	☐	☐
12. Verandering in de harmonische cadens	☐	☐	☐	☐	☐
13. Ritme	☐	☐	☐	☐	☐

14. Welke werkvormen hanteert u het meest bij het werken met patiënten met schizofrenie?

- ☐ Gestructureerde werkvormen
- ☐ Deelsgestructureerde werkvormen
- ☐ Vrije improvisatie

15. Kruis aan wat op u het meest van toepassing is.

- ☐ Wanneer patiënten met schizofrenie moeite hebben met gezamenlijk spel* pleeg ik ritmische interventies.
- ☐ Wanneer patiënten met schizofrenie moeite hebben met gezamenlijk spel pleeg ik geen ritmische interventies. → Ga door met vraag 17.
- ☐ Mijn patiënten hebben geen moeite met gezamenlijk spel. → Ga door met vraag 17.

16. Kunt u van de volgende ritmische interventies aangeven welke u inzet? Meerdere antwoorden zijn mogelijk.

- ☐ Ik leer patiënten met schizofrenie ritmes aan.
- ☐ Ik speel heel hard de maat mee.
- ☐ Ik laat tijdens het muzikaal spel zien hoe mijn patiënt in de maat kan spelen.
- ☐ Ik pas het tempo van het muzikaal spel aan.
- ☐ Ik neem een ritmisch motief van de patiënt zelf, dat vervolgens als basis dient.
- ☐ Anders, namelijk:

17. Bij gezamenlijk spel is goede afstemming op elkaar van belang. Geef van de onderstaande muzikale parameters aan hoe belangrijk u deze vindt in de afstemming.

	Zeer onbelangrijk	Onbelangrijk	Neutraal	Belangrijk	Zeer belangrijk
Harmonie	☐	☐	☐	☐	☐
Dynamiek	☐	☐	☐	☐	☐
Timing	☐	☐	☐	☐	☐
Melodie	☐	☐	☐	☐	☐
Klankkleur	☐	☐	☐	☐	☐

18. Wilt u hieronder uw keuze voor de meest belangrijke muzikale parameter motiveren?

19. Volgens literatuur is maatgevoel aangeboren. Geef van de volgende bewering aan in welke mate u het er mee eens bent.

Patiënten met schizofrenie hebben waarschijnlijk wel maatgevoel. Het probleem ligt echter in het delen van de puls of beat met de ander.

- ☐ Zeer eens
- ☐ Eens
- ☐ Neutraal
- ☐ Oneens
- ☐ Zeer oneens

20. In hoeverre bent u het eens met de volgende stelling: *Patiënten met schizofrenie hebben moeite met het timen binnen muziek.*

- ☐ Zeer eens
- ☐ Eens
- ☐ Neutraal
- ☐ Oneens → Ga door met vraag 22.
- ☐ Zeer oneens → Ga door met vraag 22.

21. Wat kan verklaren dat patiënten met schizofrenie moeite hebben met het timen binnen muziek? Meerdere antwoorden zijn mogelijk.

- ☐ Patiënten met schizofrenie hebben moeite met het aangaan van (muzikaal) contact vanwege het thema “afstand en nabijheid”.
- ☐ Patiënten met schizofrenie hebben moeite met het vasthouden van de aandacht en de concentratie.
- ☐ Patiënten met schizofrenie hebben problemen met de coördinatie. Bijvoorbeeld de coördinatie tussen de linker- en de rechterhand.
- ☐ Patiënten met schizofrenie hebben stoornissen in de informatieverwerking.
- ☐ Patiënten met schizofrenie hebben problemen met het geheugen.
- ☐ Patiënten met schizofrenie hebben problemen in de gladde oogvolgbewegingen*.
- ☐ Patiënten met schizofrenie hebben moeite met tijd (dagindeling, op tijd komen, tijdsplanning overzien).
- ☐ Anders, namelijk:

22. Heeft u nog opmerkingen? Dan kunt u deze noteren in onderstaand kader.

Dit is het einde van de enquête. U mag de enquête retour sturen in de bijgevoegde retourenvelop. Hartelijk dank voor uw medewerking!

Bijlage 3: Logboek SPSS

Nr.	Name	Label	Values	Missing	Measure
	Identificatienummer				Nominaal
1	Ervaring	Hoeveel jaar ervaring heeft u in het werken met patiënten met schizofrenie?	1 = 1 jaar of minder 2 = 1-5 jaar 3 = 6-10 jaar 4 = 11-15 jaar 5 = meer dan 15 jaar	999 = Missing value 888 = Foutief antwoord 777 = Niet van toepassing	Ordinaal
2	Maat	In hoeverre lukt het patiënten met schizofrenie om mee te spelen in de maat van het muzikaal spel?	1 = zelden of nooit 2 = soms 3 = regelmatig 4 = vaak	999 = Missing value 888 = Foutief antwoord 777 = Niet van toepassing	Ordinaal
3	Synchroon	In hoeverre lukt het patiënten met schizofrenie om een ritme synchroon te spelen?	1 = zelden of nooit 2 = soms 3 = regelmatig 4 = vaak	999 = Missing value 888 = Foutief antwoord 777 = Niet van toepassing	Ordinaal
4	Variëren	In hoeverre lukt het patiënten met schizofrenie om te variëren in hun muzikaal spel?	1 = zelden of nooit 2 = soms 3 = regelmatig 4 = vaak	999 = Missing value 888 = Foutief antwoord 777 = Niet van toepassing	Ordinaal
5	Break	In hoeverre lukt het patiënten met schizofrenie om een break op te vullen en daarbij in de maat te blijven?	1 = zelden of nooit 2 = soms 3 = regelmatig 4 = vaak	999 = Missing value 888 = Foutief antwoord 777 = Niet van toepassing	Ordinaal
6	Metrum	In hoeverre lukt het patiënten met schizofrenie om het metrum/cadans mee te spelen?	1 = zelden of nooit 2 = soms 3 = regelmatig 4 = vaak	999 = Missing value 888 = Foutief antwoord 777 = Niet van toepassing	Ordinaal
7	Meespelen	In hoeverre lukt het patiënten met schizofrenie om gedurende het hele muzikaal spel mee te spelen en niet voortijdig het spel af te breken of te onderbreken?	1 = zelden of nooit 2 = soms 3 = regelmatig 4 = vaak	999 = Missing value 888 = Foutief antwoord 777 = Niet van toepassing	Ordinaal
8	Beginnen	In hoeverre lukt het patiënten met schizofrenie om tegelijk met anderen te beginnen en te stoppen?	1 = zelden of nooit 2 = soms 3 = regelmatig 4 = vaak	999 = Missing value 888 = Foutief antwoord 777 = Niet van toepassing	Ordinaal
9	Rust	In hoeverre lukt het patiënten met schizofrenie om een actieve rust te spelen?	1 = zelden of nooit 2 = soms 3 = regelmatig 4 = vaak	999 = Missing value 888 = Foutief antwoord 777 = Niet van toepassing	Ordinaal

10	Tempo	In hoeverre lukt het patiënten met schizofrenie om af te stemmen op de ander/anderen in een spel wat betreft tempo?	1 = zelden of nooit 2 = soms 3 = regelmatig 4 = vaak	999 = Missing value 888 = Foutief antwoord 777 = Niet van toepassing	Ordinaal
11	Dynamiek	In hoeverre lukt het patiënten met schizofrenie om af te stemmen op de ander/anderen in een spel wat betreft dynamiek?	1 = zelden of nooit 2 = soms 3 = regelmatig 4 = vaak	999 = Missing value 888 = Foutief antwoord 777 = Niet van toepassing	Ordinaal
12	Cadens	In hoeverre lukt het patiënten met schizofrenie om af te stemmen op de ander/anderen in een spel wat betreft verandering in de harmonische cadens?	1 = zelden of nooit 2 = soms 3 = regelmatig 4 = vaak	999 = Missing value 888 = Foutief antwoord 777 = Niet van toepassing	Ordinaal
13	Ritme	In hoeverre lukt het patiënten met schizofrenie om af te stemmen op de ander/anderen in een spel wat betreft ritme?	1 = zelden of nooit 2 = soms 3 = regelmatig 4 = vaak	999 = Missing value 888 = Foutief antwoord 777 = Niet van toepassing	Ordinaal
14	Werkvormen	Welke werkvormen hanteert u het meest bij het werken met patiënten met schizofrenie?	1 = Gestructureerde werkvormen 2 = Deels-gestructureerde werkvormen 3 = Vrije improvisatie	999 = Missing value 888 = Foutief antwoord 777 = Niet van toepassing	Nominaal
15	Interventies	Kruis aan wat op u het meest van toepassing is.	1 = Wanneer patiënten met schizofrenie moeite hebben met gezamenlijk spel pleeg ik ritmische interventies 2 = Wanneer patiënten met schizofrenie moeite hebben met gezamenlijk spel pleeg ik geen ritmische interventies 3 = Mijn patiënten hebben geen moeite met gezamenlijk spel	999 = Missing value 888 = Foutief antwoord 777 = Niet van toepassing	Nominaal
16	Ritmes	Ik leer patiënten met schizofrenie ritmes aan.	1 = Ja 2 = Nee	999 = Missing value 888 = Foutief antwoord 777 = Niet van toepassing	Nominaal
17	Hardmeespelen	Ik speel heel hard de maat mee.	1 = Ja 2 = Nee	999 = Missing value 888 = Foutief antwoord 777 = Niet van toepassing	Nominaal
18	Latenzien	Ik laat tijdens het muzikaal spel zien hoe mijn patiënt in de maat kan spelen.	1 = Ja 2 = Nee	999 = Missing value 888 = Foutief antwoord 777 = Niet van toepassing	Nominaal

				toepassing	
19	Aanpassen	Ik pas het tempo van het muzikaal spel aan.	1 = Ja 2 = Nee	999 = Missing value 888 = Foutief antwoord 777 = Niet van toepassing	Nominaal
20	Motief	Ik neem een ritmisch motief van de patiënt zelf, dat vervolgens als basis dient.	1 = Ja 2 = Nee	999 = Missing value 888 = Foutief antwoord 777 = Niet van toepassing	Nominaal
21	Harmonieafstemming	Hoe belangrijk vindt u harmonie in de afstemming?	1 = Zeer onbelangrijk 2 = Onbelangrijk 3 = Neutraal 4 = Belangrijk 5 = Zeer belangrijk	999 = Missing value 888 = Foutief antwoord 777 = Niet van toepassing	Ordinaal
22	Dynamiekafstemming	Hoe belangrijk vindt u dynamiek in de afstemming?	1 = Zeer onbelangrijk 2 = Onbelangrijk 3 = Neutraal 4 = Belangrijk 5 = Zeer belangrijk	999 = Missing value 888 = Foutief antwoord 777 = Niet van toepassing	Ordinaal
23	Timingafstemming	Hoe belangrijk vindt u timing in de afstemming?	1 = Zeer onbelangrijk 2 = Onbelangrijk 3 = Neutraal 4 = Belangrijk 5 = Zeer belangrijk	999 = Missing value 888 = Foutief antwoord 777 = Niet van toepassing	Ordinaal
24	Melodieafstemming	Hoe belangrijk vindt u melodie in de afstemming?	1 = Zeer onbelangrijk 2 = Onbelangrijk 3 = Neutraal 4 = Belangrijk 5 = Zeer belangrijk	999 = Missing value 888 = Foutief antwoord 777 = Niet van toepassing	Ordinaal
25	Klankkleurafstemming	Hoe belangrijk vindt u klankkleur in de afstemming?	1 = Zeer onbelangrijk 2 = Onbelangrijk 3 = Neutraal 4 = Belangrijk 5 = Zeer belangrijk	999 = Missing value 888 = Foutief antwoord 777 = Niet van toepassing	Ordinaal
26	Bewering	Patiënten met schizofrenie hebben waarschijnlijk wel maatgevoel. Het probleem ligt echter in het delen van de puls of beat met de ander.	1 = Zeer eens 2 = Eens 3 = Neutraal 4 = Oneens 5 = Zeer oneens	999 = Missing value 888 = Foutief antwoord 777 = Niet van toepassing	Ordinaal
27	Stelling	Patiënten met schizofrenie hebben moeite met het timen binnen muziek.	1 = Zeer eens 2 = Eens 3 = Neutraal 4 = Oneens 5 = Zeer oneens	999 = Missing value 888 = Foutief antwoord 777 = Niet van toepassing	Ordinaal
28	Contact	Patiënten met schizofrenie hebben moeite met het aangaan van (muzikaal) contact vanwege het thema "afstand en nabijheid".	1 = Ja 2 = Nee	999 = Missing value 888 = Foutief antwoord 777 = Niet van toepassing	Nominaal
29	Vasthoudenaandacht	Patiënten met schizofrenie	1 = Ja	999 = Missing	Nominaal

		hebben moeite met het vasthouden van de aandacht en de concentratie.	2 = Nee	value 888 = Foutief antwoord 777 = Niet van toepassing	
30	Coördinatie	Patiënten met schizofrenie hebben problemen met de coördinatie. Bijvoorbeeld de coördinatie tussen de linker- en de rechterhand.	1 = Ja 2 = Nee	999 = Missing value 888 = Foutief antwoord 777 = Niet van toepassing	Nominaal
31	Informatieverwerking	Patiënten met schizofrenie hebben stoornissen in de informatieverwerking.	1 = Ja 2 = Nee	999 = Missing value 888 = Foutief antwoord 777 = Niet van toepassing	Nominaal
32	Geheugen	Patiënten met schizofrenie hebben problemen met het geheugen.	1 = Ja 2 = Nee	999 = Missing value 888 = Foutief antwoord 777 = Niet van toepassing	Nominaal
33	Gladde oogvolgbewegingen	Patiënten met schizofrenie hebben problemen in de gladde oogvolgbewegingen.	1 = Ja 2 = Nee	999 = Missing value 888 = Foutief antwoord 777 = Niet van toepassing	Nominaal
34	Tijd	Patiënten met schizofrenie hebben moeite met tijd (dagindeling, op tijd komen, tijdsplanning overzien).	1 = Ja 2 = Nee	999 = Missing value 888 = Foutief antwoord 777 = Niet van toepassing	Nominaal

Bijlage 4: Frequentietabellen en staafdiagrammen

1. Hoeveel jaar ervaring heeft u in het werken met patiënten met schizofrenie?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1 jaar of minder	1	4.8	4.8	4.8
	1-5 jaar	2	9.5	9.5	14.3
	6-10 jaar	5	23.8	23.8	38.1
	11-15 jaar	5	23.8	23.8	61.9
	meer dan 15 jaar	8	38.1	38.1	100.0
	Total	21	100.0	100.0	

2. In hoeverre lukt het patiënten met schizofrenie om mee te spelen in de maat van het muzikaal spel?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	soms	4	19.0	20.0	20.0
	regelmatig	10	47.6	50.0	70.0
	vaak	6	28.6	30.0	100.0
	Total	20	95.2	100.0	
Missing	888.00	1	4.8		
Total		21	100.0		

3. In hoeverre lukt het patiënten met schizofrenie om een ritme synchroon te spelen?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	soms	9	42.9	45.0	45.0
	regelmatig	6	28.6	30.0	75.0
	vaak	5	23.8	25.0	100.0
	Total	20	95.2	100.0	
Missing	888.00	1	4.8		
Total		21	100.0		

4. In hoeverre lukt het patiënten met schizofrenie om te variëren in hun muzikaal spel?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	zelden of nooit	3	14.3	15.0	15.0
	soms	10	47.6	50.0	65.0
	regelmatig	4	19.0	20.0	85.0
	vaak	3	14.3	15.0	100.0
	Total	20	95.2	100.0	
Missing	999.00	1	4.8		
Total		21	100.0		

5. In hoeverre lukt het patiënten met schizofrenie om een break op te vullen en daarbij in de maat te blijven?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	zelden of nooit	4	19.0	20.0	20.0
	soms	10	47.6	50.0	70.0
	regelmatig	4	19.0	20.0	90.0
	vaak	2	9.5	10.0	100.0
	Total	20	95.2	100.0	
Missing	777.00	1	4.8		
Total		21	100.0		

6. In hoeverre lukt het patiënten met schizofrenie om het metrum/cadans mee te spelen?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	zelden of nooit	1	4.8	5.0	5.0
	soms	6	28.6	30.0	35.0
	regelmatig	9	42.9	45.0	80.0
	vaak	4	19.0	20.0	100.0
	Total	20	95.2	100.0	
Missing	888.00	1	4.8		
Total		21	100.0		

7. In hoeverre lukt het patiënten met schizofrenie om gedurende het hele muzikaal spel mee te spelen en niet voortijdig het spel af te breken of te onderbreken?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	zelden of nooit	1	4.8	5.0	5.0
	soms	8	38.1	40.0	45.0
	regelmatig	7	33.3	35.0	80.0
	vaak	4	19.0	20.0	100.0
	Total	20	95.2	100.0	
Missing	888.00	1	4.8		
Total		21	100.0		

8. In hoeverre lukt het patiënten met schizofrenie om tegelijk met anderen te beginnen en te stoppen?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	soms	10	47.6	50.0	50.0
	regelmatig	7	33.3	35.0	85.0
	vaak	3	14.3	15.0	100.0
	Total	20	95.2	100.0	
Missing	888.00	1	4.8		
Total		21	100.0		

9. In hoeverre lukt het patiënten met schizofrenie om een actieve rust te spelen?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	zelden of nooit	3	14.3	15.8	15.8
	soms	10	47.6	52.6	68.4
	regelmatig	2	9.5	10.5	78.9
	vaak	4	19.0	21.1	100.0
	Total	19	90.5	100.0	
Missing	777.00	1	4.8		
	888.00	1	4.8		
	Total	2	9.5		
Total		21	100.0		

**10. In hoeverre lukt het patiënten met schizofrenie om af te stemmen op de
ander/anderen in een spel wat betreft tempo?**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	zelden of nooit	3	14.3	15.8	15.8
	soms	3	14.3	15.8	31.6
	regelmatig	10	47.6	52.6	84.2
	vaak	3	14.3	15.8	100.0
	Total	19	90.5	100.0	
Missing	888.00	1	4.8		
	999.00	1	4.8		
	Total	2	9.5		
Total		21	100.0		

**11. In hoeverre lukt het patiënten met schizofrenie om af te stemmen op de
ander/anderen in een spel wat betreft dynamiek?**

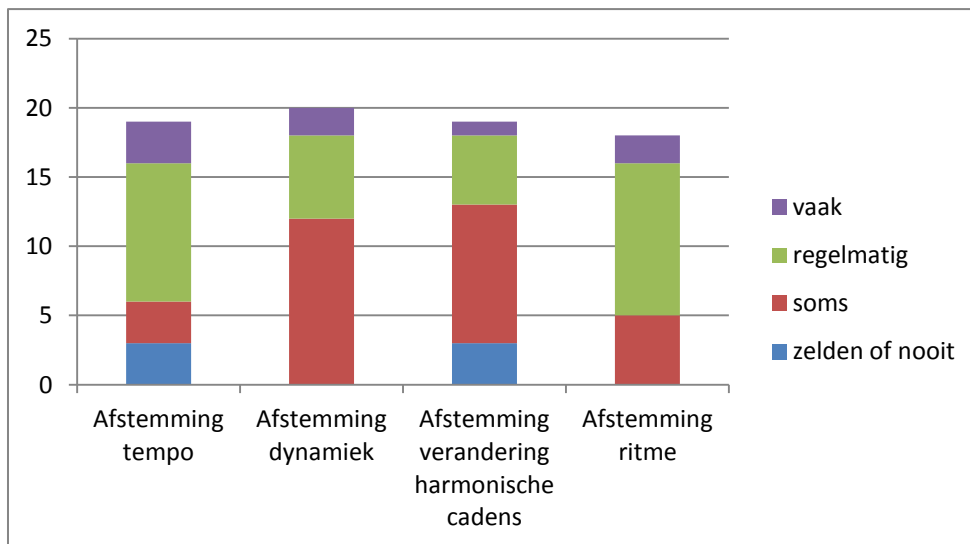
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	soms	12	57.1	60.0	60.0
	regelmatig	6	28.6	30.0	90.0
	vaak	2	9.5	10.0	100.0
	Total	20	95.2	100.0	
Missing	999.00	1	4.8		
Total		21	100.0		

**12. In hoeverre lukt het patiënten met schizofrenie om af te stemmen op de
ander/anderen in een spel wat betreft verandering in de harmonische cadens?**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	zelden of nooit	3	14.3	15.8	15.8
	soms	10	47.6	52.6	68.4
	regelmatig	5	23.8	26.3	94.7
	vaak	1	4.8	5.3	100.0
	Total	19	90.5	100.0	
Missing	777.00	1	4.8		
	999.00	1	4.8		
	Total	2	9.5		
Total		21	100.0		

13. In hoeverre lukt het patiënten met schizofrenie om af te stemmen op de ander/anderen in een spel wat betreft ritme?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	soms	5	23.8	27.8	27.8
	regelmatig	11	52.4	61.1	88.9
	vaak	2	9.5	11.1	100.0
	Total	18	85.7	100.0	
Missing	888.00	1	4.8		
	999.00	2	9.5		
	Total	3	14.3		
Total		21	100.0		



Staafdiagram 1 In hoeverre lukt het patiënten met schizofrenie om af te stemmen op de ander/anderen in een spel wat betreft tempo, dynamiek, verandering in de harmonische cadens en ritme?

14. Welke werkvormen hanteert u het meest bij het werken met patiënten met schizofrenie?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Gestructureerde werkvormen	6	28.6	37.5	37.5
	Deelsgestructureerde werkvormen	10	47.6	62.5	100.0
	Total	16	76.2	100.0	
Missing	888.00	5	23.8		
	Total	21	100.0		

15. Kruis aan wat op u het meest van toepassing is.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Wanneer patiënten met schizofrenie moeite hebben met gezamenlijk spel pleeg ik ritmische interventies.	17	81.0	94.4	94.4
	Wanneer patiënten met schizofrenie moeite hebben met gezamenlijkspel pleeg ik geen ritmische interventies.	1	4.8	5.6	100.0
	Total	18	85.7	100.0	
Missing	888.00	3	14.3		
Total		21	100.0		

16. Ik leer patiënten met schizofrenie ritmes aan.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ja	11	52.4	52.4	52.4
	Nee	10	47.6	47.6	100.0
	Total	21	100.0	100.0	

17. Ik speel heel hard de maat mee.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ja	8	38.1	38.1	38.1
	Nee	13	61.9	61.9	100.0
	Total	21	100.0	100.0	

18. Ik laat tijdens het muzikaal spel zien hoe mijn patiënt in de maat kan spelen.

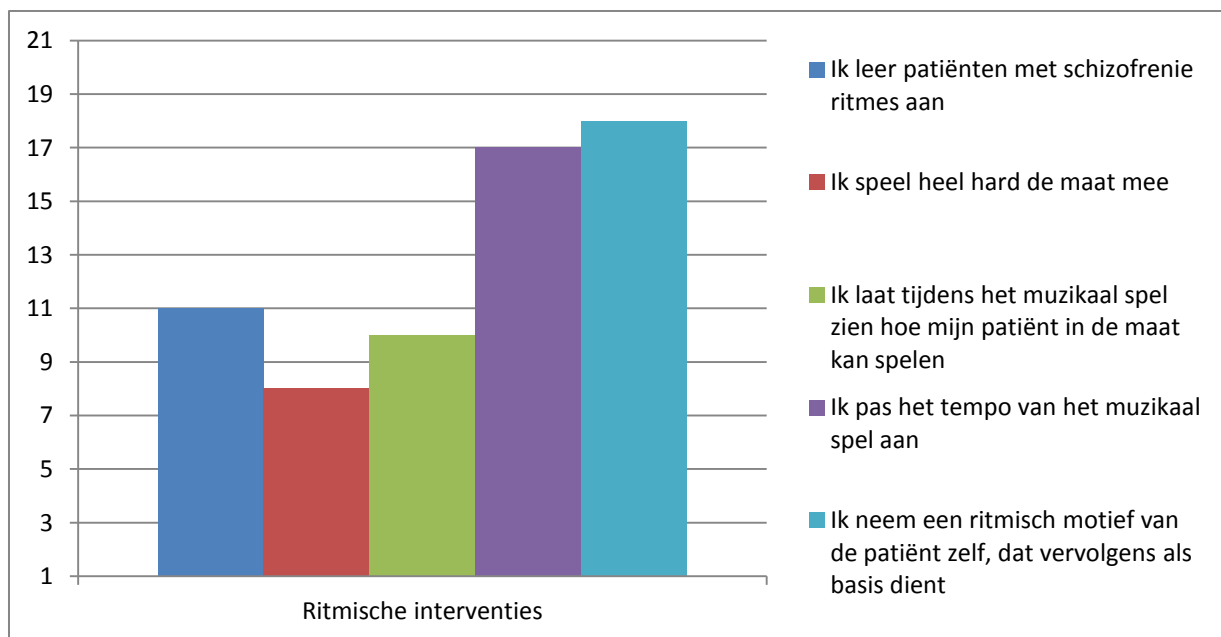
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ja	10	47.6	47.6	47.6
	Nee	11	52.4	52.4	100.0
	Total	21	100.0	100.0	

19. Ik pas het tempo van het muzikaal spel aan.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ja	17	81.0	81.0	81.0
	Nee	4	19.0	19.0	100.0
	Total	21	100.0	100.0	

20. Ik neem een ritmisch motief van de patiënt zelf, dat vervolgens als basis dient.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ja	18	85.7	85.7	85.7
	Nee	3	14.3	14.3	100.0
	Total	21	100.0	100.0	



Staafdiagram 2 Welke ritmische interventies zetten de muziektherapeuten in?

21. Hoe belangrijk vindt u harmonie in de afstemming?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	zeer onbelangrijk	3	14.3	15.0	15.0
	onbelangrijk	1	4.8	5.0	20.0
	neutraal	5	23.8	25.0	45.0
	belangrijk	8	38.1	40.0	85.0
	zeer belangrijk	3	14.3	15.0	100.0
	Total	20	95.2	100.0	
Missing	888.00	1	4.8		
Total		21	100.0		

22. Hoe belangrijk vindt u dynamiek in de afstemming?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	onbelangrijk	1	4.8	5.0	5.0
	neutraal	6	28.6	30.0	35.0
	belangrijk	11	52.4	55.0	90.0
	zeer belangrijk	2	9.5	10.0	100.0
	Total	20	95.2	100.0	
Missing	888.00	1	4.8		
Total		21	100.0		

23. Hoe belangrijk vindt u timing in de afstemming?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	neutraal	2	9.5	10.0	10.0
	belangrijk	12	57.1	60.0	70.0
	zeer belangrijk	6	28.6	30.0	100.0
	Total	20	95.2	100.0	
Missing	888.00	1	4.8		
Total		21	100.0		

24. Hoe belangrijk vindt u melodie in de afstemming?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	onbelangrijk	3	14.3	15.8	15.8
	neutraal	10	47.6	52.6	68.4
	belangrijk	4	19.0	21.1	89.5
	zeer belangrijk	2	9.5	10.5	100.0
	Total	19	90.5	100.0	
Missing	888.00	2	9.5		
Total		21	100.0		

25. Hoe belangrijk vindt u klankkleur in de afstemming?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	onbelangrijk	6	28.6	31.6	31.6
	neutraal	8	38.1	42.1	73.7
	belangrijk	5	23.8	26.3	100.0
	Total	19	90.5	100.0	
Missing	888.00	2	9.5		
Total		21	100.0		

26. Patiënten met schizofrenie hebben waarschijnlijk wel maatgevoel. Het probleem ligt echter in het delen van de puls of beat met de ander.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	zeer eens	2	9.5	10.0	10.0
	eens	10	47.6	50.0	60.0
	neutraal	3	14.3	15.0	75.0
	oneens	5	23.8	25.0	100.0
	Total	20	95.2	100.0	
Missing	999.00	1	4.8		
Total		21	100.0		

27. Patiënten met schizofrenie hebben moeite met het timen binnen muziek.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	zeer eens	2	9.5	10.0	10.0
	eens	11	52.4	55.0	65.0
	neutraal	5	23.8	25.0	90.0
	oneens	2	9.5	10.0	100.0
	Total	20	95.2	100.0	
Missing	999.00	1	4.8		
Total		21	100.0		

28. Patiënten met schizofrenie hebben moeite met het aangaan van (muzikaal) contact vanwege het thema "afstand en nabijheid".

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ja	5	23.8	27.8	27.8
	Nee	13	61.9	72.2	100.0
	Total	18	85.7	100.0	
Missing	999.00	1	4.8		
	System	2	9.5		
	Total	3	14.3		
Total		21	100.0		

29. Patiënten met schizofrenie hebben moeite met het vasthouden van de aandacht en de concentratie.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ja	15	71.4	83.3	83.3
	Nee	3	14.3	16.7	100.0
	Total	18	85.7	100.0	
Missing	999.00	1	4.8		
	System	2	9.5		
	Total	3	14.3		
Total		21	100.0		

30. Patiënten met schizofrenie hebben problemen met de coördinatie.

Bijvoorbeeld de coördinatie tussen de linker- en de rechterhand.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ja	10	47.6	55.6	55.6
	Nee	8	38.1	44.4	100.0
	Total	18	85.7	100.0	
Missing	999.00	1	4.8		
	System	2	9.5		
	Total	3	14.3		
Total		21	100.0		

**31. Patiënten met schizofrenie hebben stoornissen in de
informatieverwerking.**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ja	13	61.9	72.2	72.2
	Nee	5	23.8	27.8	100.0
	Total	18	85.7	100.0	
Missing	999.00	1	4.8		
	System	2	9.5		
	Total	3	14.3		
Total		21	100.0		

32. Patiënten met schizofrenie hebben problemen met het geheugen.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ja	4	19.0	22.2	22.2
	Nee	14	66.7	77.8	100.0
	Total	18	85.7	100.0	
Missing	999.00	1	4.8		
	System	2	9.5		
	Total	3	14.3		
Total		21	100.0		

**33. Patiënten met schizofrenie hebben problemen in de gladde
oogvolgbewegingen.**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Nee	18	85.7	100.0	100.0
Missing	999.00	1	4.8		
	System	2	9.5		
	Total	3	14.3		
Total		21	100.0		

**34. Patiënten met schizofrenie hebben moeite met tijd (dagindeling, op tijd
komen, tijdsplanning overzien).**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ja	7	33.3	38.9	38.9
	Nee	11	52.4	61.1	100.0
	Total	18	85.7	100.0	
Missing	999.00	1	4.8		
	System	2	9.5		
	Total	3	14.3		
Total		21	100.0		