

‘Zal ik even beter worden voor je?’

Een kwalitatieve casestudy over het opnemen van eigen verantwoordelijkheid voor de behandeling door de cliënt met een psychiatrische diagnose



Elise Jonckheere
Studentnummer 0623342
Creatieve therapie: muziek

Hogeschool Zuyd
Faculteit Gezondheid en Zorg
Heerlen

3 juni 2010
Begeleiding: Dhr. Harry van den Born

Inhoud

Inhoud	2-3
Voorwoord	4
Inleiding	5
 Hoofdstuk 1: Probleemstelling	
1.1 Probleemstelling	6-7
1.2 Vraagstelling	7
1.3 Doelstelling	7
1.4 Relevantie	7-8
 Hoofdstuk 2: Onderzoeksopzet	
2.1 Onderzoekstype	9
2.2 Onderzoeksmethode	9-10
2.3 Dataverzameling	10-11
2.4 Kwaliteitscriteria	11-12
2.5 Data-analyse	12-13
 Hoofdstuk 3: casus Greet (borderline persoonlijkheidsstoornis)	
3.1 Historiek van de casus	14
3.2 Diagnose a.d.h.v. DSM-IV	14-15
3.3 Persoonlijkheidsstoornissen: borderline persoonlijkheidsstoornis	15-16
3.4 Mediumgedrag	16-17
3.5 Therapieverloop	18-19
3.6 Werkwijze	19
 Hoofdstuk 4: eigen verantwoordelijkheid opnemen in de muziektherapeutische behandeling	
4.1 Creatieve therapie	20
4.1.1 Muziektherapie	20
4.1.2 Indicatiestelling muziektherapie voor de casus	20-21
4.2 Methodische invalshoeken: muziek	
4.2.1 Vitality affects: Stern	21-22
4.2.2 Muzikale componenten: Hegi	22-23
4.3 Methodische invalshoeken: eigen verantwoordelijkheid opnemen	
4.3.1 Visie op de psychiatrische behandeling vanaf eind 19 ^{de} eeuw	23-24
4.3.2 Twee soorten professionalisering	24-25
 Hoofdstuk 5: Resultaten	
5.1 Kerncategorieën	26
5.2 Resultaten van de interviews	
5.2.1 Ritme	27
5.2.2 Vorm	27-28
5.2.3 Dynamiek	28
5.2.4 Therapeutische relatie	28-29
5.2.5 Eigen verantwoordelijkheid opnemen	29-30
5.2.6 Andere	30
5.3 Resultaten uit het muziektherapeutische proces met Greet	
5.3.1 Muzikale parameters	31-32
5.3.2 Therapeutische attitude – relatie	32-33
5.3.3 Therapeutische interventies	33

Hoofdstuk 6: Discussie	
6.1 Beantwoorden van de vraagstelling	34
6.2 Beschrijving van de resultaten: op vooropgestelde manier behaald?	34
6.3 Tekorten en sterkten van het onderzoek	35
6.4 Verklaring en interpretatie van de resultaten	
6.4.1 Resultaten op muzikaal vlak	35-38
6.4.2 Muzikale interventies: resultaten	38-39
6.4.3 Niet-muzikale interventies	39-40
6.5 Uitwerking van het nieuwe werkmodel	40-46
6.6 Vergelijking oude – nieuwe werkmodel	47-48
6.7 Aanbevelingen voor vervolgonderzoek	48-49
6.8 Samenvatting	49
Literatuuropgave	50-51
Bijlages	52
Bijlage 1 Topiclijst	53
Bijlage 2 Borderline persoonlijkheidsstoornis	54-55
Bijlage 3 Geschiedenis van de psychiatrie	56-57
Bijlage 4 interview muziektherapeut 1 (Teun)	58-62
Bijlage 5 interview muziektherapeut 2 (Erin)	63-66
Bijlage 6 interview muziektherapeut 3 (Nele)	67-70
Bijlage 7 interview cliënt (Greet)	71-75

Voorwoord

Dit onderzoek gaat over het opnemen van verantwoordelijkheid voor de eigen (muziektherapeutische) behandeling en het erkennen van gedeeld probleem-eigenaarschap, bij mensen met een psychiatrische problematiek.

Welke mogelijkheden muziektherapie biedt bij het bereiken van dit doel, probeer ik aan de hand van de casus van Greet uit te zoeken en vervolgens uit te werken. Greet is een cliënt met wie ik vorig jaar heb samengewerkt, zij is een volwassen vrouw met een borderline persoonlijkheidsstoornis. Hierbij is het belangrijk om te vermelden dat de naam van de cliënt om privacyredenen werd veranderd.

Tijdens het derde jaar van de studie creatieve therapie (muziek) heb ik stage gelopen in een setting voor cliënten met een psychiatrische stoornis: de KIB (Kliniek Intensieve Behandeling), onderdeel van de GGZ in Eindhoven.

Daar heb ik ervaren dat veel cliënten, maar bij uitstek cliënten met een persoonlijkheidsstoornis, de neiging hadden / hebben om veel verantwoordelijkheden af te schuiven op de therapeut en om zichzelf te distantiëren van hun eigen probleem.

Dit fenomeen heb ik uitgewerkt in deze scriptie. Dat heb ik gedaan in de vorm van een casestudy van Greet. Ik heb alle verzamelde informatie over de casus opnieuw bekeken en geanalyseerd door technieken van de grounded theory toe te passen. Tijdens het analyseproces heb ik naast de persoonlijke documentatie van de casus, ook gebruikt gemaakt van literatuur en van interviews met professionals. Ook de cliënt zelf, Greet, heb ik kunnen interviewen.

Ik heb de informatie gecodeerd en met elkaar in verband gebracht. Met de uitkomsten daarvan ben ik vervolgens opnieuw op zoek gegaan naar literatuur en aanvullende informatie, of heb ik deze teruggekoppeld aan de casus.

Ik ben tot de conclusie gekomen dat muziektherapie zeker invloed kan hebben op het proces van meer verantwoordelijkheid opnemen door de cliënt voor zijn behandeling, zowel door het inzetten van de muziek en muzikale interventies, als door de therapeutische relatie die kan ontstaan bij muziektherapie.

Deze scriptie zou niet tot stand gekomen zijn zonder de hulp en ondersteuning van een aantal mensen. In eerste instantie wil ik Greet bedanken. Greet is 'mijn casus', wij hebben vorig jaar (tijdens mijn stage) een muziektherapeutisch proces doorlopen. Greet heeft toen ook haar toestemming aan mij gegeven om de rapportages, de sessies en de beschrijving van het proces te gebruiken voor mijn stageopdracht en voor dit afstudeerproject. Bedankt, Greet, voor de samenwerking, ik wens je verder van harte het allerbeste toe!

Hartelijk bedankt ook aan...

- Teun, mijn stagebegeleider, met wie ik uren, dagen,... meningen en visies heb uitgewisseld op stage, en van wie ik ongelooflijk veel geleerd heb. Maar ook hartelijk bedankt aan Susanne, Amber en May, die me met veel plezier en enthousiasme hielpen begeleiden doorheen de stage.
- Harry, voor de interessante begeleidingsmomenten, voor het geduld, voor het begrip wat betreft mijn verre reisafstand, voor de alerte opmerkingen, voor de fijne interventies, voor het bewaken van de rode draad doorheen deze scriptie.
- Mirjam, voor de momenten van frustratie waarbij ik kon stoom afdalen, voor de hilarische pauzes onder het werken, voor de alles relativiserende humor,...
- Erin, Nele, Teun en Greet, voor de interviews die ik mocht afnemen. Bedankt voor het enthousiast delen van de visies en de meningen!
- Mijn ouders, die het mogelijk maakten dat ik deze opleiding in Nederland kon volgen. Bedankt voor de financiële, maar vooral de emotionele steun en het begrip doorheen mijn studie en mijn stage!

Bedankt aan iedereen die op om het even welke manier bijgedragen heeft aan dit afstudeerproject!

Ik wens de lezer veel plezier met de kennismaking van Greet en met mijn zoektocht naar manieren om haar meer verantwoordelijk te laten opnemen voor haar eigen behandeling en haar eigen handelen.

Elise Jonckheere, 3 juni 2010

Inleiding

Deze scriptie werd geschreven in het kader van het afstuderen binnen de studie creatieve therapie (muziek) aan Hogeschool Zuyd in Heerlen.

In het eerste hoofdstuk wordt de probleemstelling geschetst en komen vraagstelling, doelstelling en relevantie van het onderzoek aan bod.

Daarna, in hoofdstuk 2, wordt de opzet van het onderzoek uit de doeken gedaan. Zowel onderzoekstype als –methode en alle informatie over dataverzameling en –analyse worden beschreven.

Het derde hoofdstuk laat u kennismaken met Greet, de persoon van mijn casus. Voor de duidelijkheid en de leesbaarheid achtte ik het belangrijk dat de casus een eigen hoofdstuk kreeg en niet alleen maar meegenomen werd in de probleemstelling. Ik vind het belangrijk dat u als lezer een helder beeld krijgt over Greet. Naast haar historiek, komt ook de diagnose, het mediumgedrag en het therapieverloop van Greet aan bod.

In het daarop volgende vierde hoofdstuk wordt het opnemen van eigen verantwoordelijkheid in de muziektherapeutische behandeling in de kijker gezet. Behalve de beknopte uitleg over muziektherapie in het algemeen, wordt de link gelegd tussen muziektherapie en het opnemen van eigen verantwoordelijkheid in de behandeling.

Het vijfde hoofdstuk geeft de resultaten van het onderzoek weer. Dit betreft niet alleen de resultaten van de interviews, maar tevens de resultaten van het casusonderzoek van Greet. Hier wordt zowel aandacht gegeven aan de resultaten op muzikaal vlak, als aan de resultaten op het gebied van de therapeutische relatie en andere verwante thema's.

Hoofdstuk 6 is de discussie en vormt het kernpunt van deze scriptie. Naast het beantwoorden van de vraagstelling en het beschrijven van de resultaten, benoem ik in dit hoofdstuk de tekorten en de sterkten van het onderzoek. Bovendien worden de resultaten verklaard en geïnterpreteerd op verschillende vlakken.

Er wordt een nieuw werkmodel ontwikkeld en beschreven, waarna een vergelijking met het oude werkmodel wordt gegeven. Na de aanbevelingen voor eventueel vervolgonderzoek, volgt nog een beknopte samenvatting.

Ten slotte worden er enkele bijlagen toegevoegd. Het is aan te raden deze te lezen als er in de tekst naar verwezen wordt.

Hoofdstuk 1 **Probleemstelling**

1.1 Probleemstelling

Gedurende mijn stage bij de KIB (Kliniek Intensieve Behandeling, GGzE) in Eindhoven, heb ik uitsluitend met volwassenen met een psychiatrische stoornis gewerkt. De stoornissen waren zeer uiteenlopend: van depressie tot bipolaire stoornis, van schizofrenie tot borderline.

Wat de KIB tot een buitenbeentje maakt, is dat alle cliënten één overkoepelend probleem (moeten) hebben alvorens ze kunnen opgenomen worden, namelijk: de behandelrelatie tussen de cliënt en de hulpverleners in de geestelijke gezondheidszorg is ernstig verstoord, er is sprake van ontwrichting (Vanmontfoort, 2007).

Op mijn stageplaats wordt bij de behandeling en de bejegening van cliënten weinig uitgegaan van de psychiatrische diagnose van de cliënten. Integendeel, men is op de KIB van mening dat de cliënt in hoofdzaak de probleemeigenaar is en dat hij ook zelf de verantwoordelijkheid draagt voor wat hij doet. Dat impliceert dan weer dat hij voor een groot deel ook de verantwoordelijkheid opneemt voor zijn eigen behandeling, uitgaand van de mogelijkheden en de kracht die hij wél heeft. De psychiatrische diagnose mag dan wel een richtlijn geven voor het misschien te verwachten probleemgedrag, maar het wordt zelden als 'excuus' bekeken of gehanteerd. 'Eigen verantwoordelijkheid' is heilig op de KIB.

De psychiater Dalrymple (2001) zegt hierover het volgende: 'Veel van de cliënten in de GGZ, krijgen een gebrek aan eigen verantwoordelijkheid aangepraat. De hulpverlener legitimeert als het ware het beeld van de cliënt als passief en weerloos slachtoffer van zijn ziekte. Vervolgens stellen de cliënten de hulpverleners verantwoordelijk voor het gebrek aan de oplossingen voor hun ellende. Zijzelf zijn immers machteloos, hun ziekte overkomt hen.'

Verder heeft Dalrymple vooral een probleem met de overtuiging dat als iemand de onbewuste motieven voor zijn daden niet kent of begrijpt, hij voor het gedrag dat er uit volgt, niet echt verantwoordelijk kan zijn. Ik ging daar (eerst maar eens onbewust) in mee tijdens mijn werk in de muziektherapie, doordat deze werkwijze op de KIB zo 'gewoon' was. Hoe verder ik vorderde in mijn stage, hoe meer ik hierover ging nadenken en praten met collega's. Ik werd mij vooral ook meer en meer bewust van mijn eigen gedrag in de muziektherapie, zowel van mijn therapeutische attitude als van het inzetten van mijn medium muziek en de parameters en elementen ervan. Hier ging ik vervolgens, samen met de cliënt, mee spelen, mee experimenteren. Ik kwam tot verbazende resultaten.

Met een bepaalde cliënt, Greet, een vrouw met een borderline persoonlijkheidsstoornis, heb ik een aantal maanden gewerkt. Wij hebben samen veel verschillende werkvormen gedaan, en daarbij vaak met muzikale parameters gespeeld.

Aan het begin van de therapie gaf Greet aan dat ze altijd al aangetrokken was geweest door het drumstel, maar dat ze er wellicht nooit zou durven/kunnen op spelen. Ik zei haar dat ik niet voor haar kon en zou beslissen of ze er ooit op zou spelen of niet. De muziektherapeutische behandeling waarvoor zij zelf de verantwoordelijkheid zou opnemen, en waarvoor ze haar eigen kracht zou moeten opzoeken, aanspreken en gebruiken, was begonnen...

Er volgden sessies waarbij ik Greet zag zoeken, proberen, vallen en opstaan. Ook voor mijzelf was dat het geval. Werkvormen werden bedacht en uitgevoerd, werkvormen werden aangepast, werkvormen hadden weinig resultaat en werkvormen hadden een verbazend resultaat. Tijdens deze sessies had ik (na verloop van enige tijd) niet méér verantwoordelijkheid dan Greet had: we zochten vaak samen naar wat zou kunnen werken, er was allerminst sprake van eenrichtingsverkeer. De muziek sprak vaak voor ons; we hebben lang niet altijd nabesproken.

Op zekere dag zei Greet opeens: 'Of zou ik eens het drumstel proberen...?', waarop ik die verantwoordelijkheid aan Greet teruggaf. Met als gevolg dat we 10 minuten later een samenspel hadden tussen drumstel (Greet) en piano (Elise). Het voelde voor ons beiden als een 'overwinning' dat we hier waren gekomen. Na deze laatste sessie bespraken we het hele proces in het werken met muziektherapie en toen kwam al deels aan het licht welke de kernmomenten geweest waren in de behandeling: deze richtten zich vooral op de therapeutische relatie en ook enkele opvallende elementen van muziek kwamen uit de verf: dat waren vooral vorm, ritme en dynamiek.

Greet gaf aan dat ze het soms lastig had gevonden dat ze merkbaar verantwoordelijkheden kreeg, maar zei dat dit er bij haar voor zorgde dat ze die ook zoveel mogelijk probeerde op te nemen. Ze moest aan de slag met haar eigen mogelijkheden, en hoewel dat soms confronterend was, putte ze er vaak nog meer kracht uit door de succeservaringen die ze opdeed.

Toen ik mij ging informeren over dit onderwerp, bleek het een 'hot item' te zijn binnen de geestelijke gezondheidszorg: het tekort aan probleemeigenaren zorgt voor chaos, ontevredenheid en gebrek aan verantwoordelijkheid door alle partijen. Hutschemaekers, Tiemens en Smit (2006, p. 43) stellen het als volgt: 'De oplossing kan onmogelijk alleen van de professional komen. Ook de cliënten zullen er een belangrijke bijdrage aan moeten leveren. Zonder te ontkennen dat psychische problemen hen overkomen en dat ze er in belangrijke mate machteloos tegenover staan, moeten ze toch de macht naar zich toe trekken en zich verantwoordelijk maken voor de wijze waarop zij met deze problemen omgaan.'

Ik ga voor mijn onderzoek in op één bepaalde casus, maar kan hier zelf duidelijk linken leggen naar het werken met andere cliënten van mijn stage en van mijn huidige werksituatie. Ik heb dit fenomeen nader uitgezocht en proberen te verklaren, door middel van interviews (met muziektherapeuten en de cliënt), door casusanalyse, en ondersteund door literatuurstudie.

Op die manier was het mijn doel om tot een verbeterd werkmodel komen met een beter onderbouwd inzicht op de mogelijkheden bij muziektherapie en de muzikale parameters, om zo tot het resultaat te komen dat de cliënt zelf meer verantwoordelijkheid opneemt bij zijn muziektherapeutische behandeling.

1.2 Vraagstelling

Hoofdvraag

'Welke elementen van muziektherapie kunnen ertoe bijdragen dat de cliënt met een psychiatrische diagnose (DSM-IV) zelf meer verantwoordelijkheid kan opnemen voor zijn eigen behandeling?'

Subvragen

- Welke ontwikkelingen of theorieën in de geestelijke gezondheidszorg liggen hieraan ten grondslag?
- Wat wordt verstaan onder 'verantwoordelijkheid voor eigen behandeling' in muziektherapie?
- Welke uitwerkingen kunnen muzikale parameters hebben bij het werken met dit thema?
- Welke rol speelt de therapeutische relatie hierbij?

1.3 Doelstelling

Na afsluiting van dit onderzoek heb ik een bijdrage geleverd tot het ontwikkelen van een best practice muziektherapie met betrekking tot het opnemen van de eigen verantwoordelijkheid voor de behandeling van een cliënt met een psychiatrische diagnose.

Best practice wordt opgebouwd aan de hand van kennis van professionals, experts en literatuuronderzoek, en kan op die manier bijdragen aan de eis om de werking van muziektherapie inzichtelijk te maken en de effectiviteit ervan te bewijzen (Smeijsters, 2008).

Ik kan na dit onderzoek mijn eigen 'oude' werkmodel aanpassen of aanvullen. Wanneer ik in de toekomst ga werken met cliënten met een psychiatrische diagnose, kan ik een behandeling aanbieden waarvan de effectiviteit bewezen is en die aansluit bij recente ontwikkelingen in de geestelijke gezondheidszorg. Zo kan ik als muziektherapeut mijn cliënten zo effectief mogelijk helpen.

1.4 Relevantie

De inhoud van mijn onderzoek en de ideeën die eraan ten grondslag liggen, spelen in op de recente ontwikkelingen in de algemene geestelijke gezondheidszorg.

Hutschemaekers, Tiemens en Smit (2006, p. 10) zeggen hierover het volgende: 'In haar advies "Zorg van Velen" betoogt de Commissie dat integratie tussen GGZ-instellingen andere hulpverleners op afstand

heeft gezet. In steeds mindere mate achten deze hulpverleners zich verantwoordelijk voor geestelijke gezondheidszorg. Steeds meer burgers worden ongewild van de geïntegreerde GGZ afhankelijk. Dit leidt tot de paradoxale conclusie dat met het realiseren van de dromen over integratie van GGZ uit de jaren '90, de integratie van de cliënt in de samenleving is afgenomen. (...) Door het bestaande aanbod aan geestelijke gezondheidszorg te verbeteren en professionals verder te scholen, zullen de problemen niet kleiner worden. Deze paradoxale situatie, zo luidt onze stelling, wordt veroorzaakt door de ongewenste negatieve bijwerkingen van deze maatregelen. We zullen beargumenteren dat de insteek die leidt tot nog meer geïntegreerde zorg, professionals en cliënten in toenemende mate passief en afwachtend maakt. Tegelijkertijd plaatst deze benadering hulpverleners en mantelzorgers buiten de instellingen op nog grotere afstand tot de zorg voor mensen met een psychische stoornis. Niemand is meer probleemeigenaar. Deze maatregelen werken als 'duivelse spiralen': kwaliteitsmaatregelen leiden tot afnemend probleemeigenaarschap, dat leidt tot onheldere en chaotische situaties, dat leidt weer tot nog meer kwaliteitsinstrumenten, programma's en richtlijnen, waardoor de afwachtende en passieve houding verder versterkt wordt.'

In de vorm van concrete muziektherapeutische behandeling en de eigenschappen van muziek is hier echter zeer weinig over geschreven.

Toch bieden Stern (1985) en Hegi (1986) met hun theorieën over respectievelijk de vitality affects en de muzikale componenten, een basis van waaruit ik eigenschappen van het medium verder kan onderzoeken in relatie tot de eigen verantwoordelijkheid van de cliënt. Smeijsters (2005, p. 113) schrijft bijvoorbeeld over de vitality affects: 'De expressie en vormgeving in het medium, in mediumproces en in medium producten, zijn de weerspiegeling en weerklank van deze vitality affects. Behandelen in het medium betekent behandelen van de vitality affects van de cliënt. Veranderingen in het medium impliceren veranderingen in de vitality affects en daardoor veranderingen van denken, voelen en handelen.'

Ik hoop dat mijn onderzoek relevant kan zijn op de volgende gebieden:

- Voor mezelf: voor het ontwikkelen en verbeteren van mijn eigen werkmodel, dat gericht is op meer verantwoordelijkheid geven aan de cliënt voor zijn behandeling d.m.v. muziektherapie en door het gebruik van muzikale parameters en de gepaste therapeutische attitude. Ik hoop na mijn onderzoek mijn eigen therapeutische attitude en het medium muziek op een zo effectief en passend mogelijke manier te kunnen inzetten om tot dit doel te komen.

- Voor muziektherapeuten / hulpverleners: Daar mijn onderzoek aansluit bij recente ontwikkelingen in het werkveld van de psychiatrie, kan het voor muziektherapeuten in dit werkveld een nuttig onderzoek zijn. Het kan een ander licht werpen op reeds bestaande visies of een aanvulling bieden. Niet alleen voor ervaren therapeuten, maar ook voor mensen zoals mezelf, die pas het werkveld ingaan, kan deze scriptie misschien een hulp zijn, of een suggestie om straks met een bredere kijk of een andere insteek aan het werken in de praktijk te beginnen.

- Voor de cliënt: ik vind het een recht van de cliënt met een psychiatrische diagnose, om in eerste instantie mens met mogelijkheden te zijn, en in tweede instantie een diagnose te hebben gekregen. Dat impliceert dat de cliënt bijgevolg ook zijn verantwoordelijkheden krijgt en instaat voor eigen handelen. Meer dan eens hoorde ik de grote verbazing van cliënten, die niet tot 'stoornis' werden gereduceerd, maar als mens werden behandeld, met eigen mogelijkheden en vooral met eigen verantwoordelijkheid voor zijn daden. De relatie tussen hulpverlener (muziektherapeut in dit geval) en cliënt is uiteraard een wisselwerking. De werk- en grondhouding van de muziektherapeut, staat onlosmakelijk verbonden met hoe dit aankomt bij de cliënt en hoe die erop zal reageren. Dit heeft ook resultaten voor de effecten van de therapie.

Hoofdstuk 2 **Onderzoeksopzet**

2.1 Onderzoekstype

Het onderzoekstype dat ik uitgevoerd heb, is *verklarend*.

Het uitgangspunt voor dit onderzoek is een casus vanuit mijn stage, gericht op de ervaringen die ik met een cliënt heb opgedaan, in het zoeken naar mogelijkheden om meer eigen verantwoordelijkheid te geven aan de cliënt, binnen de muziektherapeutische behandeling, en door het gebruik van muzikale parameters.

In mijn onderzoek ben ik op zoek gegaan naar een verklaring voor de opgedane ondervindingen. Ik was namelijk benieuwd of deze zouden overeenkomen met ervaringen van anderen, of de gelezen literatuur mijn bevindingen zou ondersteunen en of er in de praktijk van de muziektherapie al soortgelijke ervaringen opgedaan werden.

Ik ben op zoek gegaan naar verbanden, samenhang en relaties, om zo de ervaringen die ik had opgedaan, te verklaren. Hiervoor was het uiteraard noodzakelijk dat ik die ervaringen eerst zou beschrijven, want zoals Boeije formuleert, kan men beschrijven zonder te verklaren, maar niet verklaren zonder te beschrijven (Boeije 2008, p. 34). Om mijn eigen ervaringen te verklaren, heb ik de zaken vanuit verschillende invalshoeken bekeken en daarbij heb ik gebruik gemaakt van verschillende dataverzamelingstechnieken, zoals onderstaand bij paragraaf 2.3 beschreven wordt.

2.2 Onderzoeksmethode

Mijn onderzoek is *kwalitatief* van aard. 'In kwalitatief onderzoek is het erom te doen verschijnselen te beschrijven en te interpreteren vanuit de betekenis die de mensen (muziektherapeuten) zelf aan de verschijnselen geven' (Boeije, 2006, p. 26).

'In kwalitatief onderzoek probeert de onderzoeker de afstand tussen zichzelf en de onderzochte werkelijkheid zo klein mogelijk te maken door zoveel mogelijk deel uit te maken van de onderzochte situatie (dus vanuit insiderperspectief). Het vooraf via literatuurstudie verzamelen van kennis over de te onderzoeken situatie is niet het startpunt. Het vooraf al te veel weten over de te onderzoeken situatie kan leiden tot een vorm van sturen en dat doorkruist de geleefde ervaring' (Mighelbrinck, 2007).

Ik ben vorig jaar aan mijn stage begonnen zonder over dit thema eerst gericht literatuuronderzoek te doen, en heb op dat moment dus vanuit insiderperspectief gehandeld. De literatuur kwam er daarna aan te pas.

Het is kenmerkend voor een kwalitatief onderzoek dat er een probleemstelling wordt opgesteld, die kan fungeren als richtsnoer tijdens het onderzoek.

Het doel van het onderzoek is om met de juiste begrippen te beschrijven en te begrijpen wat er zich in de praktijk afspeelt. De gegevens en de informatie voor het beantwoorden van de probleem en de vraagstelling werden door mij als onderzoeker mede verzameld door open, half gestructureerde interviews. Bij deze interviews heb ik onder andere mijn eigen bevindingen rondom de casus voorgelegd en ik heb aanmerkingen of aanvullingen gevraagd. Er werden geen grote aantallen onderzoekseenheden onderzocht, mijn onderzoek berust op een klein aantal interviews, namelijk drie interviews met muziektherapeuten en een cliëntinterview (Boeije, 2006, p. 18).

Bij een kwalitatief onderzoek staat bekend dat het een onderzoeksvorm is waarbij geen eenduidige werkelijkheid bestaat. Ervaringsdeskundigen, professionals uit het werkveld, kregen de kans om vrijuit hun eigen visie te geven over hun manier van werken met cliënten. Hieruit kwam een meervoudige werkelijkheid naar voren, waarbij ik als onderzoeker gezocht heb naar overeenkomsten of verschillen (Mighelbrinck, 2006, p. 43).

In dit onderzoek analyseer ik de casuservaring die ik opgedaan heb, het is dus een *kwalitatieve gevalsstudie* waarbij ik een beschrijving geef van de therapie bij Greet. Smeijsters (2006) omschrijft een

kwalitatief case study research als de manier bij uitstek om een 'specifiek en complex verschijnsel in de breedte en diepte door te vorsen.' Met de term specifiek bedoelt Smeijsters dat het niet om een steekproef of een gemiddelde gaat, maar om wat precies in dit ene geval gebeurt. De nieuwe informatie kan misschien en hopelijk wel toegepast worden in andere gelijkaardige casussen. Ik wilde niet enkel weten welke bijdrage muziektherapie kan leveren aan het opnemen van de eigen verantwoordelijkheid van de behandeling door de cliënt, maar ook waarom dit gebeurt, en hoe dit precies gebeurt; hiervoor was een kwalitatieve verklarende gevalsstudie noodzakelijk en te verkiezen boven een kwantitatieve studie of een literatuurstudie.

Er werden, naast de casusanalyse, open en halfgestructureerde interviews afgenomen van een beperkt aantal geselecteerde respondenten. De zaken die de muziektherapeuten vertelden, werden niet omgezet in cijfers maar werden geanalyseerd en in woorden verwerkt. Ik heb de thema's uit alle verhalen gefilterd en ben op die manier tot één verhaal gekomen. Het verhaal is gebaseerd op inzichten die van de therapeuten in de praktijk zelf komen en de betekenissen die zij zelf gegeven hebben (Smeijsters, 2008, p. 383).

Het komt erop neer dat ik aan de slag ben gegaan met twee kwalitatieve methodes.

Vooreerst heb ik gebruik gemaakt van elementen uit de grounded theory. 'Grounded theory heeft als doel om tot theorieontwikkeling te komen vanuit de werkelijke praktijk' (Wheeler, 2005). Ik heb gebruik gemaakt van de tacit knowledge van muziektherapeuten om in kaart te brengen hoe zij omgaan met cliënten met een psychiatrische stoornis in relatie tot het zelf verantwoordelijk opnemen voor hun behandeling. Dit heb ik teruggekoppeld naar mijn eigen ervaringen met de casus; zo vond ik verschillen en gelijkenissen.

De grounded theory heeft als kenmerk dat de verschijnselen worden beschreven en geïnterpreteerd vanuit de betekenis die mensen daar zelf aan geven. Dit sluit aan bij het feit dat ik een best practice heb ontwikkeld. Een best practice is de beschrijving van een behandelmethode die tot stand is gekomen door de samenvoeging van de praktijkkennis van de professionals en de kennis uit theorie. Door kennis uit de praktijk en uit theorie met elkaar te integreren, kunnen doeltreffende behandelmethoden beschreven worden.

Anderzijds heb ik gebruik gemaakt van constructivistisch onderzoek (Wheeler, 2005). De analyses die ik vanuit de interviews maakte, waren (en zijn) niet vast getimmerd, maar stonden open voor aanpassing en verbetering. Deze aanpassingen konden worden aangebracht na member checking, triangulatie en peer debriefing. Ik heb aan de geïnterviewden mijn analyses voorgelegd en ik heb hen gevraagd of deze overeenstemmen met hun meningen (member checking). Ook zijn mijn analyses gebaseerd op de meningen van verschillende muziektherapeuten uit verschillende instellingen, met een verschillende achtergrond én op de mening van een cliënt (triangulatie).

2.3 Dataverzameling

Kwalitatief onderzoek wordt gekenmerkt door het feit dat dataverzameling en data-analyse elkaar voortdurend afwisselen. Ik heb dan ook geprobeerd om het thema vanuit zoveel mogelijk verschillende invalshoeken te bekijken. Dit wil dus zeggen dat ik gebruik gemaakt heb van verschillende informanten en dataverzamelingstechnieken (Baarda, 2005, p. 179).

Belangrijk tijdens de dataverzameling in een kwalitatief onderzoek is dat er informatie wordt gebruikt die zo dicht mogelijk bij het werkelijke werkveld ligt. Ik ben vanuit de praktijk nagegaan hoe muziektherapeuten omgaan met hun cliënten: leggen zij de nadruk op de eigen verantwoordelijkheid van de cliënt voor zijn behandeling? In welke muzikale aspecten uit zich dat? Ik heb ook mijn eigen casus voorgelegd en gevraagd naar hun mening n.a.v. hun expertise in het vak. Door deze manier van werken wordt de ecologische validiteit van het onderzoek zo veel mogelijk gewaarborgd. Dit wil zeggen dat de informatie en de begrippen representatief zijn voor de context waarin het onderzoek plaatsvindt (Baarda, 2005, p. 178).

De dataverzamelingstechnieken die ik heb gehanteerd, zijn literatuuronderzoek, de analyse van mijn casus (coderen) en open, half gestructureerde interviews. Ik koos voor open interviews omdat mijn onderwerp neigt tot meningen, ervaringen en voorbeelden uit de praktijk. Toch waren mijn interviews half gestructureerd, omdat ik enkele topics zeker wilde bespreken: ik wilde bijvoorbeeld mijn specifieke casus en mijn werkmodel voorleggen en de geïnterviewden naar hun mening vragen. Doordat de interviews open van aard waren, konden de respondenten gemakkelijk vergelijkbare eigen ervaringen vertellen en op die manier konden er voor mij nieuwe elementen of werkwijzen bovenkomen die ik misschien tot op dat moment over het hoofd had gezien.

Uiteraard had ik ook mijn schriftelijke rapportages vanuit fase 3 (stage) ter beschikking, waaruit ik mijn therapeutische interventies, het verloop van de therapie en de veranderingen die plaatsvonden, kon afleiden.

Ik heb verschillende interviews afgenomen, namelijk drie interviews met muziektherapeuten en een cliëntinterview met mijn cliënt van vorig jaar, Greet.

De muziektherapeuten zijn werkzaam in de psychiatrie (volwassenen) en werken in verschillende instellingen, zodat de resultaten zo objectief mogelijk zijn.

De interviews die ik uitgevoerd heb, waren dus open, maar wel halfgestructureerd van aard. Ik heb gewerkt werken met een topiclijst. Topics zijn onderwerpen die van tevoren vastgelegd werden en die aan bod komen in het interview (Boeije, 2006, p. 58). De topiclijst is te vinden in bijlage 1.

De topiclijst opstellen deed ik aan de hand van mijn vraagstelling. Ik keek naar de onderwerpen waar ik meer over wilde weten. Aan de hand van termen uit de literatuur en van mijn eigen kennis vanuit de stage zocht ik nieuwe topics, die mij informatie over het hoofdonderwerp van de vraagstelling konden geven.

De volgorde van de topics stond niet vast. Ik had tijdens de interviews de mogelijkheid om een onderwerp aan te snijden wanneer dit aansloot op het voorafgaande. Hierbij heb ik natuurlijk wel rekening gehouden met een bepaalde logische volgorde van het gesprek (Billiet & Waage, 2006, p. 323). Tijdens het interview zelf bepaalde ik hoe ik de vraag zou formuleren. Er was dus, zoals eerder vermeld, geen sprake van volledig vastgestelde vragen. De antwoorden op mijn vragen waren open van aard. De respondenten waren vrij hun eigen mening te geven. Ik als interviewer heb doorgevraagd, geparafraseerd en samengevat op de gepaste momenten (Smeijsters, 2008).

Literatuur is een ondersteunende databron geweest voor mijn onderzoek. Ik heb de theorie van de muzikale kenmerken en hun eigenschappen bestudeerd (gelinkt aan therapie), maar ik heb me ook verder geïnformeerd over de algemene ontwikkelingen in de geestelijke gezondheidszorg rondom dit thema. Deze literatuur heb ik gezocht via PubMed, internet en diverse bibliotheken.

Tijdens mijn stage vorig schooljaar –de aanleiding voor dit onderzoek en dit scriptiethema– heb ik vooral in de eerste fase van mijn stage gebruik gemaakt van participerende observatie. In die eerste fase leidde mijn stagebegeleider de therapieën en deed ik gewoon mee. Later zijn we samen (co-therapeutschap) de sessies gaan leiden, en uiteindelijk ben ik zelf volledig zelfstandig aan de slag gegaan.

‘Participerende observatie is een onderzoeksmethode waarbij de observator gegevens (data) verzamelt door zelf ook actief deel te nemen. Doordat de observator zelf ook deelneemt, kan hij zich beter met de onderzochte personen identificeren. Er kan een onderlinge band ontstaan tussen de observator en de andere onderzochte personen. Hierdoor kan de observator tot waarnemingen komen die bij een ander soort observatie niet naar voren zouden komen’ (Mook, 2001, p. 8).

2.4 Kwaliteit

Om de kwaliteit van het onderzoek te verzekeren, worden er bepaalde procedures toegepast om de validiteit en de betrouwbaarheid te realiseren (Smeijsters, 2008, p. 385).

- Triangulatie: In het onderzoek werden verschillende muziektherapeuten uit verschillende instellingen geïnterviewd. Daarnaast gebruikte ik de theorie uit literatuur en mijn eigen ervaringen uit mijn casus, om het onderzoek te staven. Ook het cliëntinterview werd gebruikt.

- Dependability: Hiervoor paste ik de kwaliteitstechniek *thick description* toe: de cliënt en de muziektherapeutische behandeling werden in volle breedte beschreven. Hiervoor schreef ik de casus uit, analyseerde ik de verschillende data grondig en ging ik te rade bij betrokken personen.
- Member checking: Ik liet uiteraard de muziektherapeuten die ik heb geïnterviewd, mijn uitgeschreven interview en de bijbehorende analyse lezen. Indien zij aanmerkingen hadden, werden deze opgenomen in de resultaten (zo ook voor het cliëntinterview).
- Peer debriefing: De resultaten van mijn onderzoek werden teruggekoppeld aan mijn scriptiebegeleider die in het oog hield of ik geen al te grote interpretatiefouten maakte. Ook de respondenten kregen inzicht in mijn analyse.
- Authenticity: Door het gebruik van open (half gestructureerde) interviews, hebben de respondenten een faire kans gehad om hun visie in te brengen. Door het feit dat de respondenten ook feedback mochten geven op het uitgeschreven interview en de analyse daarvan, werd de authenticity ook vergroot.
- Confirmability: Het onderzoek heb ik door buitenstaanders (die niets te maken hebben met creatieve therapie) laten nalezen. Zo kon ik nagaan of de opbouw van het onderzoek logisch en begrijpelijk is voor leken.
- Credibility: de respondenten konden alle uitgeschreven interviews nalezen en zodoende ook mijn analyse daarvan inzien.
- Transferability: De resultaten van dit afstudeerproject moesten zo uitgewerkt zijn dat het mogelijk is te beoordelen waarin een nieuwe context verschilt en overeenkomt. Door de casus-specifieke opzet van een afstudeerproject als dit, moet hier voorzichtig mee omgesprongen worden. De theorie rond het nemen van de verantwoordelijkheid door de cliënt die ik in deze casus toegepast heb, zal binnen andere doelgroepen mogelijks ook toepasbaar zijn, maar is eigenlijk toegespitst op de geestelijke gezondheidszorg. Bij het verruimen naar een andere context moeten dus, samenvattend, geen overhaaste conclusies getrokken worden, maar moet er met voorzichtigheid en een grote alertheid op de verschillen en overeenkomsten gelet worden.

2.5 Data-analyse

Ik heb enerzijds de data vanuit de afgenomen interviews gebruikt, anderzijds de data vanuit de casus. Wat de casus betreft, was het noodzakelijk dat ik een overzicht had van welke muzikale parameters en/of muzikaal gedrag kenmerkend waren voor Greet in haar behandeling, met betrekking tot het opnemen van meer eigen verantwoordelijk. Hiervoor heb ik me vooral gebaseerd op de muzikale parameters en de daaruit af te leiden muzikale elementen. De parameters werden in relatie gezet met de vitality affects van Stern (1985) en de componententheorie van Hegi (1996); de literatuur en mijn eigen ervaringen met de cliënt hielpen me hierbij. De bevindingen van mijn onderzoek naar de parameters en de effecten heb ik voorgelegd aan de geïnterviewde respondenten.

Aan de hand van hun opmerkingen en aanmerkingen kon ik deze bevindingen eventueel aanpassen of uitbreiden. Daarna stuurde ik de resultaten terug naar de respondenten om zeker te weten of dit was wat ze bedoelden en of ze akkoord gingen met mijn analyse (*member checking*). Op die manier kon ik daarna mijn rapportages coderen m.b.t. de muzikale parameters en de effecten hiervan m.b.t. mijn vraagstelling. Hiervoor gebruikte ik een softwareprogramma: Nvivo.

Bij het analyseren van de data vanuit de *interviews* was er sprake van een desk-study. Ik heb de interviews uitgeschreven en zo objectief mogelijk gezocht naar patronen, thema's en samenhang in de verschillende verhalen. De analyse greep steeds terug op de onderzoeksvraag, waardoor naar voren kwam wat relevant was voor de behandeling van het onderzochte probleemgebied (Migchelbrink, 2006, pp. 113-114).

De interviews heb ik uitgewerkt via de *kwalitatieve inhoudsanalyse*. Dit houdt volgens Smeijsters (2003) een aantal stappen in.

- selecteren: onbelangrijke passages schrappen
- parafraseren: binnen belangrijke passages overbodige woorden weglaten
- synthetiseren: integreren van passages die bij elkaar horen op een hoger abstractieniveau
- analyseren: relaties tussen soorten verschijnselen (bv. oorzaak - gevolg, voorwaarden, fasen, enz.)

Ik maakte hiervoor gebruik van data-analysetechnieken die passen bij Grounded theory en Constructivist theory volgens Strauss en Cobin (1998), Smeijsters (2008) en Boeije (2006).

Lezen en begrijpen:

Eerst heb ik de interviews grondig doorgelezen om vertrouwd te raken met de stof en de inhoud ervan. Indien ik iets niet begreep, zocht ik aanvullende informatie op (bv. over begrippen) om mijn kennis te vergroten.

Coding /categorizing/ thematiseren en zoeken naar relaties:

Ik gebruikte voor het coderen een softwarepakket: Nvivo. Op de website van Nvivo (<http://www.qsrinternational.com>) wordt beschreven dat dit een softwarepakket is voor kwalitatieve analyse van tekstuele informatie. NVivo analyseert, classificeert, en ordent de informatie op basis van codes en categorieën. Het kan gebruikt worden voor zowat alle vormen van geschreven tekst. In de uitgeschreven interviews heb ik bepaalde fragmenten voorzien van een typerende code (open coderen). Deze fragmenten waren passages die een raakvlak hadden met mijn onderzoeksgebied en mogelijke antwoorden op mijn subvragen bevatten. Bij het coderen maakte ik zoveel mogelijk gebruik van de woorden die de respondenten zelf gebruikten. Bij het ontwikkelen van codes ging ik op zoek naar relaties. Wanneer bepaalde codes bij elkaar hoorden (bijvoorbeeld hoofdcategorie en subcategorie) werden deze gecategoriseerd. Soortgelijke codes uit meerdere interviews werden bij elkaar gezet. Tijdens het axiaal coderen keek ik welke codes het meest geschikt waren en of de fragmenten juist gecodeerd waren. Ik vergeleek de passages die bij een code waren ondergebracht en ik keek of er een voldoende gedetailleerde beschrijving van de categorie gegeven was op basis van de fragmenten. . Als 'nieuw' verzameld materiaal (bijvoorbeeld een nieuw interview of extra literatuur) aanleiding gaf tot het creëren van nieuwe codes, werd dit gedaan en werd het 'oude' materiaal (codes en informatie uit eerdere interviews of literatuur) hier tegen afgezet. In het onderzoek heb ik selectief gecodeerd. Dit houdt in dat ik naging welke thema's elke keer terugkwamen in de interviews. Ik heb uitgezocht welke boodschap het meest belangrijk was voor de geïnterviewde met betrekking tot de best practice muziektherapie. Ook zocht ik naar kerncategorieën (dus categorieën die centraal staan voor het beantwoorden van de onderzoeksvraag). Om te beslissen op welke categorieën ik me zou gaan focussen, greep ik terug naar mijn vraag en de doelstelling. Ik vergeleek de inhoud met relevante literatuur om tot beslissingen te komen. Tijdens alle vormen van het coderen en categoriseren heb ik goed in de gaten gehouden wat relevant was voor het onderzoek. Indien nodig werden irrelevante gegevens geschrapt. Wanneer informatie onnodig uitgebreid beschreven werd, heb ik geparafraseerd in minder woorden. Tenslotte heb ik in de synthesefase van het onderzoek alle informatie herbekeken en categorieën vergeleken om zo tot een samenvattende best practice te komen.

Hoofdstuk 3

Casus: Greet (borderline persoonlijkheidsstoornis)

De casus voor mijn afstudeerproject betreft een vrouw van 44 jaar. Ik noem haar Greet, dit is uiteraard een fictieve naam. Greet kreeg de diagnose borderline persoonlijkheidsstoornis.

Zij werd opgenomen op de Kliniek voor Intensieve Behandeling (KIB, onderdeel van de GGZE) in september 2008, bij aanvang van mijn stage. Ik heb Greet aanvankelijk gezien in groepstherapie en daarna ook individueel gedurende ruim drie maanden.

Greet werd (vrijwillig) opgenomen op de KIB omdat zij op de vorige afdeling (PAAZ) sinds enkele maanden nergens meer toe kwam; zij was uitermate passief en bleef dagenlang in bed liggen zonder ook maar enige actie te ondernemen.

Afgaande op haar capaciteiten (Greet had jarenlang goed gefunctioneerd), kwam Greet terecht op de trainingsunit. Dit is een afdeling die erop gericht is om samen te leven in groep, waarbij verondersteld wordt dat ieder zijn taken (bv. in het huishouden) opneemt. Er wordt een behoorlijk grote mate van verantwoordelijkheid verwacht; dit wordt echter goed ondersteund door sociotherapeuten. Greet werd dus direct voor een grote uitdaging geplaatst.

3.1 Historiek van de casus

Gezinssituatie

Greet is de jongste van vier kinderen. Haar oudste broer werd vermoord toen Greet ongeveer 18 jaar was. Met haar andere broer en haar zus heeft zij altijd een vrij goed contact gehad. De ouders van Greet zijn ca. 20 jaar geleden gescheiden en Greet heeft jarenlang heel veel voor hen gedaan en voor hen gezorgd. Dit werd en wordt door de cliënte als zeer belastend ervaren.

Jeugd

Greet heeft een problematische jeugd gehad: vader dronk, moeder was veel weg en ontvluchtte de situatie. Greet is weggelopen van thuis toen ze 17 was. Ze kwam in aanraking met drugs, criminele vrienden, enz. N.a.v. het voorgaande (medeplichtigheid), is Greet twee keer voor korte tijd gedetineerd geweest. Er is sprake van seksueel misbruik en mishandeling door de toenmalige partner van Greet.

Volwassen periode

Tussen 1989-1991 is de cliënte depressief geweest, maar ze was hiervoor niet in behandeling.

Greet is getrouwd met haar huidige man nadat ze gestopt was met drugs. Zij zijn nog steeds samen, maar de relatie heeft het zwaar te verduren door de diagnose en het gedrag van Greet.

Greet heeft bij Philips gewerkt (leidinggevende functie) en bleek dus goed te kunnen functioneren, ondanks haar zwaar verleden.

De cliënte heeft ernstige nek- en schouderklachten. Sinds 2000 is ze hiervoor in de WAO.

Korte geschiedenis van hulpverlening

Greet verbleef gedurende tien maanden op vrijwillige basis op de KIB.

Haar eerste contact met de hulpverlening dateert van ongeveer drie jaar geleden. Zij werd toen opgenomen (PAAZ) met depressieve, suïcidale klachten. Greet werd in september 2008 opgenomen op de KIB, trainingsunit.

(Kuiten, van Houten en den Boer, 2008)

3.2 Diagnose aan de hand van de DSM-IV

In diagnostische zin wordt er gesproken over:

As I: geen diagnose

As II: borderline persoonlijkheidsstoornis (DSM-IV)

As III: schouder- en nekklachten

As IV problemen in relatie tot ouders
 As V GAF bij opname: 30

'Ontwrichting en systeemproblematiek bij een vrouw met een borderline persoonlijkheidsstructuur. Na een turbulente periode in adolescentie en vroege volwassenheid heeft cliënte met veel inspanning haar situatie langdurig onder controle gehad. Nu is er, waarschijnlijk door overbelasting, een terugval in psychische decompensaties o.a. suicidale gestes/auto-intoxicatie.'
 De borderline persoonlijkheidsstoornis is het diagnostische uitgangspunt van de behandeling van Greet. (Kuiten, van Houten en den Boer, 2008)

3.3 Persoonlijkheidsstoornissen

'Ieder mens heeft verschillende karaktertrekken of vaste gedragspatronen die hem onderscheiden van anderen. De een is afstandelijk, de ander betrokken, de een maakt zich te veel zorgen, de ander is juist een flierefluiter. Wanneer dit soort karaktertrekken in extreme mate voorkomt, niet tijds- of plaatsgebonden, is er sprake van een persoonlijkheidsstoornis' (Vandereycken en van Deth, 2004, p. 207). De persoonlijkheidsstoornis kenmerkt zich door onaangepaste denk – en gedragspatronen die van lange duur zijn en bovendien erg star. In veel gevallen loopt de omgang met andere mensen moeizaam. Een extra delicaat punt, is het feit dat veel cliënten met een persoonlijkheidsstoornis zich niet bewust zijn van hun problematische functioneren. De mensen in hun directe omgeving daarentegen, des te meer. Vaak is het zo dat de cliënten hun eigen gedrag omschrijven als 'bij hun persoon passend'. Ze zijn daarom vaak niet bereid om zich psychiatrisch te laten behandelen en schuiven de schuld af op anderen.

We onderscheiden drie groepen persoonlijkheidsstoornissen. De verschillende persoonlijkheidsstoornissen vertonen nogal wat overlap, waardoor ze niet altijd even gemakkelijk van elkaar te onderscheiden zijn. Daardoor komt het vrij vaak voor dat cliënten meer dan één persoonlijkheidsstoornis als diagnose krijgen (Vandereycken en van Deth, 2004). De drie groepen persoonlijkheidsstoornissen zijn als volgt te onderscheiden:

Type persoonlijkheidsstoornis	Typerende kenmerken in het gedrag
paranoïde / schizoïde / schizotypisch	vreemde en excentrieke gedragingen
antisociaal / <u>borderline</u> / theatraal / narcistisch	dramatische, emotionele en onvoorspelbare gedragingen
vermijndend / afhankelijk / dwangmatig	angstige gedragingen

Figuur 1. Overzicht van de drie types persoonlijkheidsstoornissen.
 (Bron: Vandereycken & van Deth, 2004, p. 207).

3.3.1 De borderline persoonlijkheidsstoornis

Omdat Greet, de persoon van mijn casus, de diagnose van de borderline persoonlijkheidsstoornis heeft, richt ik mij niet op alle persoonlijkheidsstoornissen, maar op de meest voorkomende: de borderline persoonlijkheidsstoornis.

De DSM-IV criteria van de borderline persoonlijkheidsstoornis zijn opgenomen in bijlage 2.

Hieronder beschrijf ik echter de theorie van de borderline persoonlijkheidsstoornis, zoals deze tot uiting komt bij Greet.

Greet heeft een zeer laag gevoel van *eigenwaarde*. Zij schrikt al terug bij het horen van een opdracht: 'Dit kan ik niet.' 'Hoe moet ik dat doen?' 'Dit is te lastig voor mij.' Greet heeft het lastig om een hulpvraag te stellen, denkt hierbij de ander lastig te vallen en vult dit vaak (onbewust) in voor de ander (zonder dit eerst

na te vragen). Bij nabesprekingen is Greet altijd heel voorzichtig met haar uitspraken. Ze wil mij als medespeler niet aanvallen (vult dit weer in) en betreft alles wat volgens haar 'beter' kon, op zichzelf. Greet heeft moeite met het aangeven van wat ze zélf nodig heeft van anderen om goed te kunnen functioneren.

Greet vertoont regelmatig *suïcidaal of automutilerend gedrag*. Ze spaart af en toe haar pillen op of snijdt zich. Het gebeurt echter zelden dat ze dreigt om suïcidaal of automutilerend gedrag te vertonen. Ze meldt het pas als het al gebeurd is.

Greet is *affectief instabiel door wisselende stemmingen*: soms blijft zij enkele dagen na elkaar in bed liggen omdat ze nergens toe komt en zich heel depressief voelt. Dan is er weinig tot geen gesprek mogelijk met haar. Enkele dagen tot een week later, kan zij weer deelnemen aan de activiteiten en de therapieën.

Chronische gevoelens van leegheid zijn ook aanwezig bij Greet. Dit is duidelijk het geval in de periodes dat zij alleen maar in bed ligt en zelfs niet tot gesprek kan komen. Maar ook als ze wel functioneert, benoemt zij heel regelmatig het gevoel van leegheid, van niets betekenen, van niet weten waarvoor ze het allemaal nog doet, enz.

Greet probeert eveneens werkelijke / ingebeelde *verlating te voorkomen*. Dit is in haar geval toe te passen in haar relatie tot de hulpverleners, maar ook in de relatie met haar partner. Greet hecht zich in een bepaalde mate aan bijvoorbeeld de hulpverleners en probeert zoveel mogelijk te zeggen of te doen wat zij willen horen. Op die manier zet ze zichzelf volledig buiten spel, wat op termijn dan weer zorgt voor gevoelens van leegheid en een zeer lage eigenwaarde.

Conclusie: Het lage gevoel van eigenwaarde en de daarbij samenhangende angst om verlaten te worden, is alomtegenwoordig bij cliënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis. Dat verklaart ook voor een deel de afhankelijke opstelling ten opzichte van de hulpverlening. Ook bij Greet is dit dus het geval. De wisselende stemmingen zorgen bij de cliënt voor een uiterst onzeker gevoel, wat het gevoel van eigenwaarde en leegheid dan weer versterkt, als in een vicieuze cirkel.

Het is voor deze cliënten dan ook absoluut geen evidentie om geconfronteerd te worden met een thema als eigen verantwoordelijkheid opnemen. De cliënt voelt zich hiertoe vaak absoluut niet in staat, mede door hierboven beschreven factoren.

Daarom is het belangrijk om dit als therapeut ook niet te onderschatten. De verantwoordelijkheid kan niet zomaar bij de cliënt worden gelegd; er moet sprake zijn van tweerichtingsverkeer: de therapeut moet eveneens zijn verantwoordelijkheden opnemen en de cliënt bijstaan waar nodig in zijn zoektocht naar meer autonomie, zelfstandigheid en betrokkenheid bij de eigen behandeling.

3.4 Mediumgedrag

Greet heeft *affiniteit* met het medium muziek, zij luistert vaak muziek en is geïntrigeerd door de kunde van sommige muzikanten. Zelf muziek maken ligt natuurlijk wel wat anders: Greet heeft verder geen muzikale voorkennis. Daarom grijpt ze graag terug naar *bekende instrumenten en manieren van spelen*. Als zij de keuze mag maken, kiest zij voor djembé of ander (klein) slagwerk. Greet kiest liever niet voor melodische instrumenten, omdat ze *bang is om fouten te maken*: bij de piano bijvoorbeeld, vindt Greet dat ze zowel aan noten als aan ritme moet denken, en dat maakt haar bang en zenuwachtig.

Tijdens het spelen kan Greet zeer geconcentreerd bezig zijn om zich te richten op bijvoorbeeld haar handzetting. De ene keer is haar aandacht meer bij de medespeler(s) dan de andere keer, maar in het algemeen heeft Greet zeer hard de neiging om te *volgen*. Dat maakt het voor haar natuurlijk bijna onmogelijk om zelf te gaan *experimenteren*. Greet vraagt vaak bevestiging en is zeer dikwijls onzeker over wat ze speelt. Ze heeft nochtans duidelijk *ritmegevoel* en haar *muzikaal gehoor* is goed ontwikkeld: ze hoort het bijvoorbeeld wanneer een toon dissonant klinkt in een akkoord.

Greet heeft een *perfectionistische* kant, waardoor het voor haar moeilijk is om tevreden te zijn over haar eigen spel. De analogie trekt zich door in het dagelijkse leven: Greet heeft de voorbije jaren geleerd dat ze weinig 'verkeerd' kan doen als ze doet zoals de rest en er vooral niet tegenin gaat: *volgen* dus. Daarom is het voor Greet moeilijk om een instrument te kiezen waarvan ze de vaardigheden niet (in grote mate) beheerst. De eisen aan zichzelf zijn hoog. Als zij daar op een bepaald moment of bij een bepaalde werkvorm niet kan aan voldoen, bestaat het risico dat Greet snel in een *spanningstoestand* terechtkomt.

Als dat gebeurt, is het moeilijk voor Greet om nog in het medium bezig te zijn. Ze blokkeert dan tijdelijk en kan zich op dat moment niet meer op de bezigheid in het medium concentreren.

Vaak zie je de spanningstoestand in het mediumgedrag van Greet aankomen: Het wordt op dat moment moeilijk voor haar *om keuzes te maken*, zij werkt dan vluchtig en ongeconcentreerd.

Hoe verder we in de therapie komen, des te langer deze spanningstoestand uitgesteld kan worden of des te meer 'negatieve prikkels' Greet nodig heeft vooral ze gespannen wordt. Zelf benoemt zij dit als het resultaat van het zich meer op haar gemak voelen bij mij en eerder *triggers of moeilijkheden kunnen / durven benoemen*. Greet kan *spelplezier* makkelijkst ervaren als er sprake is van weinig druk. In eerste instantie was er spelplezier als Greet maar kon 'volgen', als ze maar kon imiteren wat ik deed, of als er zeer duidelijke vormelijke afspraken waren gemaakt over de improvisatie. Naargelang de therapie vorderde, kwam er meer spelplezier n.a.v. het kiezen van eigen instrumenten, het zelf aanpassen van werkvormen, enz. Op vlak van *expressie en vormgeving* heeft Greet vorderingen gemaakt tijdens het muziektherapeutische proces. Waar zij aanvankelijk zeer volgzaam was en geen eigen muzikale initiatieven nam, kwam zij later door eigen ideeën uit te voeren, tot meer expressie. Het spelen met dynamiek en ritmische variaties heeft hier onder andere mee te maken.

Hieronder beschrijf ik het muzikale gedrag van Greet, in de vorm van de rollen waarmee wij vaak werkten op stage. Hierbij moet ik vermelden dat het in het geval van Greet bijna altijd ging over ritmische improvisaties (vooral djembé, conga, later ook drumstel). Het is dus logisch dat de muzikale eigenschap 'ritme' voorkomt en niet 'melodie'. Ritme genoot de voorkeur van Greet.

Naast de rollen zelf, beschrijf ik ook heel kort per rol welke muzikale parameters het meest voorkwamen bij de uitdrukking van die rollen in de muziek.

Volger: Deze rol ligt Greet goed. Hoewel zij de volgersrol opneemt, is ze wel nog veel bezig met haar eigen spel. Greet wil namelijk zo goed mogelijk aansluiten bij de therapeut en gebruikt daarvoor vaak imitatie. Om de therapeut te imiteren, moet Greet zowel op de therapeut als op haar eigen spel (en bv. de handzetting) letten.

Parameters: Greet past haar volume (dynamiek) aan naargelang wat de leider speelt. Vooral in dynamiek, maar ook in ritme, is zij zeer volgzaam.

Leider: Greet heeft het moeilijk met deze rol. Of beter: zij heeft er vooral moeite mee om aan te geven wat zij nodig heeft van anderen in het spel om met deze rol aan de slag te kunnen.

Parameters: Als leider heeft Greet het moeilijk om zich te handhaven: ze wil niet opvallen en heeft het lastig om in te zetten (vorm) en zich hoorbaar te maken (dynamiek).

Niet meedoen: Greet heeft weinig affiniteit met deze rol, door de betrokkenheid die ze van nature wel heeft. Ook te bekijken als: als ik 'niet meedoe', voldoe ik niet aan de verwachting van anderen. Daar voelt Greet zich niet goed bij. Ze is in dat geval bang om 'verlaten' te worden.

Parameters: - (Greet doet niet mee en er is dus ook geen sprake van muzikale parameters)

Stoorzender: Greet heeft deze rol wel eens opgenomen, maar neemt deze dan niet helemaal serieus. Zij kijkt verontschuldigend (= interpretatie) rond naar de rest van de spelers en lacht omdat ze zich zo ongemakkelijk voelt. Mijn idee is dat ze op dat moment deze rol absoluut niet graag op zich nam (heel onnatuurlijk), maar dat wel deed omdat dat 'de opdracht' was.

Een andere keer gaf Greet aan dat 'stoorzender' kon inhouden dat je gewoon lekker kunt spelen zonder je teveel aan te trekken van anderen. Dit is de positievere insteek van deze rol, die ik Greet graag wat meer wilde laten opnemen.

Parameters: Greet maakt gebruik van harder spel (dynamiek), ze speelt langer door dan de rest (vorm) en ze houdt geen of weinig rekening met het ritme of de maatsoort.

Solist: Greet zegt dat ze om deze rol op te nemen, een duidelijke basis nodig heeft. Soleren is voor haar moeilijk, doordat ze denkt/zegt dat zij bijvoorbeeld 'uit het ritme speelt'. Ik heb haar in de groepstherapie muziek wel gaandeweg meer zien uitproberen en experimenteren met deze rol, maar dit blijft zeer voorzichtig.

Parameters: Greet probeert een ander ritme te spelen, om 'op te vallen' als solist. Ze speelt ook wat harder dan de rest, of doet een poging. Ze valt in als de basis goed staat (vorm).

3.5 Therapieverloop

Ik schets hieronder het therapieverloop van het proces met Greet. In totaal waren er 15 sessies van ongeveer 45 minuten, met een frequentie van 1 keer per week.

Naar mijn mening zijn er drie sessies geweest die bepalend geweest zijn voor het proces.

In eerste instantie de allereerste sessie: hier hebben Greet en ik nog geen muziek gemaakt, maar zijn we in gesprek gegaan over wat Greet met muziektherapie zou willen. Dit was de sessie waarbij Greet aangaf dat zij het drumstel altijd al heel aantrekkelijk had gevonden, maar dat ze daar wellicht nooit zou durven op spelen. Verder zijn we na deze sessie samen tot de conclusie gekomen om door te gaan op de mogelijkheden en de kwaliteiten van Greet en om niet te gaan werken aan 'verandering' of 'doorwerking' van de beperkingen, maar net te werken met die sterktes en om zo tot het opnemen van meer verantwoordelijk te komen. Dit was qua oriëntatiegesprek heel belangrijk om te weten welke kant de therapie zou uitgaan, zowel voor Greet als voor mij.

Volgende 4 sessies: kennismaking, zowel verbaal als muzikaal. Greet deed muzikaal bijna niets anders dan volgen, imiteren, enz. Eigenheid bleef achterwege. Greet richtte zich volledig op mijn spel en liet impulsen dan ook van mij uit komen. Af en toe deed zij wel een zeer kleine suggestie tot bijvoorbeeld verandering van een werkvorm, maar dan nog was het vaak op mijn aanwijzen.

De volgende sessie die ik als zeer belangrijk acht, was de zesde sessie in het proces. Ik zag Greet worstelen om mij zo veel mogelijk te volgen en mij zoveel mogelijk letterlijk te gaan imiteren; er was compleet geen initiatiefname van haar kant, zij berustte volledig op mijn spel. Dit vergde veel concentratie en energie van Greet en het bracht haar weinig spelplezier op. Terugkomend op wat wij de eerste keer tijdens ons gesprek hadden afgesproken, gaf ik Greet terug dat het helemaal niet zo was dat zij mij klakkeloos moest volgen of hetzelfde moest spelen. Greet had de illusie dat 'samenspelen' betekende dat men bijvoorbeeld altijd hetzelfde ritme speelde als de ander. Door middel van muzikale voorbeelden heb ik Greet duidelijk gemaakt dat dit helemaal niet zo is. Greet pikte dit snel op en vond direct (op slag) meer plezier in het spelen. Ze ervoer veel meer vrijheid; Greet gaf zelf terug dat het veel gemakkelijker was om wel 'gewoon in de maat te spelen', maar om die 'imitatiedrang' achterwege te kunnen laten. Toen we het spel opnieuw deden, was het helemaal niet meer vergelijkbaar met het eerste spel. Greet speelde een stuk rustiger, nam initiatieven in de muziek en was beter hoorbaar. 'Dit klinkt ook muzikaal goed. Dit had ik al veel eerder moeten weten', gaf ze terug bij de nabespreking.

Volgende 6 sessies: Het imitatiegedrag nam sterk af. Greet probeerde muzikaal eigenheid te creëren en slaagde daar de ene keer beter in dan de andere keer. Soms frustreerde het haar, soms bracht het haar spelplezier op. Ik merkte dat Greet steeds minder spelafspraken nodig had voor de improvisaties. Een enkele keer ging ze zelfs muzikaal al tegen mijn spel in. Greet had intussen ook grotere inbreng bij het opstellen van de werkvormen.

Een andere zeer belangrijke sessie, was de sessie (sessie 13) waarin Greet zelf besliste om het drumstel te gaan uitproberen. Bij het binnenkomen van de muziekrimte, zei Greet.: 'Zal ik de djembé alvast pakken? Of de steeldrum?'. Ik liet dit open en zei haar dat ze zelf de keuze had. Ik deed zelf geen suggesties over het drumstel; ik liet haar de keuze maken. Toen kwam ze zelf met het voorstel om 'vandaag misschien eens het drumstel te proberen'. Dat feit op zich vond ik al een grote stap voor Greet, om achter dat grote en voor haar beangstigende instrument te gaan zitten. Toen ik haar de keuze liet om gewoon maar wat te gaan experimenteren, of een basisritme aan te leren, twijfelde ze duidelijk, maar intussen was ze eigenlijk al alle trommels en bekkens aan het uitproberen. Ik liet haar dus begaan, en begon haar subtiel te begeleiden op de piano. Het gezicht van Greet tijdens dit spel sprak werkelijk boekdelen. Greet bespeelde alle onderdelen van het drumstel en was echt aan het experimenteren met de mogelijkheden van dit instrument. Toen we het spel hadden afgerond, was het eerste wat Greet teruggaf: 'Dit is leuk! Helemaal niet zo eng als ik altijd had gedacht!'. Het was verbazingwekkend om te zien hoe Greet al direct uitbundig op het drumstel speelde, hoewel ze altijd een bepaalde angst en voorbehoud voor het instrument had gehad. Na de bijna 'euforie' van dit moment, liep Greet weer tegen haar bekende beperkingen op: . Het was vaak zo dat ik op de piano eigenlijk het spel in handen had: als ik dichter ging spelen, deed Greet dat ook op het drumstel, als ik zachter ging spelen, volgde Greet mij

daarin, enzovoort. Greet had dit zelf ook door en probeerde daar actief mee aan de slag te gaan. Ze heeft absoluut stappen genomen en tastte zo haar eigen mogelijkheden en grenzen af in de muziek, maar ook persoonlijk, want Greet stond niet graag in het middelpunt en was het gewend om altijd te volgen en aan te passen. Het was werkelijk geweldig om haar in de muziek te zien ploeteren om hier verandering in te brengen, en om te merken dat het haar vaak ook lukte en veel plezier deed. Ze liep af en toe ook tegen vaardigheidsproblemen aan (ze is nu eenmaal niet opgeleid tot slagwerker), maar ze ging hierbij zélf creatief op zoek om deze te omzeilen.

Volgende sessies tot de afsluiting: Greet werkte verder op de ingeslagen weg richting experimenteren, eigen inbreng in het muzikale spel en minder afhankelijke opstelling t.o.v. de therapeut.

3.6 Werkwijze

Bij deze cliënt was de supportieve werkwijze aangewezen.

Deze werkwijze biedt ondersteuning in het leren omgaan met lastige situaties en problemen. Het is niet de bedoeling om de problemen weg te nemen, maar de omgang met de problemen te verbeteren.

De doelstellingen hebben dan ook vaak een stabiliserend, ondersteunend karakter. Het 'omgaan met' heeft alle nadruk (Smeijsters, 2000).

Concreet bij deze casus en bij de vraagstelling van deze scriptie, wordt de supportieve werkwijze op een specifieke manier gehanteerd. Het is namelijk zo dat er meer opname van verantwoordelijkheid voor de eigen behandeling wordt gevraagd aan de cliënt. Als therapeut zijn we hier echter ondersteunend in, máár ondersteunend betekent in deze context zeer duidelijk dat er sprake is van samenwerking en niet van eenrichtingsverkeer. De therapeut biedt ondersteuning bij het proces tot het komen tot meer verantwoordelijkheid, maar de initiatieven (zowel muzikaal als niet-muzikaal) komen evenzeer van de cliënt als van de therapeut. Ondersteuning heeft hierbij dus niet de impliciete bijbetekenis dat de cliënt zich afhankelijk opstelt tegenover de therapeut.

Doelstellingen, passend bij de supportieve werkwijze en bij de casus:

- Het reguleren van emoties en gedrag, zonder hierop inhoudelijk diep in te gaan (= stabilisatie: niet doorschieten bij het ervaren van bepaalde emoties, maar deze benaderen vanuit de capaciteiten en kwaliteiten die er zijn, constructief dus).
- Zelfactualisatie: mogelijkheden van jezelf ontwikkelen, eigenheid creëren: kijken hoe om te gaan met lastige situaties, uitgaand van reeds verworven vaardigheden.
- Verstevenigen van de bestaande afweer: sterker komen te staan in situaties. Niet door verandering van reeds verworven patronen, maar net door het positieve gebruik ervan.
- Hierbij aansluitend en overkoepelend: egoversterking.

'De supportieve werkwijze is niet gericht op het doorwerken van de problematiek op zich (...) Met controlemechanismen wordt bedoeld dat de cliënt leert hoe hij met zijn symptomen kan omgaan (Smeijsters, 2000).'

Ik heb quasi alleen maar actieve werkvormen gebruikt bij Greet.

Actieve werkvormen kunnen directief, structurerend, assimilerend zijn en aansluiten bij principes uit de gedragstherapie en de directieve therapie. Als het accent ligt op zelfactualisatie, dan zijn de werkvormen minder gestructureerd en is de therapeutische relatie in het medium en daarbuiten gekenmerkt door samenwerking, vertrouwen en interactie (Smeijsters, 2000). Dit was zeer typerend voor de therapie bij Greet.

Hoofdstuk 4

Opnemen van verantwoordelijkheid door de cliënt in de muziektherapeutische behandeling

Om de link tussen 'eigen verantwoordelijkheid opnemen' en 'muziektherapie' te kunnen leggen, is het noodzakelijk dat de beide termen verduidelijkt worden. Daarom lijkt het mij op z'n plaats om toch nog even wat uitleg te geven wat betreft muziektherapie. Wat muziektherapie nu juist inhoudt, hoe een indicatie gesteld wordt en welke invloed muziek en zijn parameters kan hebben op ons gevoelsleven en ons algemeen functioneren, wordt hieronder beschreven. Daarna geef ik een beknopte weergave van de visie op 'het opnemen van de eigen verantwoordelijkheid' in de psychiatrie door de jaren heen. Deze weergave geldt als aanknopingspunt voor mijn methodisch handelen over de kwestie 'eigen verantwoordelijkheid'.

4.1 Creatieve therapie

Smeijsters (2000) geeft in zijn 'Handboek Creatieve Therapie' de volgende definitie: 'Creatieve therapie is een specialistische vorm van hulpverlening voor cliënten met psychische stoornissen en handicaps. Het is een gerichte behandeling die op indicatie plaatsvindt en die een geëxpliciteerd behandeldoel dient. Bij de creatief-therapeutische behandeling is sprake van de aanwezigheid van een creatief therapeut die door middel van activiteiten in een creatief-therapeutisch medium de cliënt helpt emotionele, sociale, cognitieve en psychomotorische problemen te onderkennen, te overwinnen, te verminderen of te accepteren.' Het begrip 'behandeling' omvat dus niet alleen het herstellen, maar ook het leren omgaan met problemen die niet (of moeilijk) opgelost kunnen worden. De term 'gerichte behandeling' wil zeggen dat er een indicatie, maar ook doelen moeten gesteld worden voor de behandeling van psychische stoornissen of handicaps. Bij creatieve therapie wordt door middel van werkvormen in een medium (drama, beeldend, muziek, dans en beweging) geprobeerd om veranderingen op gang te brengen. Dit is een proces waarin het 'doen' centraal staat, niet het product (Smeijsters, 2003). De manier waarop de cliënt tot zijn product komt, is het eigenlijke werk in de creatieve therapie. De therapeut kan hier invloed op uitoefenen. Deze producten hebben daardoor meer een individuele waarde dan een kunstzinnige waarde. Ze worden gemaakt opdat de cliënt nieuwe ervaringen zou opdoen of bepaalde vaardigheden zou kunnen oefenen die belangrijk zijn om verandering in zijn probleemgebied te bevorderen (bijvoorbeeld probleemgedrag) (Jenisch, 2006).

4.1.1 Muziektherapie

Muziektherapie is een vorm van creatieve therapie en past dus binnen deze definitie: 'Binnen een therapeutische relatie worden muzikale middelen gehanteerd om veranderingen, ontwikkelingen, stabiliteit of acceptatie op emotioneel, gedragsmatig, cognitief, sociaal of lichamelijk gebied te bewerkstelligen' (Beroepsprofiel van de muziektherapeut, 1999). In de definitie van creatieve therapie staat uitdrukkelijk vermeld: 'Creatieve therapie is een gerichte behandeling die op indicatie plaatsvindt en die een geëxpliciteerd behandeldoel dient.' Smeijsters (2006) schrijft over indicatie dat dit het alfa en omega van de therapie is. Zelf vind ik het heel belangrijk om duidelijk te kunnen stellen waarom muziektherapie nu precies een aangewezen behandelvorm is voor een cliënt, welke meerwaarde het kan bieden. In onderstaande paragraaf beschrijf ik beknopt de indicatiestelling muziektherapie voor Greet, volgens de methode van Henk Smeijsters (2000).

4.1.2 Indicatiestelling muziektherapie voor de casus

De stoornis, de handicap of het probleemgebied waar de behandeling voor bedoeld is

Borderline persoonlijkheidsstoornis (DSM-IV)

Hoofdprobleem: Cliënte heeft haar problemen altijd alleen proberen aan te pakken, zonder hulp. Dit is lange tijd gelukt, maar door overbelasting (verschillende factoren), is Greet vastgelopen. Samenwerking

en interactie aangaan en geloven in eigen kunnen, zijn de voornaamste peilers. Er wordt gestreefd naar het opnemen van meer verantwoordelijkheid binnen de eigen behandeling.

De geïndiceerde werkwijze en haalbare doelen

Algemeen: rehabilitatiemodel, omdat dat gericht is op het terug leren opnemen van maatschappelijke en sociale rollen (www.dewoenselsepoort.nl).

Specifiek: Supportieve werkwijze in de muziektherapie, omdat deze gericht is op het omgaan met lastige situaties in het hier-en-nu (vanuit de mogelijkheden en kwaliteiten van de cliënt), zonder problemen inhoudelijk volledig door te werken (Smeijsters, 2000).

Effecten en differentiële analyse

-Individuele muziektherapie verbetert de interactie tussen muziektherapeut en cliënt beduidend (Smeijsters, 2000).

-Een experimentele studie van Pfeiffer, Wunderlicht, Bender, Els en Horn (1987), laat zien dat een combinatie van improvisatie en praten leidt tot een significante verbering van de mate waarin cliënten hun sociale vaardigheid inschatten (Smeijsters, 2006).

Het verbeteren van de interactie en het beter kunnen inschatten van de eigen sociale vaardigheden, zijn zaken die bijdragen tot het versterken van de mogelijkheden van de cliënt. Als de cliënt een beter zicht krijgt op zijn sterktes, wordt hij ook eerder verleid tot betrokkenheid bij de eigen behandeling. Verantwoordelijk opnemen voor de eigen behandeling, houdt onvermijdelijk in dat een cliënt met zijn sterktes aan de slag moet gaan.

Het theoretische verklaringsmodel

-Non-verbale emotionele interactie krijgt vorm in *vitality affects*, die beleefd worden in het woordloze bewustzijn van het kernzelf (Damasio, 2003).

-In de muziektherapie staat niet de verbale, maar de muzikale interactie op de voorgrond. Doordat de muzikale interactie niet overschaduwd wordt door de inhoud van woorden, kan de cliënt zich concentreren op de non-verbale kenmerken van de interactie (Smeijsters, 2006).

Cliënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis hebben vaak moeite met verbale communicatie, omdat zij zich ofwel constant aanpassen aan degene met wie ze praten, ofwel er tegen in gaan. De afstoting en de aantrekking die borderline typeert, komt ook in verbale communicatie tot uiting. In muziek (non-verbaal) wordt de inhoud van woorden totaal onbelangrijk; de interactie wordt op een andere manier vormgegeven.

Het voldaan zijn aan de aanvullende voorwaarden

Greet heeft voldoende affiniteit met muziek.

De cliënte is gemotiveerd om aan zaken te werken in muziektherapie.

Greet is geschikt voor de actieve vorm van muziektherapie.

4.2 Methodische invalshoeken betreffende muziek

4.2.1 Vitality affects: Stern

Smeijsters (2003) beschrijft hoe een muzikale vorm samenvalt met psychologische betekenis. Stern benoemt dit als *vitality affects*. Hij definieert deze *vitality affects* als 'de globale dynamische, kinetische kwaliteiten van het gevoel zoals: '(aan)zwellend', 'uitdovend', '(voorbij)snellend', 'explosief', 'crescendo', 'decrescendo', 'barstend', 'aanhoudend', dewelke onderscheiden moeten worden van de categorale

emoties zoals gelukkig, bedroefd of boos zijn' (Stern, geciteerd in Smeijsters, 2005).

Stern (1987) en Smeijsters (2003) zeggen over de vitality affects dat ze het concrete, verwoordbare gevoel en de concrete waarneming overstijgen. Hoing (2007) stelt dan weer dat de vitality affects voorafgaan aan het verwoordbare gevoel en de concrete waarneming. Vitality affects zijn volgens haar basaler en kunnen al ervaren worden vooraleer de gevoelens zelf benoemd kunnen worden. Vitality affects zijn geen primaire gevoelens, ze zijn ook niet eenduidig te benomen. 'Ze beschrijven overigens niet het concrete gevoel, maar wel de manier waarop het zich voordoet' (Hoing, 2007).

Aangezien we muziek kunnen beschrijven met dezelfde begrippen waarmee deze dynamische, kinetische kwaliteiten van het gevoel beschreven worden, acht Smeijsters (2005) het voldoende aangetoond dat er een analogie is tussen de muzikale vorm en de vorm van gevoelens. Een analoge ervaring levert intieme, maar directe kennis op over hoe een persoon functioneert, reageert en interageert met anderen (Hoing, 2007). Dit is de analogie die ook duidelijk in het werken met Greet naar voren kwam: de manier waarop Greet zich aanvankelijk in de muziek liet afhangen van mijn spel, was ook eigen aan haar houding buiten de therapie of de muziek.

Stern (1987) beschrijft een aantal parameters die de vitality affects bepalen en waarmee in de praktijk van de therapie aan de slag kan gegaan worden. Via het bewerken van muzikale parameters kunnen we volgens hem *op een analoge manier ook het psychisch proces bewerken*. Bovendien kunnen we de *parameters* gebruiken om iets over de muziek te zeggen en samen met de cliënt op zoek te gaan naar waar de analogie op psychisch vlak voor hem of haar kan liggen. Uit de casusanalyse blijkt dat dit in het geval van Greet vooral over dynamiek, vorm en ritme ging. De analogie op psychisch vlak lag voor haar vooral bij deze parameters; hiermee hebben we dan ook voornamelijk gewerkt.

Stern heeft het, voor de volledigheid, over de parameters 'vorm', 'intensiteit', 'beweging', 'aantal' en 'ritme'. *Vorm* kennen wij doorgaans als ruimtelijke vorm. Echter, dankzij de crossmodaliteit kan de vorm van de vitality affects zich nog op andere manieren manifesteren, zo ook in de muziek, wat geen ruimtelijke expressievorm is, maar eerder één in de tijd. De vorm van de muziek kunnen we afleiden uit de opeenvolging van bepaalde geluiden en pauzes, herhalingen, modulaties, etc.

De intensiteit van een gevoel kan ook weer in de intensiteit van de muziek weerklinken. Zo kan een geluid crescendo of decrescendo gaan. Ook vibrato en het timbre van een bepaald instrument kunnen meer of minder intens klinken.

De beweging vervolgens, wordt in de muziek vertegenwoordigd door de snelheid en eventuele versnelling waarmee de geluiden klinken. Intensiteit en beweging zijn parameters die nauw bij elkaar aansluiten.

Het aantal komt in de muziek overeen met de hoeveelheid geluid. We

spreken ook over dichtheid van de muziek, waarbij een dicht spel staat voor een spel waarbij veel geluiden elkaar snel opvolgen. Een open spel kenmerkt een spel waarin het aantal stimuli beperkt is.

Het ritme is een term die recht uit de muziektheorie komt en daar verwijst naar de wisseling tussen langere en kortere tijdseenheden (Hoing, 2007).

4.2.2 Muzikale componenten: Hegi

Waar Stern vooral de nadruk legt op de theorie van de vitality affects in samenhang met muzikale parameters, bekijkt Hegi (1986) het weer net anders. Hij ontwikkelde de componententheorie: de theorie van de muzikale componenten, ook elementen genoemd. Hij beschrijft deze componenten (klank, ritme, melodie, dynamiek en vorm) wat betreft hun therapeutische en diagnostische dimensie. Hij baseert zich hiervoor op enkele wetten uit de Gestaltpsychologie:

- 'Het geheel is meer dan de som der delen' en 'een verandering van een deel kan het geheel veranderen'
- 'De wet van figuur en achtergrond': de afzonderlijke componenten worden altijd in relatie tot het geheel geplaatst. Er wordt nagegaan welke invloed zij op het geheel hebben (Smeijsters, 2003).

Als de link verder gelegd wordt, kan men besluiten dat Hegi verder gaat dan het louter muzikale: net zoals de afzonderlijke componenten altijd in hun *geheel* (= alle componenten samen) moeten bekeken worden, zo is dat ook het geval met een cliënt. *Zijn stoornis of zijn symptomen moeten altijd in verband worden gesteld met de gehele persoon en diens context*. Deze visie komt ook overeen met de resultaten uit de verschillende interviews.

Hegi komt, op basis van jaren ervaring als muziektherapeut, tot de conclusie dat bepaalde componenten vooral bij bepaalde psychische problemen of stoornissen op de voorgrond komen te staan.

'Door op de componenten therapeutisch in te werken, kan via een niet-cognitieve weg op de problematiek ingewerkt worden. Ik improviseer met de stoornis, versterk daardoor de stoornis waardoor bij de cliënt de natuurlijke drijfveer tot veranderen wordt opgeroepen. Door te werken met de componenten wordt een persoon gecomponeerd' (Hegi, 1986).

Greet is voornamelijk aan de slag gegaan met de componenten vorm, dynamiek en ritme. Volgens Hegi is dat niet zo vreemd. Hij stelt (1986) dat het spelen van ritme-instrumenten een groot effect kan hebben als het gaat om het ervaren van grenzen. Bij bv. trommelen neemt een gecentreerde lichaamshouding een belangrijk rol in. Bovendien benadrukt het voelen van de slagen de eigen lichaamsgrenzen. Wat vorm betreft, stelt Hegi dat cliënten met een bepaalde problematiek vaak gebonden zijn aan vaste vormen van on vervulde behoeftes. Uit angst voor de inhoud ervan, blijven ze binnen een bepaalde vorm. Volgens Hegi is 'genezing' mogelijk op het moment dat de cliënt bereid is om 'zijn' vorm los te laten. Dit wordt mogelijk door improvisatie, want improvisatie maakt het mogelijk om vorm los te laten en om een nieuwe vorm te creëren. Dat is waar Greet in de loop van het therapieproces ook mee bezig is geweest.

4.3 Methodische invalshoek betreffende eigen verantwoordelijkheid

Het nemen van de eigen verantwoordelijkheid door de cliënt en het (gedeeld) probleem-eigenaarschap zijn thema's waar al langer mee geworsteld wordt. Sinds het einde van de 19^{de} eeuw, zijn er verschillende periodes te onderscheiden geweest met telkens een andere visie op de behandeling van cliënten met een psychiatrische diagnose. Waarom mijn methodische invalshoek momenteel berust op het terug actiever maken van de cliënt en hem/haar weer meer verantwoordelijkheid geven, beschrijf ik in deze paragraaf.

4.3.1 Visie op de psychiatrische behandeling sinds eind 19^{de} eeuw

Een uitgebreide beschrijving van de geschiedenis van de psychiatrische behandeling, is terug te vinden in bijlage 2. Hieronder ziet u echter de schematische samenvatting van die geschiedenis.

Periode	Uitgangspunten	Cliënt	Hulpverlener
1850 – 1890	Moral Treatment: agogische visie	Geen passiviteit, verplicht om te werken	Relatieopbouw belangrijk, toch 'bewaker'
1890 – 1920	Biologische factoren van de ziekte belangrijker	Bedverpleging, fysieke therapieën: passiviteit, geen enkele verantwoordelijkheid	Verpleegkundige taken, uitvoerders, bewakers
1920 – 1950	Agogische aanpak	Activeringstherapieën: Zinnvolle dagbesteding, verantwoordelijkheid opnemen	'Bewaker' wordt 'begeleider' Verantwoordelijkheid opnemen
1950 – 1970	Medicamenteuze aanpak	Minder verantwoordelijkheid	Onderscheid tussen fysieke ziektes en psychische ziektes
1970 – 1990	Morele / existentiële dimensie wordt belangrijker	Verantwoordelijkheid wordt doorgeschoven maatschappelijke / sociale factoren	Grote verantwoordelijkheid: er worden allerhande oplossingen verwacht
1990 – ...	Biologische psychiatrie: medisch-psychiatrische aanpak	Meer aandacht voor genetische factoren, verantwoordelijkheid wordt weer kleiner	Gestandaardiseerde zorg betekent minder eigen autonomie en verantwoordelijkheid

Figuur 2. *Overzicht van de visie op psychiatrische behandeling sinds eind 19^{de} eeuw.*
(Bron: Hutschemakers, Tiemens en Smit, 2006).

Er is duidelijk sprake van een golfbeweging door de jaren heen. In de tweede helft van de 19^{de} eeuw was passiviteit helemaal niet aan de orde en was er aandacht voor de therapeutische relatie, hoewel deze onderling niet als gelijkwaardig kon beschouwd worden. De daarop volgende dertig jaar (eind 19^{de} - begin 20^{ste} eeuw) was er allerm minst sprake van eigen verantwoordelijkheid door de cliënt: de ziekterol werd duidelijk gestimuleerd en cliënten werden in de passiviteit geduwd.

Dat veranderde echter weer in de periode die volgde. In de eerste helft van de 20^{ste} eeuw was er sprake van verdeeld probleemeigenaarschap; ieder moest zijn eigen verantwoordelijkheid opnemen, zowel de cliënt als de hulpverlener. Activeringstherapieën waren belangrijk om passiviteit tegen te gaan.

Door de opkomst van nieuwe medicamenteuze therapieën werd tussen 1950 – 1970 de verantwoordelijkheid door de cliënt deels geminimaliseerd. Eind 20^{ste} eeuw werd die verantwoordelijkheid dan weer doorgeschoven naar maatschappelijke en sociale factoren; van de hulpverlener werd in die periode verwacht dat hij met oplossingen kwam aandraven. Eind 20^{ste} – begin 21^{ste} eeuw ten slotte, wordt er weer meer aandacht geschonken aan de medicamenteuze aanpak en gaan ook de genetische factoren een belangrijke rol spelen. Hierdoor wordt de eigen verantwoordelijkheid van de cliënt kleiner; maar tegelijk is er door de intussen gestandaardiseerde zorg, voor de hulpverlener ook geen verantwoordelijkheid of autonomie meer weggelegd (Hutschemakers, Tiemens en Smit, 2006).

De golfbewegingen zijn er natuurlijk niet voor niets. Ze geven aan dat thema's als eigen verantwoordelijkheid opnemen en gedeeld probleemeigenaarschap niet vanzelfsprekend zijn en dat een algemeen geldende waarheid moeilijk te verwezenlijken is. De geschiedenis herhaalt zich, maar uit de geschiedenis kan ook geleerd worden. Dat beschrijf ik in de volgende paragraaf.

4.3.2 Twee soorten professionalisering

Samenhangend met de beschrijving van de geschiedenis van de psychiatrie, en welke behandelfocus daar telkens bij hoort, kunnen we twee soorten professionalisering onderscheiden.

'Deze manieren van professionaliseren starten met de veronderstelling dat sommige problemen in het publieke domein zoveel aparte *kennis* vragen, dat daarvoor *experts* moeten worden opgeleid. Deze experts hebben geprobeerd om naar adequate oplossingen te zoeken voor de problemen die zich stelden. Hoe verder men daarin komt, des te eenvoudiger is het om vervolgens die oplossingen te benoemen en hun effectiviteit te gaan onderzoeken' (Hutschemakers, Tiemens en Smit, 2006, p. 39).

Daarmee wordt kunst eigenlijk kunde: er moest een *scheiding komen tussen de personen die de deskundigheid bezitten en de deskundigheid zelf*, die meer en meer werd vertaald in specifieke *interventies*. Er wordt eigenlijk gevraagd dat kennis expliciet wordt gemaakt, want dit soort kennis laat zich overdragen, systematiseren en toetsen.

In die context spreken we over het professieparadigma (experts die 'alles moeten weten') en over het interventieparadigma (experts die uitvoeren wat voorgeschreven staat: de interventies).

Volgens Hutschemakers, Tiemens en Smit (2006) hebben deze twee traditionele wegen van professionalisering geleid tot de huidige impasse in de geestelijke gezondheidszorg, die zich zou kunnen laten samenvatten met de slogan: 'Het ontbreekt in de GGZ aan probleemeigenaren'. De auteurs stellen dat er niemand is die het probleem ten volle tot het zijne maakt, maar dat iedereen wel een beetje verantwoordelijk is voor de oplossing ervan. Volgens hen impliceert dit het soort zorg dat risico's wil vermijden; goede zorg vraagt echter om deelnemers die risico's durven nemen.

In het *professieparadigma* is het overduidelijk dat de expert, dus de *hulpverlener*, *probleemeigenaar* bij uitstek is. Hij beschikt echter over de nodige expertise om een specifiek probleem op te lossen.

Hulpverleners zetten zich in deze optiek dus tot het uiterste in ten behoeve van de oplossing van het probleem. De *cliënt* is bij dit 'expertdenken' weliswaar de eigenaar van een probleem (letterlijk), maar is deze in *geen geval probleemeigenaar* (figuurlijk). Het is immers de expert die instaat voor de oplossing van het probleem. De rol van de cliënt is hierbij eigenlijk 'lijder'.

Het *interventieparadigma* werkt dan weer helemaal omgekeerd: de hulpverlener heeft hierbij een groot deel van zijn verantwoordelijkheden afgegeven, hij deed *afstand van zijn rol als probleemeigenaar*. Maar

hij is verantwoordelijk geworden voor de kwaliteit van zijn professioneel handelen: als hij handelt in de lijn van de wetenschap, kan hem later eigenlijk nooit iets verweten worden: hij volgde gewoon de procedure. Maar wie is op dat moment dan verantwoordelijk voor de oplossing van de problemen?

De rol van de cliënt is bij het interventieparadigma al wat actiever, de *cliënt krijgt meer zeggenschap*.

‘Toch is daarmee de cliënt nog geen probleemeigenaar in de zin van verantwoordelijk voor de oplossing van het probleem. Integendeel, het probleem waaronder de cliënt gebukt gaat, wordt bovenal al een medisch probleem gezien. De cliënt treft daarvoor geen blaam. En als de behandeling onverhoopt niet tot goede resultaten leidt, dan kan de cliënt ook daar niet voor verantwoordelijk worden gehouden. De cliënt is hooguit verantwoordelijk voor de kwaliteit van zijn medewerking, waarbij tegelijkertijd geldt dat gebrek aan medewerking ook een gevolg kan zijn van de stoornis’ (Dalrymple, 2001).

De professionals worden steeds minder aangemoedigd om in problematische zorgsituaties de verantwoordelijkheid naar zich toe te trekken, integendeel: vaak is het zo dat de professional zich in het defensief gedrongen voelt en machteloos wordt gemaakt. Dit in groot contrast met de ‘alleswetende experts’ die zich bij het professieparadigma handhaafden.

Het verdwijnen van het professionele eigenaarschap en als gevolg de professionele demoralisatie, wordt als volgt beschreven: ‘Voor veel professionals geldt dat de bedreigingen het op dit moment winnen van de uitdagingen, met als gevolg dat de verschillende professionele beroepen aan status en aantrekkingskracht verliezen’ (Hutschemakers, Tiemens en Smit, 2006). Telkens luidt de conclusie dat door het verlies aan professionele autonomie, de professionals niet langer probleemeigenaar zijn en dat zij veel arbeidsvreugde hebben ingeleverd, waardoor het vermogen tot oplossen van problemen is afgenomen.

Hoe negatief dit allemaal ook klinkt: het biedt ook *aanknopingspunten* tot verandering. De verandering moet plaatsvinden op het gebied van probleemeigenaarschap. Helemaal terug naar het expertdenken, zou een stap achteruit zijn. Toch zal de professional *in eerste instantie* het voortouw moeten nemen. Dat blijkt ook uit de conclusie van de bundel ‘Beroepszeer’: ‘Verbetering van zorg is alleen mogelijk door een ‘herwaardering’ van de professional’ (Jansen, Pessers en van den Brink, 2005, p. 39). Maar de oplossing moet en mag uiteraard onmogelijk alleen van de *professionals* komen. *Cliënten* zullen er een zeer belangrijke bijdrage aan moeten leveren. ‘Zonder te ontkennen dat psychische problemen hen overkomen en dat ze er in belangrijke mate machteloos tegenover staan, moeten ze toch de macht naar zich toe trekken en zich verantwoordelijk maken voor de wijze waarop zij met deze problemen omgaan’ Als dit gebeurt, zijn dus zowel hulpverlener en cliënt al in actie gekomen. De *samenleving* moet echter ook verdragen dat hierbij risico’s zullen worden genomen. Alleen als er sprake is van samenwerking tussen deze drie groepen, ontstaat er een nieuwe weg tot professionalisering (Hutschemakers, Tiemens en Smit, 2006).

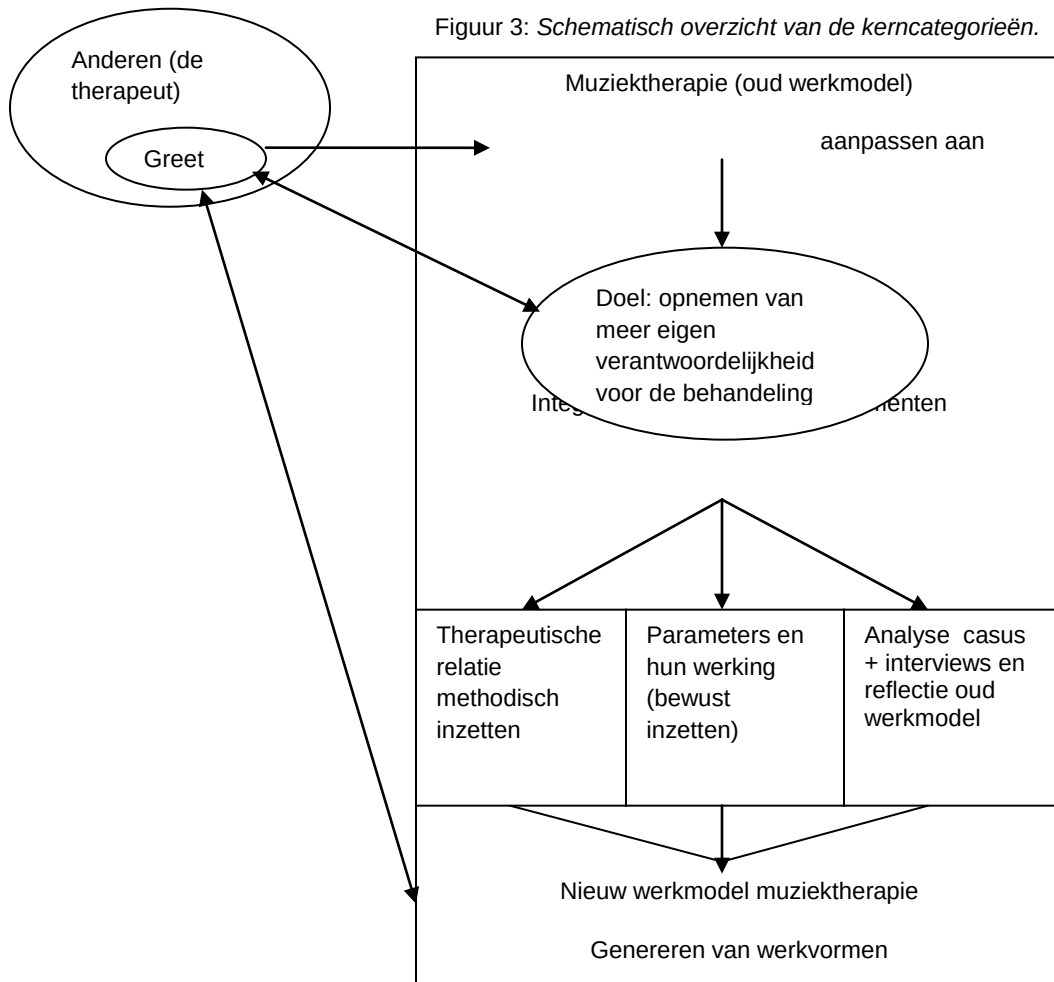
Conclusie

Hoe kan dat ‘verantwoordelijkheid opnemen’ en die muziektherapie met al zijn componenten en mogelijkheden nu samengebracht worden? Omdat Stern stelt dat muzikale vorm en psychologische vorm samenvallen (= vitality affects) en op die manier bewerkt kunnen worden, is het van cruciaal belang dat de cliënt zich niet volgend en passief opstelt. Hij laat dus niet alles van de ‘expert’ (therapeut) afhangen, zoals beschreven in het professieparadigma. Integendeel, de cliënt moet actief aan de slag met zowel de muzikale parameters (waarmee volgens Hegi op een niet-cognitieve manier ingewerkt kan worden op de problematiek) als met de therapeutische relatie, die tevens analoge processen kan blootleggen (Smeijsters, 2006). Doordat de nadruk tevens op de therapeutische relatie ligt en op het *gedeeld probleemeigenaarschap*, volstaat ook het interventieparadigma niet als oplossing. De verantwoordelijkheid opnemen op louter muzikaal gebied betekent het nemen van eigen muzikale initiatieven, het spelen met de muzikale elementen, enz. Kortom: het gaat over gelijkwaardig samenspel met initiatieven van beide kanten. Op niet-muzikaal gebied betekent eigen verantwoordelijkheid nemen dat de opstelling van de cliënt ten opzichte van de therapeut niet passief afwachtend en afhankelijk is tijdens de therapie. Er is sprake van tweerichtingsverkeer op elk gebied, zowel cliënt als therapeut nemen hun deel van de verantwoordelijkheid op.

Hoofdstuk 5 Resultaten

5.1 Kerncategorieën

De kerncategorieën beschrijven de belangrijkste begrippen die uit de data-analyse voortkomen. In dit schema worden deze begrippen naast elkaar gezet en met elkaar in verband gebracht. Op basis daarvan worden verder in dit hoofdstuk de resultaten gegeven. De casus van Greet is het uitgangspunt en dus ook het startpunt voor het onderzoek. Aan de borderline problematiek van de casus, is het therapiedoel 'opnemen van meer eigen verantwoordelijkheid voor de behandeling' gekoppeld. Muziektherapie neemt uiteraard een groot deel van het onderzoek in beslag. Door het integreren van methodische elementen, wordt er naar een nieuw werkmodel toegewerkt, gemaakt op maat van Greet.



Ik heb vier interviews afgenomen. Drie muziektherapeuten en een cliënt (namelijk mijn casusvoorbeeld Greet) hebben hun mening gegeven en hun ervaringen gedeeld. Bij elk interview kwamen dezelfde globale punten aan bod, maar het spreekt voor zich dat er per interview accentverschillen te merken zijn. Dat maakt het ook zo boeiend. De uitgeschreven interviews zijn te vinden in de bijlagen 4 t.e.m. 7. De verschillende aspecten waarover de vragen handelden en de samenvatting van de antwoorden hierop, leest u in paragraaf 5.2. Daarna heb ik de resultaten van mijn casusstudie op een rijtje gezet; dat is te lezen vanaf paragraaf 5.3.

5.2 Resultaten van de interviews

5.2.1 Ritme

Muziektherapeut 1

- Niet noodzakelijk makkelijk voor cliënten, integendeel: de cliënt kan zodanig in de puls zitten dat ritmisch variëren te moeilijk is; hij zit erin vast.
- Het is moeilijk om eenduidige wetmatigheden te vinden in hoe een cliënt ritme hanteert.
- Bij persoonlijkheidsproblematiek: niet uit de toon willen vallen en dus aansluiten.

Muziektherapeut 2

- Wellicht makkelijker te variëren met ritme dan met dynamiek: het komt minder snel dichtbij.
- Maar, een ritmeverandering kan bedreigend zijn: mensen lopen graag in de pas, zonder op te vallen.

Muziektherapeut 3

- Opvallend dat bij mensen met een persoonlijkheidsstoornis houvast wordt gezocht in ritme.
- Ritme is 'vaster' dan melodie, misschien minder grillig, in het algemeen beschouwd. Een herhalend ritmisch patroon wordt bijvoorbeeld vaak gebruikt als 'basis' om dan op te improviseren.

Cliënt

- Ritme pakt me meer dan melodie, maar dat is persoonlijk. Het loopt naar mijn gevoel meer door, ik vind het gemakkelijker om een ritmische variatie aan te brengen dan een melodische. De drempel om met ritme te spelen is voor mij kleiner. Bij melodische instrumenten moet je letten op ritme én op noten, en dat vind ik lastig, ik heb dan snel het gevoel dat het niet klinkt. Je hebt meer kans dat het 'past', met ritme.

Conclusie

Een paar zaken komen meermaals terug. Blijkbaar is ritme laagdrempeliger om mee aan de slag te gaan, dit komt wellicht door het doorlopende metrum dat een houvast kan bieden aan cliënten. Er moet ook geen rekening gehouden worden met toonsoort, 'juiste' noten, ... wat het misschien gemakkelijker maakt voor de cliënt om zich sneller wat vrijer te gaan bewegen.

5.2.2 Vorm

Muziektherapeut 1

- Vorm is moeilijk 'op zich' te bekijken, er komt altijd al een deel therapeutische relatie bij kijken als je bijvoorbeeld uitgaat van afspraken maken rond wie begint, wie eindigt, enz.
- Bij persoonlijkheidsproblematiek: niet uit de toon willen vallen en dus aansluiten.

Muziektherapeut 2

- Vorm is een ruim begrip, het houdt veel zaken in, maar het blijft een louter muzikale eigenschap van de muziek. Vorm kan zeer structurerend werken, en dat is bij uitstek een eigenschap van muziek.
- Vorm is een goede observatiebron, wat betreft het opnemen van eigen verantwoordelijkheid.

Muziektherapeut 3

- Vorm houdt veel in, maar wordt volgens mij (vergelijkbaar met ritme) heel vaak als houvast gebruikt. Houvast is voor patiënten met een persoonlijkheidsstoornis niet te onderschatten, aangezien zij vaak het gevoel hebben verlaten te zullen worden, of niet in de gading te vallen.
- Bij deze muzikale eigenschap, komt therapeutische relatie weer zeer duidelijk naar voren.

Cliënt

- In het begin waren afspraken rond vormgeving voor mij erg belangrijk. Ik moest weten wat jij verwachtte en hoe ik dat zo goed mogelijk kon doen. Na enige tijd, had ik door dat ik het spel niet moest afronden omdat bv. jij het saai zou vinden, maar omdat IK het saai vond of als mijn schouder pijn begon te doen.

Conclusie

Vorm is een nogal moeilijk te beschrijven element, maar is wel typisch voor muziek. Therapeutische relatie wordt er quasi onvermijdelijk deel van als je uitgaat van het maken van afspraken. Vormgeving kan danig veranderen bij het rijper worden van de therapeutische relatie (bijvoorbeeld minder nood aan afspraken, meer experimenterdurf). Ook bij vormgeving kan 'houvast bieden' een belangrijke factor zijn.

5.2.3 Dynamiek**Muziektherapeut 1**

- Erg herkenbaar voor cliënten met borderline persoonlijkheidsstoornis: werken met dynamiek. Deze mensen laten aanvankelijk vaak alleen maar zacht spel horen. Het is dus vaak een doelstelling om met deze cliënten met dynamiek te gaan werken.
- Bij persoonlijkheidsproblematiek: niet uit de toon willen vallen en dus aansluiten.

Muziektherapeut 2

- Erg herkenbaar voor cliënten met borderline persoonlijkheidsstoornis: werken met dynamiek.
- Het is een zeer belangrijke muzikale eigenschap. Dynamiek kan plots 'raken' door zijn intensiteit en is daarom niet de meest makkelijke parameter om mee te werken.
- Het is veel gevraagd om met dynamiek te werken, omdat het snel dichtbij kan komen. De intensiteit van de muziek kan namelijk makkelijk opgevoerd worden door het gebruik van dynamiek.

Muziektherapeut 3

- Dynamiek is de meest duidelijk waarneembare parameter in mijn praktijk.
- Patiënten met een persoonlijkheidsstoornis spelen 9 op de 10 keer zeer teruggetrokken als ze binnenkomen. Een verandering kunnen aanbrengen, na verloop van tijd, is zeer waardevol.
- Dynamiek is erg gevoelsmatig bepaald, vraagt meer buikgevoel dan de andere muzikale eigenschappen.

Cliënt

- Dynamiek komt heel snel (te) dichtbij.
- Maar dynamiek kan een spel zoveel mooier maken; dat heeft me overgehaald om er toch mee aan de slag te gaan.
- Het gaf me al heel snel het gevoel van een eigen inbreng te hebben in het spel en werkelijk het spel te kunnen beïnvloeden.

Conclusie

Dynamiek is een duidelijk waarneembaar element waar veel aandacht op gevestigd wordt. In het algemeen wordt er bij aanvang zacht, volgbaar spel waargenomen bij mensen met een persoonlijkheidsstoornis. Dynamiek heeft de eigenschap snel dichtbij te kunnen komen door de intensiteit van het spel, maar is tegelijk een krachtige muzikale eigenschap die mooie dingen kan toevoegen aan een spel. Mensen met een persoonlijkheidsstoornis zijn gevoelig voor 'intensiteit' in het algemeen, vaak is dat te verklaren vanuit opgelopen trauma's in het verleden.

5.2.4 Therapeutische relatie**Muziektherapeut 1**

- Niets van alle parameters en alle muziek is los te koppelen van de onderlinge relatie die er tot dan toe is.
- Samenspel is ook onderdeel van de therapeutische relatie.
- De therapeutische relatie bepaalt hoe de muziek klinkt en bepaalt bijgevolg dus het inzetten van de verschillende parameters.

Muziektherapeut 2

- Speelvrijheid wordt weinig door therapeutische attitude bepaald, wel door wat er in de muziek gebeurt.
- Therapeutische relatie is wel belangrijk, maar muziek doet het eigenlijke werk.

Muziektherapeut 3

- Therapeutische relatie is erg belangrijk en bepaalt voor een groot stuk het verloop van de therapie.
- Als de patiënt jou niet vertrouwt, gebeuren er veel 'on-echte' dingen, die geconstrueerd worden op basis van 'vertrouwen nog moeten winnen' en niet 'vertrouwen reeds verworven hebben'. Dat laatste is de basis voor een zinnige therapie.
- Als er geen sprake is van een goede therapeutische relatie, kan muziek niet in een therapeutische context worden geplaatst. Als er geen sprake is van muziek, is er uiteraard geen muziektherapie.

Clïënt

- Het feit dat de therapeut zich niet opstelt als allesweter, is belangrijk. Dan groeit ook het gevoel om mee te denken.
- Het tempo van de cliënt aanhouden is wel een must, forceren heeft absoluut geen goede uitwerking.
- De therapeut die suggesties aanbrengt, helpt nadenken, maar niet alles voorzegt, stimuleert het eigen nadenken; dat heeft dadelijk het effect dat je je eigen probleem meer tot jezelf neemt. Een ondersteunde houding van de therapeut is hierin wel belangrijk.
- De ruimte die de therapeut je geeft, is wel zeer belangrijk.

Conclusie

Het is moeilijk om de therapeutische relatie apart te zien van de muziek, en omgekeerd. Vertrouwen en wederzijds respect is uiterst belangrijk voor het welslagen van de therapie. Een ondersteunende, maar geen betuttelende houding, lijkt aangewezen. Dit geldt overigens niet alleen voor de houding van de therapeut, maar ook de muziektherapeutische interventies spelen hierbij een grote rol.

5.2.5 Eigen verantwoordelijkheid opnemen

Muziektherapeut 1

- Eigen verantwoordelijkheid opnemen, suggereert een stuk autonomie en verbondenheid met de eigen behandeling. Daarom moet bijvoorbeeld de dynamische veranderingen, vanuit de cliënt zelf komen en niet aangestuurd worden door jou als therapeut.
- Eigen verantwoordelijkheid nemen gebeurt als de cliënt een bewuste keuze maakt en een eigen positie laat zien, en niet alles op de therapeut afschuift. Het gaat om de intentie.
- Diagnose hangt ook samen met het opnemen van eigen verantwoordelijkheid: het is bijvoorbeeld typisch voor de borderline persoonlijkheidsstoornis dat er een afhankelijkheidsprobleem voorkomt.

Muziektherapeut 2

- Zeer herkenbaar bij persoonlijkheidsstoornissen: de afhankelijke opstelling t.o.v. de therapeut.
- Als therapeut alle verantwoordelijkheid zelf willen nemen, heeft echt geen zin, want dat werkt toch niet.
- De verantwoordelijkheid moet in veel gevallen vertaald worden als het leren omgaan met beperkingen, maar absoluut ook met alle mogelijkheden en om in DAT proces de verantwoordelijkheid en het probleemeigenaarschap naar zich toe te trekken.

Muziektherapeut 3

- Bij elke doelgroep (ziektebeeld) komt 'eigen verantwoordelijkheid' iets anders in beeld.
- Het is wel herkenbaar dat een algemeen 'passief zijn' en 'afschuiven op de therapeut' vaak voorkomt.
- Als middel om het gevoel van probleemeigenaarschap aan de cliënt te geven, kom ik niet met volledig uitgewerkte werkvormen naar de therapie.
- Soms is het moeilijk uit te maken wanneer iemand iets doet uit eigen beweging of omdat de patiënt denkt dat jij (therapeut) dat wil horen (wat weeral aanpassing zou zijn, dus absoluut geen eigen initiatief).
- Oplossingen, tips of adviezen aanbrengen als therapeut is zeker niet negatief, het gaat erover alert te blijven en te blijven bewaken wie de probleemeigenaar is.

Clïënt

- Het was dikwijls confronterend om op die eigen verantwoordelijkheid en het probleemeigenaarschap gewezen te worden. Verwacht worden om actief deel te nemen en mee te denken, was nieuw voor mij.

- De gedachte dat ik eigenlijk op ieder moment kon stoppen met spelen, zorgde ervoor dat ik in de muziek meer verantwoordelijkheid en initiatief durfde te nemen.
- Als je zelf dingen moet verzinnen, word je gestimuleerd om te blijven nadenken en niet af te haken.
- Na verloop van tijd had ik iets van: 'Als ik hier zelf mijn eigen spelvormen moet zitten verzinnen, mag ik toch ook wel kiezen hoe ze verlopen tijdens het spel hé'.
- Eigenlijk wordt dingen afschuiven op een ander, op termijn een gewoonte.

Conclusie

Eigen verantwoordelijkheid niet opnemen is deels stoornisgerelateerd. Echter, de manier waarop men met de diagnose en de beperkingen omgaat: daar kan aan gewerkt worden en dat is de essentie. Zaken afschuiven op de ander kan een automatisme, een gewoonte worden. Het is deels ook gewoon oefening om hier weer anders te leren mee omgaan. Als er verantwoordelijkheid verwacht wordt, groeit ook het eigen initiatief, er wordt gestimuleerd om zelf zeer betrokken te blijven.

5.2.6 Andere

Muziektherapeut 1

- Context (op alle gebieden) is noodzakelijk om te kunnen oordelen of iets werkt of niet.
- Behalve de context, is er ook nog de betekenis die eraan wordt gegeven, zowel door de cliënt als door de therapeut.
- Belangrijk om goed onderscheid te blijven maken tussen wat jij als therapeut wil, en wat de cliënt wil.

Muziektherapeut 2

- Muziek bepaalt de therapie. Zonder muziek en zijn parameters sta je nergens; therapeutische relatie is niet onbelangrijk, maar bepaalt de therapie in mindere mate dan de muziek. De muziek zegt veel meer.
- Melodie komt ook heel vaak voor: persoonlijke motivatie en interesse van de cliënt bepaalt.

Muziektherapeut 3

- Als therapeut kun je niet 'de oplossing' hebben of zijn. Wie dat denkt, raakt ontgoocheld en gedemotiveerd.
- Het is moeilijk om de muzikale eigenschappen afzonderlijk van de hele context te zien.
- Melodie komt voor in mijn praktijk, maar minder dan ritme. Toch is het zeker een belangrijke parameter.
- Het is belangrijk dat patiënten weten wat ze van de therapeut mogen verwachten, en omgekeerd.

Algemene resultaten van de interviews

Een aantal zaken komen meermaals terug. Er zijn natuurlijk nuanceverschillen te vinden in de meningen van de verschillende respondenten, maar ik geef een globale samenvatting van de belangrijkste punten. Er komt naar voren dat *ritme* in de regel toch laagdrempelig is om mee aan de slag te gaan. Ritme kan een duidelijke houvast bieden aan cliënten, door het doorlopende metrum. Het feit dat toonsoorten en juiste noten geen rol spelen, zorgt ervoor dat de focus alleen op het ritmespel kan komen te liggen. De cliënt kan zich daardoor allicht vrijer bewegen.

Vormgeving is een niet te onderschatten element in de therapie. Het is typisch voor de muziek, maar er komen ook al wat aspecten van de therapeutische relatie aan bod. Het maken van afspraken tussen cliënt en therapeut bijvoorbeeld, zal bij het begin van het proces wellicht anders verlopen dan aan het einde. Vormgeving kan danig veranderen bij het 'beter' worden van de therapeutische relatie (bijvoorbeeld minder nood aan afspraken, meer experimenteerdurf). Bij vormgeving kan weeral het 'houvast bieden' een belangrijke factor zijn.

Dynamiek wordt door alle respondenten zeer snel herkend als belangrijke parameter bij deze doelgroep. Het is een duidelijk waar te nemen element. Echter, zowel muziektherapeuten als de cliënt geven aan dat dynamiek niet de meest makkelijke parameter is om mee aan de slag te gaan. Het gebruik van dynamiek kan er echter voor zorgen dat een spel op korte tijd veel intenser wordt, en dat kan voor de cliënt teveel worden; het gevoel overspoeld te raken door intensiteit en bijgevolg door emoties, is dan niet veraf. Toch is dynamiek een krachtige muzikale eigenschap die mooie dingen kan toevoegen aan een spel.

Het belang van de *therapeutische relatie* mag in geen geval onderschat worden. Het is echter moeilijk om die relatie apart te zien van de muziek, en omgekeerd. Uit de interviews blijkt dat een ondersteunende houding tot op bepaalde hoogte wel is aangewezen, maar met in het achterhoofd dat het net gaat om probleemeigenaarschap en het opnemen van verantwoordelijkheid. Met andere woorden: die ondersteunende houding betekent niet dat de therapeut gaat overnemen, maar dat hij de kwaliteiten en de eigenschappen, de initiatieven en de ideeën (zowel verbaal als muzikaal) zal ondersteunen en bekrachtigen. Dat de moeilijkheid bij *het opnemen van eigen verantwoordelijkheid* ook deels stoornisgerelateerd is, staat vast. Hoe men echter met de diagnose en de beperkingen omgaat, daar kan men wel aan werken. Dat is ook de essentie van hoe ik 'eigen verantwoordelijkheid opnemen' opvat. Als er verantwoordelijkheid verwacht wordt, groeit ook het eigen initiatief, er wordt gestimuleerd om zelf zeer betrokken te blijven.

5.3 Resultaten uit het muziektherapeutische proces met Greet (rapportages)

5.3.1 Gebruik van muzikale parameters bij Greet

Met betrekking tot de muzikale parameters, leid ik af uit mijn rapportages van de behandeling van Greet, dat vooral *dynamiek, vorm en ritme* een prominente rol innemen bij de therapie, met betrekking tot het opnemen van meer eigen verantwoordelijkheid voor de behandeling door de cliënt zelf. Ik heb in de rapportages de verschillende werkvormen die we hebben gedaan, bekeken op basis van de parameters. Daarbij ben ik van de volgende zaken uitgegaan:

- Welke parameters spreekt de werkvorm (die we meestal gezamenlijk opstelden) het meest aan?
- Hoe uit Greet (via muzikale parameters) haar betrokkenheid bij het spel, dat in mijn optiek gezien kan worden als een opstap naar het nemen van meer eigen verantwoordelijkheid?
- Als Greet muzikaal initiatief neemt, hoe (a.d.h.v. welke parameters) gebeurt dat dan vooral?
- Welke muzikale of andere interventies hebben (welk) effect?

Tallose keren kwam ik bij de vorm, ritme en dynamiek uit.

Ritme

Dat ritme een vaak voorkomende parameter is die initiatief of betrokkenheid uitdrukt, is niet onlogisch in het geval van Greet. Zij had namelijk een voorkeur voor ritmische instrumenten en was iets minder melodisch ingesteld. De werkvormen, die we vaak samen uitdokterden, waren dan ook meestal op ritme gericht. Als er melodie aan te pas kwam, was het vooral van mijn kant. Greet heeft wel af en toe op de steeldrum gespeeld, maar ook die gebruikte ze meer als ritme- dan als melodie-instrument. Hoe Greet ritme inzette als teken van initiatief, was heel duidelijk: ze zette een variant in op het ritme waar wij op dat moment mee aan het spelen waren. Ik heb vaak nagevraagd hoe ze zich daarbij voelde als het initiatief tot ritmevariatie van haar kwam. Meestal kreeg ik dan terug dat ze het altijd heel spannend vond, maar dat mijn stabiel ritmisch spel voor haar heel belangrijk was. Ze voelde en hoorde het metrum constant doorlopen, en dat bood haar de mogelijkheid om een variatie te proberen. Het heeft echter een hele tijd geduurd voordat Greet überhaupt zelf het initiatief nam tot ritmevariatie. De eerste sessies kwam het initiatief vaak van mij uit, waarna Greet mij braafjes volgde. Toen ik in latere sessies de proef op de som nam en zelf een ritmevariant inzette, kwam het voor dat Greet mij niet gewoon maar volgde, maar zelf óók nog een andere variatie verzong en speelde. In haar ritmisch spel is dus duidelijk een evolutie geweest.

Dynamiek

Ook in het gebruik van dynamiek heb ik bij Greet heel wat dingen kunnen observeren en later ook nog eens kunnen afleiden uit de rapportages. Variaties in dynamiek kunnen soms heel logisch aanvoelen. Dat een muziekstuk op het einde rustiger wordt om uiteindelijk met een langzame diminuendo uit te sterven bijvoorbeeld, of net omgekeerd: dat er naar een climax wordt toegespeeld en dat er met triple forte wordt afgesloten. Om die reden, gebeurt een dynamische verandering vaak onbewust. Dat was ook bij Greet soms het geval. Dit is echter niet wat ik bedoel met 'meer eigen verantwoordelijkheid nemen' door middel van muzikale parameters. Er moet wel werkelijk een intentie uitgaan van het gebruik van de dynamiek en er moet sprake zijn van een bepaalde initiatiefname, om 'gecodeerd' te worden als aanwijzing van het opnemen van eigen verantwoordelijkheid in de muziek, door de cliënt. Voor Greet kwam het gebruik van

'intensiverende' dynamiek (grote crescendo / diminuendo) behoorlijk dichtbij. Het kon gevoelens en situaties naar boven halen waar Greet niet altijd behoefte aan had. Daarom was Greet, naar eigen zeggen, voorzichtig om met dynamiek aan de slag te gaan. Na verloop van enige tijd, vond Greet echter dat de muziek te weinig beweging kende zonder het gebruik van dynamiek. Ik gebruikte namelijk wel dynamische verschillen en het stoorde haar dat zij daar niet aan toe kwam. Omdat ze niet het gevoel had dat ik haar forceerde of 'dwong' om wel met dynamiek te werken, kon zij op haar eigen tempo en op haar eigen wijze zoeken naar manieren om die dynamiek niet te dichtbij te laten komen. Later heeft zij mij in nabespreking verteld hoe belangrijk het was dat ze voelde dat ze die vrijheid kreeg van mij als therapeut, om dat allemaal op haar eigen tempo te doen. Greet heeft voor zichzelf manieren gevonden om met dynamiek om te gaan zodat het voor haar werkbaar was:

- Plotse dynamische veranderingen probeerde zij te vermijden. Het waren meestal lang uitgerekte crescendo's, die zelden tot een echt grote climax kwamen. Ze waren echter wel goed hoorbaar.
- Greet hechtte zeer veel belang aan de timing van de dynamische veranderingen. Als ik bijvoorbeeld duidelijk moduleerde naar een mineur toonladder op piano, voelde Greet dat aan en wachtte ze op een mooi moment om dan bv. een diminuendo in te zetten. Het viel op dat zij bij majeur vaak harder speelde en bij mineur vaak zachter. Dat hield haar echter zeker niet tegen om op termijn ook kleinere dynamische nuances toe te voegen aan het zachte of hardere spel.
- Greet stelde zelf voor om een time-out mogelijkheid in te stellen, voor als het spel haar te dichtbij kwam. We spraken af dat zij op elk moment kon/mocht stoppen met spelen. Als ik zag dat zij stopte met spelen, was de afspraak dat ik wel alleen kon blijven spelen. Zij zou dan terug kunnen invallen. Als zij echter het 'cut' teken deed, zou ik zelf ook stoppen met spelen.

Vorm

'Vormgeving' in de muziek was voor Greet zeer belangrijk. Aan het begin van het muziektherapeutische proces, verwachtte Greet dat ik de vorm van bijvoorbeeld de improvisaties, voor haar reeds had voorgekauwd. Dat bleek echter niet zo te zijn en daar had zij het wel even moeilijk mee. De structuur die muziek kan hebben, was voor haar een grote houvast in het begin. Bij vrije improvisaties vroeg Greet zich af hoe ze daar toch moest aan beginnen en waar en op welke manier dat dan ging eindigen. Deze behoefte aan houvast heb ik natuurlijk niet genegeerd, maar ik heb haar hierbij zelf al heel gauw een stuk verantwoordelijkheid gegeven. In het begin maakten we afspraken, waarbij ik verwachtte (en dat ook benoemde) van Greet dat ze ook met ideeën of voorstellen zou komen. Hoe verder we in de therapie vorderden, hoe minder afspraken er vooraf nodig waren. Volgens mij was de houvast die ze aanvankelijk alleen maar in het medium zocht, verschoven naar de houvast die ze nu ook in de therapeutische relatie vond. Waar we aanvankelijk bijvoorbeeld soms afspraken wie het spel zou beëindigen, of toch aanstalten zou maken, deden we dat later helemaal niet meer en zagen we wel hoe het spel liep. Het heeft een tijd geduurd vooraleer Greet dan effectief bijvoorbeeld eens een spel op eigen initiatief beëindigde. Maar al redelijk snel, na enkele weken, vond Greet het niet meer noodzakelijk dat we daar vooraf afspraken over maakten. Ze heeft dus een evolutie doorgemaakt in wat ik 'vormgeving' zou noemen en vooral in de vrijheid die ze hierin verworven heeft, zonder zich nog zo afhankelijk te moeten opstellen tegenover mij.

5.3.2 Belang van de therapeutische attitude –therapeutische relatie

De valkuil voor mij bij deze cliënt, was dat ikzelf verandering wilde brengen in haar houding. Veranderen op zich was echter niet aan de orde! Het ging erom dat we voor haar bekende patronen zouden uitbreiden zodat ze vanuit haar kwaliteiten met situaties kon leren omgaan. Een verandering die ik als therapeut wil zien, maar die eigenlijk niet vanuit de cliënt zelf komt, is absoluut niet waardevol. Het is belangrijk in de context van eigen verantwoordelijkheid opnemen, dat de cliënt eerst maar eens inziet wie de probleemeigenaar is en met welke kwaliteiten van zichzelf hij die verantwoordelijkheid kan proberen op te nemen. *Het was dus van groot belang dat ik in het oog hield dat veranderingen vanuit zichzelf moesten komen en niet op aandringen of suggestie van mij.*

Een andere valkuil was om diep(er) te willen ingaan op zaken die zij aangaf, inhoudelijk. Ook dit was niet aan de orde. We werkten in het hier-en-nu en gingen geen situaties bewust oprakelen of doorwerken.

Een gepaste attitude bij Greet was volgens mij een open houding, maar met de juiste afstand. 'Juist' is natuurlijk moeilijk definieerbaar, maar de (figuurlijke) veiligheid bewaren was ook een niet te

onderschatten punt bij deze cliënt. Het vertrouwen moest in tact blijven. *Het was belangrijk om grenzen in de gaten te houden en afspraken te respecteren.*

Ik moest er op letten om absoluut in het hier-en-nu te blijven. Zoals ik al vaak benoemde, was het uitgaan van de kwaliteiten van Greet een belangrijke peiler in de therapie. Voldoende aandacht hebben voor haar sterktes en de oplossingen die zij hier misschien zelf al voor aanbiedt, was dus zeker van belang. Dat was namelijk uiteindelijk het doel: dat Greet zelf met oplossingen of initiatieven zou komen en zich niet meer passief en afhankelijk van de therapeut opstelde. *Leren omgaan met haar situatie en haar hiervoor ook de verantwoordelijkheid laten opnemen, was de bedoeling van de therapie. In het hier en nu werken was daarvoor onontbeerlijk.* Samenhangend met de therapeutische attitude, was de therapeutische relatie in het werken met deze cliënt ook zeer belangrijk. Zowel uit de rapportages (dus de sessies met de nabesprekingen) als uit het cliëntinterview, blijkt dat de therapeutische relatie eigenlijk de basis is voor vooruitgang bij Greet. Aan het begin van de therapie –toen er eigenlijk nog geen sprake was van een sterke therapeutische relatie– zette Greet zichzelf compleet in de passieve volgersrol. Naar mate de tijd vorderde en er aandacht werd geschonken aan het opbouwen van een degelijke relatie, bleken volgende peilers belangrijk te zijn: Een gelijkwaardige opstelling, een ondersteunende houding en een eerlijke opstelling. Op bladzijde 45 staat nauwkeuriger beschreven wat onder deze begrippen verstaan wordt.

5.3.3 Resultaten betreffende gebruik van interventies

Op het gebruik van de *muzikale* interventies ga ik inhoudelijk dieper in bij het volgende hoofdstuk (discussie, hoofdstuk 6). Daar link ik het gebruik van de muzikale interventies aan de theorie. Hieronder zet ik echter de meest gebruikte / belangrijkste interventies (muzikaal en niet-muzikaal) op een rij:

Therapeutische interventies	Beknpte uitleg, aanvullende informatie
Containing	'Verdragen' van positieve en negatieve gevoelens, de ruimte bieden om deze toe te laten en deze opvangen (muzikaal).
Pacing	Aansluiten bij het energieniveau van de cliënt (muzikaal).
Rhythmic grounding	Een ritmische houvast bieden, een basis waarop eventueel geïmproviseerd kan worden (muzikaal).
Intensifying	Het bestaande spel meer intentie en/of expressie geven, door bijvoorbeeld het gebruik van meer dynamiek, ritmische variatie, enz. (muzikaal)
Imitating	Zowel muzikaal als niet-muzikaal gedrag spiegelen. Zo wordt de cliënt gevoelig gemaakt voor de manier waarop hij overkomt.
Interventies op gedragsniveau	Het geobserveerde gedrag benoemen: duidelijk werken in het hier en nu.
Uitdagen	Muzikaal of verbaal een andere positie innemen en krachtig neerzetten.
Nabespreken	Analoge gedragingen in het spel/ het vormgevingproces herkennen, verwoorden en terugkoppelen. Nabespreking kan echter ook oppervlakkiger plaatsvinden in termen van (niet) leuk / (niet) mooi / (on) aangenaam, enz. Dit wordt gekoppeld aan de 'waarom'-vraag.
Samenwerken	Ondersteunen in het vormgevingsproces, structuur bieden. Nadruk op de noodzaak van samenwerking door het aandeel van de cliënt.
Structureren	Afspraken en verwachtingen bij het begin van de therapie helder maken, deze ook consequent navolgen.

Figuur 4. Overzicht van toegepaste interventies.

Hoofdstuk 6 **Discussie**

6.1 Beantwoording van de vraagstelling

Voor de duidelijkheid nog even mijn vraagstelling:

‘Welke elementen van muziektherapie kunnen ertoe bijdragen dat de cliënt met een psychiatrische diagnose (DSM-IV) zelf meer verantwoordelijkheid kan opnemen voor zijn eigen behandeling?’

Ik heb in grote mate mijn vraagstelling kunnen beantwoorden. Uiteraard wist ik op voorhand dat met vier interviews en een casusonderzoek, ik niet de meest generaliseerbare beantwoording mocht verwachten, maar dat wordt beschreven in de paragraaf hieronder (6.2).

Op kleinere schaal heb ik echter wel een antwoord gekregen op mijn vraagstelling: ik kan benoemen welke elementen van muziektherapie kunnen bijdragen aan het opnemen (door de cliënt) van eigen verantwoordelijkheid voor de behandeling. De beantwoording van deze vraag bestaat uit meerdere aspecten, die zowel op de muzikale parameters en interventies gericht zijn, als op de therapeutische attitude en de relatie.

6.2 Beschrijving van de wijze van behaalde resultaten

De resultaten werden behaald op de voorgenomen wijze. Zoals beschreven in het onderzoeksvoorstel, heb ik verschillende interviews gedaan (drie interviews met muziektherapeuten en een cliëntinterview). Daarenboven heb ik de rapportages van het werken met Greet vorig jaar (op stage) grondig bestudeerd en er de zaken uitgefilterd die relevant waren voor het antwoorden van mijn vraagstelling.

Literatuuronderzoek is hierbij ondersteunend geweest.

Interviews

Ik had mijn vier interviews vroeg gepland; snel na de beoordeling van het onderzoeksvoorstel. Dat bleek een zeer goede zet geweest te zijn. Het nauwkeurig uitschrijven en coderen van de interviews is uiterst belangrijk voor de analyse ervan, dus het neemt ook de nodige tijd in beslag. Om de kwaliteitscriteria te kunnen garanderen, werden de interviews (en de analyse ervan) ook teruggestuurd naar de respondenten, die vervolgens hun aan- of opmerkingen konden geven.

De codering (kleurcodes) gebeurde onder de volgende categorieën: muzikale parameters, therapeutische relatie, eigen verantwoordelijkheid opnemen, en ‘andere’.

Casusrapportages

Ik heb al mijn verslagen, notities en het casusmateriaal grondig nagelezen en/of herbeluisterd. Sommige zaken hieruit kwamen ook weer aan bod in het cliëntinterview, waardoor ik nog eens kon nagaan of de interpretaties die ik gemaakt had, wel klopten.

Bij de casusgegevens heb er ik per sessie uitgefilterd wat belangrijk was of wat opviel in de sessie:

- Welke parameters spreekt de werkvorm (die we meestal gezamenlijk opstelden) het meest aan?
- Hoe uit Greet (via muzikale parameters) haar betrokkenheid bij het spel, dat in mijn optiek gezien kan worden als een opstap naar het nemen van meer eigen verantwoordelijkheid?
- Welke muzikale of andere interventies hebben (welk) effect?
- Als Greet muzikaal initiatief neemt, hoe (a.d.h.v. welke parameters) gebeurt dat dan vooral?

Deze categorieën werden gecodeerd (kleurcodes) om zo het overzicht te behouden en de vergelijking te kunnen maken.

Literatuur:

Het gebruik van literatuur had in mijn onderzoek een ondersteunende functie. Wat betreft relevantie van het onderzoek, aanscherpen van mijn gedachten, achtergrond van het thema en uitleg over verschillende begrippen, heeft de literatuur me veel nuttige informatie opgebracht die ik tussendoor heb verwerkt in deze scriptie. De literatuur heeft echter geen prominente rol.

6.3 Tekortkomingen en sterkten van het onderzoek

Tekortkomingen van het onderzoek

Het nadeel van een single case study, is dat de resultaten niet zo makkelijk veralgemeend kunnen worden. Een bepaalde casus wordt tot in de diepte bestudeerd en onderzocht, maar doordat een casus zo specifiek is, gelden de resultaten niet altijd voor een grote groep.

Een tweede tekortkoming, is het feit dat ik bij voorbaat al drie muzikale componenten heb genomen die als basis gelden voor de resultaten van 'het muzikale deel' van mijn scriptie. Ik heb me dus beperkt tot vorm, dynamiek en ritme. Op de overige muzikale elementen (tempo, melodie, metrum en timbre) ben ik niet of nauwelijks ingegaan. De reden hiervan is dat de drie componenten die ik eruit heb gehaald, de componenten zijn die eruit sprongen voor deze cliënt en in deze situatie. Met een andere cliënt (en dezelfde doelstelling) zouden er misschien (ook) andere muzikale componenten belangrijker zijn geweest. Dit benadrukt nog maar eens hoe individueel verschillende casestudy's kunnen zijn. Ik heb echter wel de mogelijkheid gegeven aan respondenten om hun aanvullingen hierover te geven. Het zou qua tijdsplanning ook niet haalbaar zijn geweest om alle muzikale componenten diepgaand te gaan onderzoeken.

Wat nog als tekortkoming zou kunnen gezien worden, is dat ik bij de interviews weinig belang heb gehecht (in de vraagstelling) aan het inzetten van muzikale interventies. De interventies op vlak van therapeutische relatie zijn meer aan bod gekomen. De muziek kwam zeker ook aan bod, maar eerder bekeken vanuit parametergebruik bij de doelgroep, dan als ingezette techniek door de therapeut. De oorzaak hiervan is tweeledig: enerzijds heb ik in mijn vraagstelling te weinig nadruk gelegd op de muzikale interventies, en anderzijds heb ik de muziektherapeuten er niet op gewezen dat dit ook een belangrijk punt kon zijn in de behandeling. De vragen in de interviews met de muziektherapeuten waren algemeen gesteld (niet alleen casusspecifiek) waardoor we hier minder snel op uitkwamen.

Bij het casusonderzoek en de analyse van de data kwamen die muzikale interventies echter wel aan bod.

Sterkten van het onderzoek

Behalve de tekortkomingen bij het onderzoek, zijn er ook een aantal factoren die mijn onderzoek sterker maken.

Het feit dat ik een cliëntinterview heb kunnen doen, is daarvoor zeker niet onbelangrijk. Uiteindelijk gaat het natuurlijk altijd over de cliënt en over het werken met hem / haar. Dat ik dergelijk open interview kon houden met Greet, heeft me veel verrijkende informatie uit eerste hand opgeleverd. Greet is ervaringsdeskundige, bovendien onderwerp van mijn scriptie, en kan concrete bewoordingen voor de concreet beschreven situaties geven.

Maar ook mijn interviews met drie muziektherapeuten, werkzaam in de psychiatrie, is een sterkte bij het onderzoek. Deze muziektherapeuten kennen elkaar niet, werken in drie verschillende psychiatrische instellingen, maar werken wel met dezelfde doelgroep. Zij konden ongezoeten hun mening geven en konden achteraf ook evalueren of ik de zaken die ze aanhaalden, goed had geïnterpreteerd.

Het feit dat mijn onderzoek zeer nauw aansluit bij recente ontwikkelingen in het werkveld van de psychiatrie, is ook een sterk punt. Het toont aan dat mijn probleemstelling alleszins niet overbodig of onbelangrijk is in het werkveld en dat het wenselijk of zelfs noodzakelijk is dat hierover verder wordt nagedacht, onderzocht en geschreven.

6.4 Verklaring en interpretatie van de resultaten

6.4.1 Resultaten op muzikaal vlak

Vorm

Hegi (1986) ziet 'vorm' letterlijk als geometrische vormen zoals veelhoek, cirkel, vierhoek, enz. Hij beschrijft de therapeutische waarde hiervan vooral als observatie-instrument. Zo wordt de driehoek in zijn optiek bijvoorbeeld gevormd door 'chaos', 'orde' en 'toeval'. Volgens Hegi weerspiegelt dit de

therapeutische relatie. Zelf heb ik het element vorm niet helemaal op dezelfde manier bekeken en gehanteerd. Vorm is in mijn optiek het geheel van afspraken en handelingen om tot een spel te komen en de structuur van het spel zelf. In het muziektherapeutische proces van Greet waren de volgende peilers hierbij belangrijk:

- Wie en hoe begint / eindigt de improvisatie?
- Worden er afspraken gemaakt over het verloop van de improvisatie?
- Maken we afspraken rondom de instrumentatie?
- Lassen we een time-out mogelijkheid in?
- Hoe verloopt de improvisatie muzikaal?

Toch is er een verbinding te maken tussen Hegi's visie en die van mij. Zo heeft Hegi het over 'chaos', 'orde' en 'toeval'. De afspraken waarover ik hierboven schrijf, zijn hier uiteraard mee te linken. Afspraken kunnen enerzijds orde in de hand werken, maar anderzijds kan er ook afgesproken worden om de improvisatie over te laten aan het toeval.

Vorm kan dus houvast bieden door de structuur die het biedt (wat bij Greet vooral in de eerste fase zeer belangrijk was). In de therapie met Greet fungeerde vorm ook gedeeltelijk als 'richtlijn' voor de therapeutische relatie: in het opstellen van de vorm van een muzikale improvisatie, werden verwachtingen en ideeën uitgewisseld.

Vorm is 'die in einem Tonstück vorhandene Ordnung' (Brockhaus, 2003). Vorm wordt gekenmerkt door een aantal regels die het bouwplan vormen voor een compositie, het is de ordening binnen een muziekstuk. Muziek is 'vluchtig' en kan onmogelijk twee keer op identiek dezelfde manier vertolkt worden. De waarneming van de muzikale vorm kan ook persoonlijk bepaald zijn. Vorm hoeft dus niet per se een statisch, vast gegeven te zijn maar kan beïnvloed worden door onze manier van denken: wat neem ik waar (selectie), in welke samenhang zet ik de verschillende delen, binnen welke context vindt iets plaats, enz. De vorm kan ook gestuurd worden door de spelers: doorzichtigheid kan verkregen worden door bijvoorbeeld motiefjes of thema's te herhalen, te variëren of door pauzes in te lassen (Peeters, 2001).

Theo van de Poel (2005) gebruikt het beeld van het bouwen van een huis:

'Ik kan bij elk nieuw idee naar believen een nieuwe kamer toevoegen. Of het huis daar mooier van wordt, dat is een heel andere kwestie. Ik zou ook van tevoren kunnen bedenken wat voor wensen ik heb en hoe het huis er in de toekomst zou moeten uitzien. Zo kan ik in één keer een huis bouwen dat staat en waaraan niets meer veranderd hoeft te worden.'

Hij vergelijkt de vorm met een bak vol ideeën, gevoelens, intenties (de inhoud). Zo is het maken van een compositie of improvisatie ook altijd een vormgevingsproces. *Men probeert een vorm te vinden voor wat men voelt.* Er zijn echter ook nadelen aan een al te strakke vorm met al te veel regels: het risico bestaat dat iemand zo hard in zijn hoofd zit, dat het belemmerend werkt om gevoelens kwijt te kunnen. Dit was vooral in de eerste fase met Greet het geval. Zij wilde alles duidelijk afgesproken hebben (strakke vorm) omdat ze niet uit de toon wilde vallen en mij niet wilde ontgoochelen.

Echter, als er helemaal geen vorm is en alles is toeval, dan kan de muziek volgens mij ook niet voldoende stromen, dan kan de luisteraar niet meer volgen. 'Eine gute Form lässt Raum zum erzählen aber hilft sich auf dass Relevante zu beschränken' (Brockhaus, 2003).

Het proces van muzikale vormgeving is niet te onderschatten; het impliceert het ordenen van gedachten en gevoelens, om deze muzikaal te kunnen uitbeelden. Dit had een prominente rol in het werken met Greet, vanaf de beginfase al, maar eigenlijk tot op het einde van de therapie.

Dynamiek

Hegi (1996) beschrijft dat het een therapeutisch doel kan zijn om een evenwicht te bereiken met betrekking tot dynamiek. Hij stelt echter dat dynamiek betrekking heeft op tegenover elkaar staande krachten die te maken hebben met 'wensen' en 'willen'. Volgens Hegi wil de woedende mens zich laten horen en wil de sensibele mens zacht spelen. Voor de component 'dynamiek' zijn volgens Hegi angsten, frustraties en de wil om deze te veranderen, bepalend.

Eigenlijk betekent dynamiek: de leer der sterkteverhoudingen. Dynamiek is een van de bouwstenen voor de speler (of de componist), om het 'melos' te bepalen. Het melos duidt de opvolging van toonhoogten aan die in een melodie voorkomen, los van de ritmische structuur. Melos en ritme samen, vormen de melodie. Het melos wordt mede door de dynamiek bepaald, concreet gebeurt dat door de regulering van de toonsterkten. Er wordt een verschil in karakter ervaren bij het spelen van een identieke melodie die

eerst zacht en vervolgens hard wordt gespeeld. De toonsterkte binnen een melodie kan bovendien veranderen, waarbij toenemende sterke meestal een vergrote spanning veroorzaakt, terwijl afnemende toonsterkte een ontspanningsgevoel kan oproepen (Peire, 2005).

Er zijn in principe vier hoofdsoorten dynamiek; Greet maakte echter niet van alle soorten gebruik:

- Stabiele dynamiek: er zijn geen schommelingen in de sterkte.
- Labiele dynamiek (wordt ook wel overgangsdynamiek genoemd): verschillende sterktegraden kunnen geleidelijk in elkaar overgaan, bijvoorbeeld van zacht naar sterk of omgekeerd.
- Seriële dynamiek: De dynamische sterktegraden zijn volgens een serieel patroon gerangschikt en zijn dus voorspelbaar.
- Terrassendynamiek (wordt ook wel registerdynamiek genoemd): verschillende sterktegraden werden naast of tegenover elkaar geplaatst zonder geleidelijke overgangen, plots dus.

(Peire, 2005)

Net doordat er verschillende soorten dynamiek bestaan, biedt het werken met dynamiek zoveel mogelijkheden. Greet had bijvoorbeeld van nature een stabiele dynamiek (altijd zacht). Met plotse dynamiek (terrassendynamiek) had Greet het lastig: dit bracht bij haar quasi herbelevingen naar boven (het melos). Daarom opteerde zij zelf voor de labiele dynamiek in, waarbij er met overgangen gewerkt werd tussen de sterktegraden, zodat ze voelde aankomen wat er zou gebeuren in de muziek. Op die manier kwamen de emoties niet zo plots en abrupt op.

Ritme

Hegi (1986) beschrijft dat ritme te maken heeft met polariteiten: beweging-rust, en de afwisseling hiertussen. Hij stelt dat er storingen kunnen plaatsvinden die te maken hebben met structureren, indelen en plannen. Het gebrek aan waarneming bij mensen met autisme, ziet Hegi bijvoorbeeld terug bij het stereotiepe heen en weer schommelen: het is volgens hem een ritmische compensatie (Smeijsters, 2006). In het praktijkonderzoek met Greet, viel het op dat ze heel vaak teruggreep naar ritme, wellicht omdat dit voor haar een houvast betekende. In die zin was het inderdaad het ritme dat zorgde voor de structuur en de houvast waar Greet naar op zoek was. Die houvast miste ze op dat moment door haar verblijf in de psychiatrie, het constante gevoel verlaten te worden, de faalangst, enz.

Ritme is het muzikale element dat het meest met het lichaam is verbonden. Elk lichaam heeft zijn eigen ritme en tempo. Belangrijk hiervoor zijn de pols- en hartslag en de ademhaling. Ritme uit zich in hoe wij ons bewegen, lopen, slapen, in ons dag- en nachtritme, spanning - ontspanning, bioritme, enz. Maar ook in zaken die buiten onszelf liggen, komt ritme aan bod: het maandritme, de jaargetijden,...

De allereerste ritmische ervaring die een ongeborn kind heeft, is de hartslag van de moeder, de ritmische beweging in haar stem en het wiegende gevoel als ze loopt.

Vooraf in de muziek van Afrika, Latijns-Amerika en Azië is er ook een duidelijke verbinding tussen de hartslag van de muzikant en de puls in de muziek.

Het *ademritme* (inademen - uitademen - rust) wordt volgens de Westerse traditie vaak met de driedeling in de muziek gelinkt (bijvoorbeeld wals) terwijl de tweedeling (bijvoorbeeld mars) eerder verbonden wordt met de manier/snelheid van lopen en met de hartslag. De beweging kan of naar boven gaan zoals bij de wals (neer - op - op) wat meestal een opwekkend karakter heeft, of naar beneden gaan zoals bij de mars (op - neer; op - neer;) wat een eerder stabiliserend effect heeft.

De *natuurlijke pols* is aan kleine schommelingen onderhevig zodat het voor een mens onmogelijk is deze helemaal gelijk te houden.

In de elektronische muziek ligt dit anders: dit is een aanwijzing dat wij in de Westerse wereld ons 'natuurlijk ritme' al ten dele kwijtgeraakt zijn. Deze muziek met zijn bijna machinale exactheid heeft nog weinig te maken met het natuurlijke, menselijke ritme.

Wij zijn vaak aan 'maatschappelijke ritmen' onderworpen zoals bijvoorbeeld het met de klok opstaan (ongeacht het jaargetijde), acht uur aan een stuk werken, hoog werkritme, enz. Het ritme van spanning/ontspanning (openen/loslaten) wordt op die manier verstoord (Devreese, 2003).

De verstoring in het ritme laat zich ook vaststellen in onze manier van lopen. Bij Afrikanen bijvoorbeeld, ziet de beweging er meestal heel soepel en natuurlijk uit. Wij bewegen ons niet meer genoeg, de bewegingen zijn eenzijdig en op die manier wordt het lopen dan ook stijf, houderig. Dit verlies in beweging zou overigens leiden tot 'het meer in het hoofd zitten', dus tot meer beweging in het hoofd dan in het lichaam (Hegi).

In dit kader past dan ook de behandeling van patiënten met psychische disfuncties die veel baat zouden hebben bij 'runningtherapy'. De innerlijke beweging (de irrationele ideeën en het blijven hangen in de emotie angst) wordt omgezet in lichamelijke beweging en kan zo afvloeien.

Eigenlijk is ritmespel hiermee te vergelijken. Het weer opnieuw ervaren van het eigen natuurlijke ritme zou kunnen leiden tot het ontwikkelen van een groter lichaamsbesef en het zou belangrijk kunnen zijn om de grond weer onder de voeten te voelen. Het eigen ritme laat ook zien waar de eigen grenzen liggen, hoeveel energie er nog over is.

6.4.2 Resultaten betreffende muzikale interventies

Interventietechnieken van Bruscia

De meest gebruikte technieken die ik heb toegepast bij het werken met Greet, zijn: containing, rhythmic grounding, intensifying en pacing. De technieken rhythmic grounding en pacing passen goed bij het 'begeleiden', wat ik veelvuldig heb gedaan bij het werken met Greet.

Intensifying heb ik ook vaak gedaan, maar een paar keer werd ik daarbij gewezen op het effect dat deze techniek kan hebben; zo was er een sessie waarbij Greet aangaf dat ze het harder wordende geluid (van mijn piano, in dat geval) moeilijk kon verdragen. In mijn optiek was dat in eerste instantie gewoon een muzikaal 'passend' gegeven, maar voor Greet kwam het op dat moment hard binnen. Ik ben met deze techniek dus zorgvuldiger gaan omspringen, maar heb hem wel vaak toegepast, want ook subtiel kun je intensifyen. Containing werd in specifiekere situaties toegepast, zoals op de volgende bladzijde beschreven wordt.

Rhythmic grounding:

Bij rhythmic grounding wordt er een ritmische basis gespeeld (bij voorkeur geen te complex ritme) waarop de cliënt kan improviseren. De cadans stabiliseert het tempo, wat belangrijk is voor de cliënt en het spel dat ontstaat. De cliënt kan hierdoor zijn eigen impulsen beter controleren, waardoor hij zich ook veiliger en stabielier gaat voelen. Dit kan vervolgens dan weer een opstapje zijn naar meer eigenheid in het spel van de cliënt (Smeijsters, 2006). Doelen hiervan kunnen zijn:

- De cliënt probeert zich in de muzikale basis te integreren, op een zelf gekozen moment en manier. Hij heeft de mogelijkheid een eigen ritme te organiseren in het geheel.
- Stimuleren van muzikaal denken gebeurt door het vast kader (maatsoort en organisatie). Voor de cliënt is het mogelijk concepten in de muziek te ontwikkelen doordat er een doorlopend geheel is. Dat betekent dat hij na een tijd ook succes kan hebben (bv. binnen het metrum kunnen spelen) (Smeijsters, 2006).

Het doel van het inzetten van deze Brusciatechniek bij Greet was het veiliger, stabielier maken van het spel, en daardoor Greet meer kans geven om zelf met muzikale ideeën te komen, en zo succeservaringen opdoen. Dit is de hoofdgedachte hierachter.

Intensifying:

Intensifying gaat om het versterken van de expressie in het spel dat ontstaan is. Als intensifying goed wordt toegepast, stimuleert het de improvisatie, onder meer door het verhogen van de dynamiek, het tempo, het ritmegebruik.

De valkuil bij intensifying is dat de therapeut de impulsen van de cliënt niet meer kan controleren of de aandacht van de cliënt helemaal kwijt is. Het is dus belangrijk om te weten hoe ver je hierin kunt gaan. Dit hangt af van de cliënt, de therapeutische relatie die tot dan toe is opgebouwd en ook de fase van de behandeling. De impulsen van de cliënt kunnen bij deze techniek bijvoorbeeld tot een climax worden gevoerd, waarbij het wel belangrijk is om niet te gaan over-stimuleren (Bruscia, 1987).

Ik vroeg eigenlijk aan Greet om haar spel wat eigenheid te geven. Zonder eigenheid kon er echter ook geen sprake zijn van probleemeigenaarschap of het opnemen van eigen verantwoordelijkheid binnen de

behandeling. Eigenheid kon Greet onder andere laten horen door stevig (lees: niet gelijk aan 'hard') te spelen en muzikale parameters in te zetten. Het spreekt voor zich dat ik als therapeut ook deze parameters gebruikte in mijn spel. Ik greep wat ik hoorde in het spel van Greet aan, om dit te gaan versterken en eventueel uit te breiden. Dit kon Greet ervaren als een bevestiging van het feit dat ik haar intentie gehoord had en daarin meeding. Dit kon voor haar een beginpunt zijn om andere dingen te gaan uitproberen en verder te gaan experimenteren.

Pacing

Pacing is een techniek waarbij het vooral om empathie gaat. Hierbij neemt de therapeut het energieniveau over en hij gaat een speciaal soort van relatie aan met de cliënt.

Pacing betekent absoluut niet: precies hetzelfde doen als de cliënt. Het gaat om de intensiteit, het tempo en de inspanning van de cliënt, die wordt overgenomen. De klemtoon ligt hier ook vooral op de fluency en de dichtheid van de muziek. (Bruscia, 1987; Smeijsters, 2006).

Ik heb ongetwijfeld 'pacing' toegepast in het spel met Greet. Zeker bij het begin van de improvisaties werd deze techniek gebruikt. Dat spreekt eigenlijk vanzelf, gezien pacing betekent 'het energieniveau van de cliënt overnemen'.

Het overrulen van Greet zou het doel absoluut hebben voorbijgeschoten, gezien ego-versterking en uitgaan van de kwaliteiten van de cliënt, belangrijke peilers waren.

Containing

Containing is –net als pacing– een techniek waarbij empathie zeer belangrijk is. Het gaat bij containing echter nog wat verder. Eigenlijk betekent containing dat de cliënt een muzikaal equivalent zoekt voor zijn gevoelens, terwijl hij hierin door de therapeut wordt ondersteund. Hij voelt zich als het ware geborgen door de therapeut, via de muziek die onderling wordt gemaakt (Smeijsters, 2000).

De muziektherapeut houdt de gevoelens die bij de cliënt opkomen door het muzikale spel vast en vangt deze op zodat de cliënt zelf leert om de gevoelens te laten opkomen zonder ze te blokkeren.

In het muzikale spel met Greet heb ik meermaals containing toegepast. Af en toe ging Greet namelijk over haar grenzen. Door haar gefixeerd volgedrag (vooral aan het begin van het therapieproces) en haar neiging om alles te doen wat ik wilde, deed Greet in de muziek (bv. met onbekend instrumentarium) soms dingen waar ze eigenlijk zelf nog niet aan toe was en die haar druk opleverden. Deze zaken waren geen tekenen van het opnemen van eigen verantwoordelijkheid, integendeel. Greet liet hiermee geen enkele eigenheid zien, maar liet zich volledig leiden door wat ik 'wilde'. Als dergelijke situaties in de muziek voorkwamen, probeerde ik dat muzikaal op te vangen door containing toe te passen.

6.5 Resultaten betreffende niet-muzikale interventies

Deze sessies waren gestructureerd en vrij voorspelbaar in de vorm. Er was ruimte voor voorbespreking, evaluatie en suggesties tussenin, en nabespreking. Ik vond de verbale interventies bij deze opzet geen overbodige luxe.

Tijdens het spel heb ik in de regel geen verbale interventies gedaan. Doordat er al een behoorlijk stuk verbaal was, vond ik het heel belangrijk om de muziek te laten 'bestaan' zoals die er was.

Wel heb ik af en tot non-verbale signalen uitgestuurd: een aanmoedigende blik of knik, een lach,...

We hebben ook niet na elke improvisatie een 'hoe vond je het'-rondje gedaan, omdat het vaak overbodig was door de muziek zelf (en door de non-verbale signalen tijdens de muziek). Af en toe heb ik wel bewust nagevraagd hoe Greet het vond en wat ik bijvoorbeeld had opgemerkt. Waar daar precies de grens ligt of de 'voorwaarden' zijn om het wel of niet te vragen, kan ik moeilijk uitleggen. Ook dit was een wisselwerking tussen Greet en mij, én het muzikale spel. Dikwijls kwam na het afronden van het spel ook een heel impulsieve reactie van zowel Greet als van mij. Daar gingen we het dan vaak wel verder over hebben. De communicatie tussen Greet en mij verliep vrij natuurlijk, zowel verbaal als non-verbaal.

6.5.1 Resultaten betreffende therapeutische relatie – attitude

De gepaste therapeutische attitude is één van de voorwaarden om tot een stevige therapeutische relatie te kunnen komen. In die zin overlappen beide begrippen elkaar ook tot op zekere hoogte. De volgende drie peilers kwamen uit de analyse naar voor:

Gelijkwaardige relatie

‘Gelijkwaardigheid is niet alleen een gegeven, maar tevens een instrument om tot verandering te komen. Je kunt als therapeut hierdoor naast de cliënt staan en zij aan zij met de cliënt werken aan verandering. Je kunt putten uit je eigen ervaring en jezelf gebruiken als therapeutisch instrument. Je bent zoveel mogelijk hier en nu aanwezig bij jezelf, de cliënt en de relatie tussen jullie beiden, werkend vanuit jouw waarden als therapeut en mens’ (A-Tjak en De Groot, 2008).

Deze definitie van gelijkwaardig slaat volgens mij de nagel op de kop. Ik kan me niet voorstellen dat een cliënt zich geneigd zou voelen om zijn verantwoordelijkheid op te nemen t.o.v. de therapeut, als deze laatste zich volledig boven de cliënt plaatst. Als er geen sprake is van gelijkwaardigheid, kan er geen sprake zijn van gedeeld probleem-eigenaarschap, aangezien cliënt en therapeut op een heel verschillend niveau functioneren en dus niet op een lijn zitten.

Ondersteunende houding

Een ondersteunende houding hoeft niet enkel ‘het handje vasthouden’ te betekenen. Ondersteuning bieden kan ook inhouden dat de therapeut een houvast is voor de cliënt die op zoek is naar zijn eigen mogelijkheden en kwaliteiten (Janzing en Kerstens, 2005).

Omdat het zoeken naar die mogelijkheden de voorloper is op het kunnen opnemen van eigen verantwoordelijkheid voor de behandeling, is het belangrijk om deze ondersteunende houding ook te kunnen aannemen. Vooral bij persoonlijkheidsstoornissen is het niet vanzelfsprekend om een therapeutische relatie op te bouwen. Dat de therapeut ondersteuning kan bieden, is – zeker bij het begin van het proces – belangrijk voor de cliënt om te weten. Het is mogelijk dat hij/zij de stap naar het meer opnemen van verantwoordelijkheid anders niet durft te nemen wegens gebrek aan vertrouwen in de therapeut.

Eerlijke opstelling

Eerlijkheid tegenover zichzelf (in de functie van therapeut) en tegenover de cliënt is een belangrijke factor binnen therapie. Het is ook belangrijk dat de therapeut een open en onbevooroordeelde houding aanneemt (Janzing en Kerstens, 2005).

Als je als therapeut verwacht dat een cliënt meer eigen verantwoordelijkheid opneemt of daarnaar toe werkt, is het onontbeerlijk dat er een eerlijke, open houding is naar de cliënt toe. Het kunnen en durven benoemen van zowel positieve als negatieve signalen m.b.t. het opnemen van eigen verantwoordelijkheid is zeer belangrijk. Als er geen sprake is van eerlijkheid, is er volgens mij ook geen sprake van gelijkwaardigheid.

6.6 De uitwerking van het nieuwe werkmodel

Op basis van de analyse van de casus en van de resultaten uit de interviews werd het nieuwe werkmodel ontwikkeld. Het werkmodel is uitgewerkt in fases. Een therapeutisch proces wordt grofweg vaak opgedeeld in 3 fases: de beginfase, de tussenfase en de eindfase. Aan elke fase zijn doelen gekoppeld, die afgeleid zijn van het hoofddoel ‘het opnemen van meer eigen verantwoordelijkheid voor de behandeling’. Ik beschrijf dus de verschillende fases van de therapie en koppel de doelen die daarbij aan bod komen aan de betreffende methodische achtergronden.

Op basis daarvan worden therapeutische technieken geïnventariseerd. Ik ga echter ook op de houdingaspecten van de therapeut in.

Fase 1- Beginfase

Doelen:

- kennismaking
- opbouw van therapeutische relatie
- (her) ontdekken van eigen mogelijkheden en kwaliteiten

De kennismaking en de eerste indrukken van beide partijen zijn een niet te onderschatten deel van de eerste therapiefase. *De eerste indruk* is gebaseerd op de onbewuste, intuïtieve verwerking van een enorme berg informatie (Smeijsters, 2006).

Een eerste indruk hoeft natuurlijk niet altijd correct te zijn, maar het blijft vaak toch lang bij. Daarom is het, na de eerste indruk, belangrijk om meer tijd te besteden aan de kennismaking voor beide partijen. De manier van kennismaken hangt dan tegelijk alweer samen met het beginnen opbouwen van de therapeutische relatie. Er is een verschil tussen samen regels en afspraken voor de therapie vastleggen, of als een leraar de 'do's' en 'dont's' aframmelen. Dergelijke schijnbaar banale zaken kunnen al gevolgen hebben voor de cliënt wat betreft het zich op het gemak voelen bij de therapeut.

In de beginfase, kan er ook al een start gemaakt worden met het exploreren en op die manier het (*her*) ontdekken van de eigen mogelijkheden en kwaliteiten van de cliënt. In de eerste fase van de therapie, zal de therapeut zich vaak richten op technieken als *pacing en containing*, omdat deze ondersteunend werken en ruimte laten voor de cliënt om zonder teveel druk op zoek te gaan naar zijn mogelijkheden. Een ondersteunende therapeutische houding is hierbij vanzelfsprekend. Het is voor veel cliënten niet evident om op zoek te gaan naar eigen mogelijkheden en kwaliteiten, omdat er bij deze zoektocht onvermijdelijk ook beperkingen aan bod zullen komen. Hier komt de therapeutische relatie dan weer naar voren: als de cliënt (nog) geen vertrouwen heeft in de therapeut, zal hij zich eerder belemmerd voelen om uit te proberen, te falen, enz.

Emilie Conrad – Da'oud (2001) stelt het op deze manier: 'Wanneer iemand echt kan vertrouwen, en zijn gevoelens van afzondering en verlatenheid kan laten varen, begint hij met zijn lichaam te communiceren en zijn kwaal aan te pakken. De moeilijkheid, vanuit de therapeut gezien, is het feit dat vertrouwen geen bepaalde vorm heeft. Het vertrouwen is afhankelijk van iets wat de cliënt voelt in de waarde van de betrokkenheid zelf. Wanneer er vertrouwen heerst, voelt de cliënt de weerklank, voelt zichzelf in de therapeut. En dat vertrouwen vormt het zaad waaraan het genezingsproces kan ontspruiten.'

Er zijn in de muziek natuurlijk talloze manieren om ondersteunend te werken bij cliënten en hen op die manier de ruimte te laten om terug op zoek te gaan naar hun eigen bestaande mogelijkheden en kwaliteiten. In de eerste fase moet er voorzichtig worden omgesprongen met het begrip 'eigen verantwoordelijkheid', omdat de situatie van beide kanten nog onbekend is. De therapeut moet in eerste instantie observeren en afwegen wat haalbaar is (doelen formuleren voor de volgende fases van de therapie) voor elke cliënt individueel, want –zoals alle muziektherapeuten in de interviews ook aangeven– iedere cliënt is anders en heeft een andere draagkracht.

Daarom zal vooral de techniek *pacing* in deze eerste fase gepast zijn als therapeutische muzikale interventie. *Pacing* houdt in dat de therapeut het energieniveau van de cliënt overneemt, waardoor er op die manier een relatie ontstaat in de muziek. Om de experimenteerdurf aan te moedigen, is dit zeer belangrijk. Als een cliënt zich al in de beginfase 'overspeeld' voelt door de therapeut, verkleint de kans op experimenteerzin en –durf.

Er kan eventueel al sprake zijn van het samen zoeken en opstellen van werkvormen, maar in de regel zal in fase 1 vooral het exploreren belangrijk zijn, om op die manier weer zicht te krijgen op de mogelijkheden van de cliënt en om een inschatting te kunnen maken voor verdere therapiedoelen.

Mogelijke werkvormen in deze eerste fase:

- Egoversterkende werkvormen:

pianospel met zwarte toetsen (therapeut en cliënt samen)

pentatonisch samenspel: steeldrum en piano

ritmisch samenspel Tischtrommel

samenspel orff-instrumentarium: basstaven en metalfoon

- Rollenspelen: leider / volger / stoorzender / niet meedoen / solist. De cliënt en de therapeut nemen (afgewisseld) alle rollen op en verklanken deze muzikaal zoals zij de rol opvatten. Verbale nabespreking is

hierbij nuttig. Bij deze werkvorm komt het snel naar voren welke rollen de cliënt goed liggen en welke minder goed. Eventueel kunnen hieruit latere therapiedoelen worden afgeleid.

- Imitatiespel: twee rijen gelijke instrumenten staan tegenover elkaar. De therapeut en de cliënt zijn afgewisseld 'de leider'. 'De volger' heeft als taak om de leider identiek na te spelen op (ongeveer) hetzelfde moment, zowel identiek op gebied van instrument, als op gebied van tempo, dynamiek,... Bij dit spel komt het aanpassingsvermogen naar voren. Er kan een krampachtige zenuwachtigheid naar voren komen ('ik moet het goed doen'), maar er kan eveneens een eerder apathisch uitziende houding verschijnen ('ik kan het toch niet, ik doe geen moeite').

Fase 2 – tussenfase / werkfase

Doelen:

- meer inbreng bij opstellen en/of aanpassen van werkvormen
- meer eigenheid in het spel creëren, meer muzikale initiatiefname
- actief op zoek gaan naar mogelijkheden om reeds verworven capaciteiten uit te breiden
- actief op zoek gaan naar mogelijkheden om beperkingen om te buigen of te accepteren (coping)
- intact houden van de therapeutische relatie

In de tweede fase, die tussenfase of werkfase wordt genoemd, neemt het opnemen van meer verantwoordelijkheid tegenover de eigen behandeling een belangrijk deel in. Een voorwaarde om naar de tweede therapiefase door te kunnen stromen, is dat er sprake is van een veilige therapeutische relatie.

De cliënt heeft in de eerste fase van de therapie al succeservaringen in het medium opgedaan en ik als therapeut heb hem in de ontwikkeling en het proces hiervan ondersteund. Het opnieuw ontdekken van de eigen mogelijkheden was een doel in de beginfase. In de komende fases is het echter van belang om deze gevoelens te blijven bevorderen.

In de tweede fase staat het werken aan het gedrag centraal. In het geval van Greet is dat het werken aan de passiviteit en de negativiteit die ze vaak laat zien. Het gaat erom om leermomenten in het medium te beleven, zodat gedragsverandering en zelfinzicht wordt gestimuleerd. Zo wordt het ontwikkelen van *copingmechanismen* bevorderd. Dit betekent dat er gezocht wordt naar manieren om met ongewenste gevoelens om te gaan, bijvoorbeeld de frustratie als iets niet lukt of niet goed klinkt, de negativiteit bij een slechte dag, enz. Dit sluit aan bij de re-educatieve werkwijze volgens Henk Smeijsters (2006). Naast de re-educatieve is ook de supportieve werkwijze van toepassing. De supportieve werkwijze is vooral gericht op de eerste fase van de behandeling, maar komt toch steeds terug, omdat de therapeut een ondersteunende factor is en blijft bij het opnemen van eigen verantwoordelijkheid door de cliënt.

Deze 'leermomenten' kunnen zich muzikaal makkelijk manifesteren. Bijvoorbeeld: De cliënt komt binnen in het muzieklokaal en heeft absoluut geen zin om te spelen, want niets lukt en niets is goed vandaag, enz. Uiteindelijk probeert de cliënt toch een ritme te pakken te krijgen op djembé. Maar, het lukt niet goed, de cliënt valt uit het ritme, kan zich niet concentreren. Conclusie van de cliënt: 'Zie je wel! Niets lukt vandaag!' Gewenste conclusie: 'Oké, dit lukt niet. Hoe kan ik het ritme of het spel veranderen of gemakkelijker maken zodat het doenbaar wordt om me blijvend te concentreren?' De negatieve gedachtegang waar de cliënt zich direct aan waagt, moet doorbroken worden. Greet gaf in het interview al aan dat het eigenlijk vaak al een gewoonte geworden is om negatief te denken, snel op te geven en in passiviteit te verzinken. De leermomenten in de muziek zijn zeer analoog met de momenten van frustratie of neiging naar passiviteit in het dagelijkse leven. Het gaat telkens over hetzelfde: de zin ontbreekt, iets lukt niet, iets frustreert de cliënt, enz. Leermomenten in het medium kunnen gestimuleerd worden door het doelgericht inzetten van muzikaal materiaal. Het heeft wel zin om egoversterkend te werken (eerste fase) met muzikaal materiaal en werkvormen die de cliënt beheerst, maar het heeft weinig zin om met beheerst materiaal leermomenten op te wekken betreffende omgaan met negatieve emoties.

Wat betreft het *meer inbreng hebben van de cliënt bij opstellen en/of aanpassen van werkvormen*: dit is duidelijk in relatie met het thema 'verantwoordelijk opnemen'. Passiviteit en negativiteit staan in schril contrast met het opnemen van verantwoordelijkheid en het daarbij horende coping. Greet gaf aan in het interview dat ze het in eerste instantie erg lastig vond (en niet gewend was) dat ik als therapeut niet alles

op mij nam, bijvoorbeeld wat betreft het opstellen van werkvormen. Ik verwachtte van haar een stuk actieve betrokkenheid; samenwerking. De reden hiervoor duidelijk benoemen en bespreken met de cliënt is uiterst belangrijk, zodat het nut en de werking hiervan duidelijk is voor de cliënt.

Een mogelijkheid is dus om met een onuitgewerkt idee te komen als therapeut. Een idee hoeft geen echte werkvorm te zijn, maar er kan wel een werkvorm uit voortvloeien. De bedoeling en de mogelijke effecten worden besproken met de cliënt en de cliënt doet suggesties over hoe naar dat doel kan toegewerkt worden. De therapeut heeft daarbij een ondersteunende houding, maar houdt in de gaten dat de cliënt betrokken blijft en zelf actief deel uitmaakt van het muziektherapeutische proces.

Meer eigenheid in het spel en meer muzikale initiatiefname, volgt logischerwijs uit het hierboven beschreven fenomeen. Greet gaf aan in het interview, net zoals enkele andere muziektherapeuten, dat het krijgen van meer verantwoordelijkheid door bijvoorbeeld het helpen bepalen van de passende werkvormen, ook zorgt dat de cliënt meer betrokken is bij de uitvoering ervan. Doordat de cliënt al van bij het 'ontstaan' van de werkvorm eigen inbreng heeft gekregen en in samenspraak met de therapeut tot een werkvorm is gekomen waarvan beide partijen het erover eens zijn dat het een geschikte werkvorm is die tot het behalen van een doel kan leiden, is er meer betrokkenheid. Het 'nut' van de werkvorm moet echter niet meer gevraagd of aangetoond worden. Er moeten bij het begin van de uitvoering geen vragen meer rijzen over instrumentkeuze of opbouw van de werkvorm, want dat is al gebeurd bij de voorbespreking of tijdens het tot stand komen van de werkvorm. Uiteraard kunnen er nog altijd bijstellingen plaatsvinden als blijkt dat de werkvorm toch niet het beoogde doel bereikt; ook dit gebeurt weer in samenspraak. Natuurlijk heeft de therapeut soms suggesties terwijl de cliënt even niets weet, dat hoeft ook helemaal niet verkeerd te zijn. Het gaat over het algemene principe van gedeeld probleem-eigenaarschap: beide partijen werken eigenlijk naar hetzelfde toe en hebben ook allebei een aandeel in de weg daar naartoe.

Concreet kan meer eigenheid in het spel en meer muzikale initiatiefname vooral in de context van muzikale parameters gezien worden. Het gebruik van 'andere dynamiek' (in dit geval: het zich hoorbaar maken in de muziek door crescendo, accenten,...), van muzikale variaties (in dit geval vooral ritmische variatie, maar in andere gevallen evenzeer melodische variatie) en van vormgevingsaspecten. Een voorbeeld van meer muzikale eigenheid en initiatiefname met betrekking tot vormgevingsaspecten, kan bijvoorbeeld gaan over het maken van afspraken: is de therapeut degene die altijd met de ideeën komt rondom begin, verloop en einde van de muzikale improvisatie? Wil de cliënt telkens gelijkaardige afspraken maken of komen er ook vernieuwende ideeën die misschien meer uitdaging bieden?

Om tot meer eigenheid en meer initiatiefname van de cliënt in het spel te komen, zijn de interventies die de therapeut doet, natuurlijk ook zeer belangrijk. Waar pacing en containing al in de eerste fase van de behandeling aan bod kwamen, zullen *rhythmic grounding en intensifying* in de tweede fase nieuwe belangrijke interventietechnieken zijn.

Rhythmic grounding zorgt ervoor dat er een gestructureerde basis waarneembaar is waarop de cliënt kan gaan improviseren. Het exploreren van mogelijkheden (uit fase 1) wordt verder gezet, maar breidt zich uit. Niet alleen het exploreren van mogelijkheden komt nu aan bod, maar er wordt een stap verder gegaan, de grenzen worden afgetast. Dit betekent bijvoorbeeld dat de cliënt gaat soleren terwijl de therapeut de basis biedt door een gestructureerd en vaststaand ritme te spelen. Men komt (meestal) niet zomaar tot een solo; ook dit kan weer opgebouwd worden, bijvoorbeeld startend vanuit het spelen van een complementair ritme. Dit ritme wordt dan uitgebreid of gevarieerd (door de cliënt), terwijl de therapeut hetzelfde basisritme verder blijft spelen.

Intensifying is een interventietechniek van Bruscia die zeer passend is bij deze tweede fase van de therapie, de werkfase. Het intensiveren van muziek kan ervoor zorgen dat muziek een nieuwe dimensie krijgt, dichterbij komt, mooier wordt, enz. Als 'intensifying' wordt toegepast, betekent dat dat de expressie van het bestaande spel nog eens wordt versterkt. Dit kan de muziek bijvoorbeeld naar een hoogtepunt leiden. Het is echter wel belangrijk om niet te gaan over-stimuleren. Als dat toch zou gebeuren, is het ook weer aan de cliënt om de *eigen grenzen aan te geven*. Ook dit is een onderdeel van het opnemen van eigen verantwoordelijkheid. Een voorbeeld van intensifying bij een spel kan zijn: de cliënt speelt slagwerk, de therapeut piano. Er komt een dynamische versterking vanuit de cliënt; het spel krijgt een andere wending doordat de therapeut volle akkoorden begint te spelen in plaats van gebroken akkoorden. Het spel wordt geïntensiveerd en er komen weer nieuwe kansen om het opnemen van de eigen verantwoordelijkheid te laten zien: de cliënt kan ervoor kiezen om het spel verder te intensiveren, maar kan (muzikaal) ook aangeven dat het misschien te dichtbij komt; er moeten hierin zelfstandig keuzes gemaakt worden.

Het intact houden van de therapeutische relatie in de werkfase is zeer belangrijk. Greet gaf aan in het interview dat het niet altijd gemakkelijk was om die verantwoordelijkheid steeds terug te krijgen van de therapeut. Zeker bij mensen met een borderline persoonlijkheidsstoornis, is relatiehantering al geen vanzelfsprekendheid. Als de cliënt zich dan nog eens constant overvraagd of niet gesteund voelt, kan het voorvallen dat er deuken in de therapeutische relatie komen. Hutschemaekers, Tiemens en Smit (2006) stellen dat verantwoordelijkheid teruggeven aan de cliënt de populariteit van de hulpverlener in eerste instantie niet ten goede komt omdat cliënten niet gewend zijn om deze rol te moeten innemen en zich vaak al te graag nestelen in de passieve houding. Als deze doorbroken wordt, komen cliënten op onbekend terrein terecht waar ze zich niet veilig voelen.

Daarom acht ik het zo belangrijk dat er eerlijkheid, ondersteuning en gelijkwaardigheid is. Waar eerlijkheid heerst, is er de ruimte om twijfels en onzekerheden uit te spreken (zowel door de cliënt als door de therapeut). Waar ondersteuning heerst, is er de ruimte om fouten te (mogen) maken, te experimenteren en te zijn zoals je op dat moment bent. Waar gelijkwaardigheid heerst, is er sprake van een mens-tot-mens relatie, die niet gevoed wordt door machtsstrijd, maar door het samen zoeken naar de middelen om tot het gemeenschappelijke doel te komen.

Fase 3 - afsluiting

Doel:

- Analogie: toepassen in dagelijks leven
- Afsluiten van de therapie

Het opnemen van eigen verantwoordelijk voor de behandeling. Het klinkt als een mooi doel, maar je hebt er weinig aan als het enkel toepasbaar blijft op de muziektherapeutische behandeling. Uit het cliëntinterview met Greet bleek dat passiviteit en het doorschuiven van verantwoordelijkheid, ergens ook een 'gewoonte' is of kan worden. Mensen kunnen het blijkbaar op een bepaalde manier 'afleren' om verantwoordelijkheid op te nemen, door het lange tijd niet te (moeten) doen. Echter, het ervaren van zelf weer beslissingen te moeten nemen en de daarbij horende betrokkenheid die ontstaat, kan veel teweegbrengen bij een cliënt. Het gaat eigenlijk om een specifieke gedragsverandering op dat gebied, om het opnieuw 'aanleren' bijna. Er is sprake van analogie: uit de verschillende interviews blijkt dat het opnieuw alert worden gemaakt voor het nemen van verantwoordelijk en voor het probleemeigenaarschap in de therapiesetting, ook gunstige resultaten heeft voor het leven buiten de therapie of buiten de psychiatrie.

Het therapieproces waarbij de cliënt verondersteld wordt om meer eigen verantwoordelijkheid op te nemen en om zich mede als probleemeigenaar op te stellen, is een diepgaand proces. Het eist veel, van de therapeut, maar alleszins van de cliënt. Dergelijke fundamentele gedragsverandering vindt niet zomaar plaats en daarom is het belangrijk om de cliënt voldoende tijd te geven. Het tempo van de cliënt bepaalt, niet het tempo van de therapeut.

Bij het afsluiten van de therapie heb ik met Greet twee opnames gemaakt van ons samenspel. Het samenspel waarbij Greet zelfstandig voor het drumstel gekozen had en het ondanks haar grote angst voor het instrument toch had aangedurfd om hiermee aan de slag te gaan. Het was een symbolische afronding van het proces. De experimenteerzin en de eigenheid die Greet op deze opnames laat horen, is veelzeggend. Het fungeert als een leuke herinnering aan een zwaar proces.

Schematische weergave

Om het overzicht te bewaren, heb ik hieronder de voorgaande uitgeschreven tekst schematisch weergegeven. De eerste tabel is de samenvatting van de hierboven beschreven fases van de therapie, met daarbij de doelen, de werkvormen (kort), de therapeutische attitude, de interventies en eventueel nog aanvullingen. Omdat de werkvormen bij de eerste tabel slechts kort worden aangehaald, leest u in de tweede tabel de meer uitwerkte versie van deze werkvormen.

FASE 1

Doelen	- kennismaking - opbouw van therapeutische relatie - (her) ontdekken van eigen mogelijkheden en kwaliteiten
Werkvormen	- egoversterkende spelen (bv. Zwarte toetsen piano, pentatonisch spel steeldrum, ritmisch spel Tischtrommel, harmoniespel basstaven en metalfoon) - Rollenspelen - Imitatiespelen
Therapeutische attitude	- ondersteunende houding - vertrouwen geven - gelijkwaardige opstelling
Interventies	- pacing - containing - imitating - eventueel verbale nabespreking
Andere	- observeren van de draagkracht van de cliënt - exploreren zeer belangrijk

FASE 2

Doelen	- meer inbreng bij opstellen en/of aanpassen van werkvormen - meer eigenheid in het spel creëren, meer muzikale initiatiefname - actief op zoek gaan naar mogelijkheden om reeds verworven capaciteiten uit te breiden - actief op zoek gaan naar mogelijkheden om beperkingen om te buigen of te accepteren (coping) - intact houden van de therapeutische relatie
Werkvormen	- werkvormen worden gezamenlijk bedacht en geëvalueerd, indien nodig veranderd - basis met solomogelijkheden: inbouwen van solomomenten - verder egoversterkende werkvormen (zie hierboven beschreven) - nieuw materiaal: evt. gelijkaardige werkvormen, maar met instrumenten onbekend voor de cliënt - veel vrije improvisatie (=> grenzen aangeven, met muzikale parameters kunnen spelen, enz.)
Therapeutische attitude	- eerlijk - gelijkwaardige opstelling - ondersteunend
Interventies	- rhythmic grounding - intensifying - eventueel verbale nabespreking
Andere	- zelf de grenzen aangeven zeer belangrijk

FASE 3

Doelen	- analogie: toepassen in dagelijks leven - afsluiten van de therapie
Werkvormen	- werken naar eindproduct (opname / lied)
Therapeutische attitude	- eerlijk - gelijkwaardige opstelling - ondersteunend
Interventies	- Verbale nabespreking van het muziektherapeutische proces - intensifying - pacing - rhythmic grounding

Figuur 5. Schematische weergave van het nieuwe werkmodel.

Werkvorm	Doel	Uitleg – instructie	Opmerkingen
Zwarte toetsen (piano) Fase 1	- observatie - egoversterking - eigen sterktes / zwaktes opzoeken	De therapeut en de cliënt zitten beiden aan de piano. Therapeut zit links (lage tonen) en de cliënt rechts (hogere tonen). Er wordt afgesproken om alleen op de zwarte toetsen te spelen. De therapeut kan een ostinaat (zich herhalend motief) spelen waarop de cliënt kan improviseren.	Door de beperking in (pentatonische) tonen klinkt dit spel harmonieus. Therapeut kan eventueel ook improviseren.
Pentatonisch spel Fase 1	- egoversterking - observatie - eigen sterktes / zwaktes opzoeken	De therapeut speelt piano (pentatonische tonen), de cliënt speelt steeldrum (pentatonisch gebouwd). Zowel therapeut als cliënt kunnen ritmisch en melodisch improviseren.	Door de beperking in (pentatonische) tonen klinkt dit spel harmonieus.
Ritmespel: Tischtrommel Fase 1	- egoversterking - initiatiefname stimuleren	Er wordt geïmproviseerd naar een gezamenlijk ritme. Zowel therapeut als cliënt spelen op de Tischtrommel. Er kan gedeeltelijk gewerkt worden met aangeleerde ritmes (complementair, als basis) van waaruit verder geïmproviseerd kan worden.	De Tischtrommel is groot genoeg om met twee tegelijk op te spelen zonder dat de persoonlijke ruimte wordt overschreden.
Klankspel Fase 1	- egoversterking - initiatiefname stimuleren	De cliënt heeft een metalfoon, de therapeut basstaven. Afhankelijk van de basstaaf-tonen, wordt de metalfoon eventueel in tonen beperkt. Er ontstaat een harmonieus klankspel, met de metalfoon als 'solo' melodie-instrument op de begeleidende basstaven.	Het 'soleren' kan zo zeer worden uitgewerkt als gewenst op dat moment; het hoeft niet per se op de voorgrond te staan.
Rollenspel Fase 1	- eigenheid tonen - keuzes maken - sterktes / zwaktes opzoeken - initiatiefname stimuleren	Er zijn vijf rollen: leider / volger / stoorzender / niet meedoen / solist. De cliënt en de therapeut nemen (afgewisseld) de rollen op en verklanken deze muzikaal zoals zij de rol opvatten, op instrument(en) naar keuze.	Verbale nabespreking is hierbij nuttig. Bij deze werkvorm komt naar voren welke rollen de cliënt goed liggen en welke minder.
Imitatiespel Fase 1	- sterktes / zwaktes opzoeken - aanpassingsvermogen testen	Twee rijen gelijke instrumenten staan tegenover elkaar. De therapeut en de cliënt zijn afgewisseld 'de leider'. 'De volger' heeft als taak om de leider identiek na te spelen op hetzelfde moment, zowel identiek op gebied van instrument, als op gebied van tempo, dynamiek, enz.	Bij dit spel komt het aanpassingsvermogen naar voren.
Solospel Fase 2	- eigenheid tonen - initiatiefname stimuleren - stimuleren van probleemoplossend vermogen	De cliënt en de therapeut kiezen een instrument dat enigszins afgestemd is (of kan worden) qua volume. Vanuit gelijkwaardig samenspel wordt er naar solomomenten toegewerkt (afgewisseld therapeut en cliënt). Op het moment van de solo, speelt de begeleiding merkkelijk zachter. De solist geeft zelf (muzikaal) aan wanneer de solo afgelopen is.	Het soleren en het aangeven van het einde van de solo kan confronterend werken voor cliënten. Het probleemoplossend vermogen wordt aangewakkerd.
Vrije improvisatie Fase 2	- mogelijkheden (her) ontdekken - keuzes maken - eigenheid tonen - observatie: muzikale vaardigheden	De cliënt en de therapeut nemen een instrument naar keuze en worden verondersteld met weinig afspraken tot een muzikale improvisatie te komen. Er wordt niet gepraat tijdens het musiceren.	Eventueel kan er rondom een thema geïmproviseerd worden.
Opname (eindproduct) Fase 3	- egoversterking - afscheid nemen	Als afscheid wordt er een opname gemaakt die de cliënt later kan doen herinneren aan het doorlopen proces. Er wordt voor een werkvorm / improvisatie gekozen die tekenend is voor de therapie. In het geval deze casus: drumspel van de cliënt (vol experiment en dynamiek). Dit wordt opgenomen en op cd gebrand.	De cd wordt meegegeven met de cliënt als 'afscheidscadeautje'. Eventueel wordt er een tekst of slogan bedacht voor de hoes van de cd.

Figuur 6. Overzicht van de gebruikte werkvormen in het nieuwe werkmodel.

6.7 Vergelijking oude werkmodel – nieuwe werkmodel

Het nieuwe werkmodel staat eigenlijk in het verlengde van het oude werkmodel. Door te reflecteren op het oude werkmodel heb ik de zwakke punten kunnen herkennen. De analyse van de casus ligt hieraan ten grondslag, maar zeker ook de verschillende interviews die ik heb afgenomen. Op basis van deze nieuwe of aanvullende informatie heb ik een hypothetisch werkmodel ontwikkeld dat aansluit bij de casus van Greet. Veel methodische aspecten had ik in het oude werkmodel al toegepast zonder er echt bij stil te staan. Deze interventies heb ik intuïtief gedaan. Voorbeelden van dergelijke interventies zijn het aansluiten bij de cliënt in de eerste fase van de therapie (pacing), het samen op zoek gaan naar gepaste werkvormen, enz. Door het oude werkmodel te analyseren en in verband te brengen met de casus van Greet heb ik deze handelingen kunnen koppelen aan literatuur. Zo heb ik van het kleine 't' een grote 'T' kunnen maken.

Het oude werkmodel heeft zwakten in het methodische inzetten van het muzikale materiaal en als resultaat daarvan ook zwakten met betrekking tot de therapeutische houding. Een voorbeeld ter illustratie, is het feit dat ik bij de 7^{de} sessie met Greet al naar een product wilde toewerken (opname). Ik redeneerde vanuit het doel egoversterking: het zou een succeservaring worden als Greet een opname kon meenemen naar huis die haar een hart onder de riem stak om verder te gaan. Op dat moment heb ik echter vanuit mezelf geredeneerd, zonder voldoende rekening te houden met de behoeften van de cliënt in deze fase van de therapie. Pas later ben ik erachter gekomen dat het werken naar dergelijk product, veel te hoog gegrepen was in deze fase van de therapie. Een opname maken is een spannende gebeurtenis: er is de druk om het direct goed te willen doen, waardoor initiatiefname vaak zeer beperkt blijft. Cliënten hebben in situaties van druk echter de neiging om te doen waar ze het best in zijn en wat voor hen meest bekend is, in het geval van Greet is dat volgen en vooral géén initiatief nemen: de afhankelijke opstelling..

Ik heb op dat moment dus te grote stappen gezet en niet procesmatig gewerkt. Door de uitwerking van de fases bij het ontwikkelen van het nieuwe werkmodel, en door middel van de rangschikking van de therapiedoelen voor Greet heb ik geprobeerd om deze valkuil te voorkomen.

Doordat ik te grote stappen zette door het aanbieden van dergelijke hoogdrempelige opdracht in een te vroege fase van de therapie, was het voor mij op dat moment ook moeilijk om mijn therapeutische houding aan te passen. Enerzijds wilde ik dat Greet meer eigenheid liet zien en ook een belangrijk aandeel had in de improvisatie, dat ze niet alles (muzikaal) van mijn liet afhangen. Anderzijds was Greet daar op dat moment absoluut nog niet klaar voor en onze therapeutische relatie was nog niet van die aard dat Greet mij dat durfde aangeven. Zeker niet omdat ik in al mijn enthousiasme misschien niet ondersteunend genoeg was. Daarom benadruk ik in het nieuwe werkmodel dat ondersteuning in elk geval zeer belangrijk is, en al zeker in de eerste fase van de therapie.

De grootste verschillen tussen mijn oud werkmodel en het nieuwe werkmodel zitten vooral in de *tijd* die ik de cliënt geef om tot eigen verantwoordelijkheid te komen. Een geforceerde aanpak heeft toch maar tijdelijke resultaten en het is uiteindelijk een grote gedragsverandering waaraan gewerkt wordt.

Op het gebied van muzikale parameters, wordt er meer aandacht geschonken aan het *bewust inzetten van de parameters* en hun (mogelijke) werking. In het oude werkmodel was daar veel minder over nagedacht.

Wat muzikale interventies betreft, zal *'imitating'* toegevoegd worden aan de reeds gebruikte interventies. Het spiegelen in de muziek van wat de cliënt aan (muzikaal) gedrag laat zien, kan zeer waardevol zijn en kan meer inzicht teweegbrengen dan het verbaal benoemen van dat gedrag.

Daarbij aansluitend zal *'uitdaging'* een belangrijker deel gaan uitmaken van de niet-muzikale interventies. Muzikaal uitdagen kan bijvoorbeeld gebeuren door het inzetten van nieuw materiaal / onbekende instrumenten voor de cliënt (waarbij de cliënt bijna niet anders kan dan te gaan experimenteren). Verbaal uitdagen kan zich uiten in het constant blijven teruggeven van eigen verantwoordelijkheid; de bal wordt constant teruggekaatst.

Er wordt in het nieuwe werkmodel meer aandacht besteed aan *het blijven benoemen van wederzijdse verwachtingen*, en het *altijd teruggeven van de eigen verantwoordelijkheid* van de cliënt. Dit wordt besproken.

De *draagkracht van de cliënt* wordt ten allen tijde in het oog gehouden en wordt boven het gewenste tempo van de therapeut geplaatst.

Schematische weergave

Om een duidelijk overzicht te geven, heb ik in de onderstaande figuur beknopt het oude en het nieuwe werkmodel naast elkaar gezet en vergeleken.

	Oude werkmodel	Nieuwe werkmodel
Therapeutische attitude	Snel, te weinig rekening houdend met de behoeften van de cliënt	Rustiger en meer ondersteunend, voldoende tijd geven, maar blijven doelgericht werken
Therapeutische relatie	Zeer belangrijk, krijgt veel aandacht	Zeer belangrijk, krijgt veel aandacht en veel tijd om te groeien
Muzikale parameters	Eerder onbewust inzetten van parameters, meer aan het toeval overlaten	Bewuster kiezen voor gebruik van efficiënte parameters: nadruk op dynamiek en vormgeving (ritme / melodie afhankelijk)
Muzikale interventies	Pacing, containing, rhythmic grounding, intensifying	Pacing, containing, intensifying, rhythmic grounding of tonal centering (afhankelijk van voorkeur client), toevoeging van imitatie
Niet-muzikale interventies	- nabespreking - observaties teruggeven	- Uitdagen: zowel verbaal als muzikaal (bv. nieuw materiaal) - nabespreken - observaties teruggeven: mening en observaties van de cliënt vragen en toetsen
Eigen verantwoordelijkheid opnemen (door de cliënt)	Zoveel mogelijk (= te snel) naar dit doel toewerken	Verwachtingen herhalend en langdurig benoemen, verantwoordelijkheden teruggeven (maar samenwerking)
Andere	Altijd doelgericht te werk gaan, eigen verwachtingen misschien boven die van de cliënt stellen	Meer aandacht geven aan de context in het hier en nu: rekening houden met draagkracht van de cliënt.

Figuur 7. Vergelijking tussen oude en nieuwe werkmodel.

6.8 Aanbevelingen voor vervolgonderzoek

Door middel van een kwalitatieve gevalsstudie heb ik een antwoord gekregen op mijn vraagstelling, maar hier kunnen zeker nog verdere vragen rond gesteld worden.

Dit onderzoek is gebaseerd op slechts één enkele casus. In deze casus heb ik me dan ook langdurig en kwalitatief kunnen verdiepen. Voor meerdere (op deze manier uitgewerkte) casussen was er echter niet de benodigde tijd. Voor vervolgonderzoek zou het wenselijk zijn *meer casussen te hebben en deze met elkaar te vergelijken*.

Hierbij zou het muzikale verloop en het inzetten van de therapeutische relatie terug kunnen worden vergeleken met het opnemen van eigen verantwoordelijkheid, wat heel interessant kan zijn om te zien of dit gelijklopend is of niet.

De afstand therapeut - cliënt is eerder klein, doordat ik individueel met Greet heb gewerkt gedurende een hele tijd. Dit is positief omdat ik mij hierdoor sterk kan inleven in de leefwereld van de cliënt. Het nadeel is dat dit mijn objectiviteit zou kunnen aantasten. Dit is de reden waarom ik mijn resultaten aan enkele

objectieve muziektherapeuten heb voorgelegd, en ook aan de cliënt van mijn casus. Om echter zo puur mogelijk objectivisme te verkrijgen, zou er een *observator* kunnen aanwezig zijn bij de therapie sessies, die de waargenomen observaties nauwkeurig bijhoudt en deze (in eerste instantie onafhankelijk van de muziektherapeut) analyseert.

De resultaten van dit onderzoek mogen door de kleinschaligheid ervan niet snel veralgemeend worden. Ze dienen binnen elke casus opnieuw afgestemd te worden op de cliënt.

De groep mensen met een borderline persoonlijkheidsstoornis is dan wel groot, maar er zijn natuurlijk nog talloze andere psychiatrische stoornissen. Het zou boeiend kunnen zijn om het onderzoek verder te zetten met een *andere doelgroep*, bijvoorbeeld mensen met een psychose. Bij deze mensen gaat het in mindere mate over het feit dat ze zich afhankelijk opstellen t.o.v. de therapeut. Echter, verantwoordelijkheid opnemen voor de eigen behandeling is ook niet altijd aan de orde, integendeel. Het is een andere invalshoek, maar hetzelfde uitgangspunt: namelijk het probleemeigenaarschap duidelijk hebben.

6.9 Samenvatting

Tijdens het derde jaar van de opleiding creatieve therapie (muziek) heb ik stage gelopen in de Kliniek voor Intensieve Behandeling (GGzE). Daar ben ik er regelmatig tegenaan gelopen dat cliënten zich heel passief en afhankelijk opstelden ten opzichte van de therapeut in de muziektherapie (en ook daarbuiten). Op basis van het 'worstelen' met dat fenomeen, ben ik op zoek gegaan naar mogelijkheden om de cliënt zelf meer verantwoordelijkheid te laten opnemen voor zijn eigen behandeling. Dat heb ik gedaan aan de hand van de casus van Greet.

Op deze zoektocht kwam ik terecht bij recente ontwikkelingen in de psychiatrie, die zich ook op dat terrein afspelen. Dat heeft aanleiding gegeven tot de vraagstelling van dit onderzoek: 'Welke elementen van muziektherapie kunnen ertoe bijdragen dat de cliënt met een psychiatrische diagnose (DSM-IV) zelf meer verantwoordelijkheid kan opnemen voor zijn eigen behandeling?'

Om antwoord te krijgen op deze vraag heb ik de casus van Greet opnieuw bekeken en het materiaal uit het derde jaar geanalyseerd. Andere databronnen waren vakliteratuur, drie interviews met professionals en een cliëntinterview met Greet. Deze data heb ik geanalyseerd volgens de principes van de grounded theory en het constructivistisch onderzoek. De resultaten van het onderzoek bestaan uit de analyse van de casus van Greet, de informatie uit de verschillende interviews en de methodische en theoretische achtergrond van het inzetten van muzikale interventies en parameters. Op basis daarvan is in de discussie het nieuwe werkmodel voor de casus van Greet beschreven.

Concluderend kan ik zeggen dat muziektherapie verschillende mogelijkheden biedt om het opnemen van meer eigen verantwoordelijkheid door de cliënt te stimuleren. Twee aspecten die daarbij cruciaal zijn, zijn:

- het methodisch inzetten van muzikale parameters en interventies
- de therapeutische relatie

Vertaald naar de muziektherapeutische behandeling betekent dat voor de casus van Greet: het gebruik van parameters waarbij eigenheid makkelijker kan geuit worden (vorm, ritme, dynamiek). En: Greet de tijd geven om, met een stevige therapeutische relatie als ondersteuning, zelf in te zien dat het opnemen van eigen verantwoordelijkheid cruciaal is voor het omgaan met de eigen situatie, uitgaand van de mogelijkheden die er zijn en niet van de belemmeringen die er misschien altijd zullen blijven zijn.

Literatuuropgave

Boeken

American Psychiatric Association (2000). *Beknopte handleiding bij de diagnostische criteria van de DSM-IV*. Lisse: Swets & Zeitlinger Publishers.

A-Tjak, J., De Groot, F. (2008). *Acceptance & Commitment Therapy: een praktische inleiding voor hulpverleners*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Baarda, D. B., de Goede M. P. M., Teunissen J. (2005). *Basisboek Kwalitatief Onderzoek: Handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek*. Groningen: Wolters-Noorhoff bv.

Billiet, J., Waeye, H. (ed.) (2006). *Een samenleving onderzocht: Methoden van sociaal- wetenschappelijk onderzoek*. Antwerpen: Uitgeverij De Boeck nv.

Boeije, H. (2006). *Analyseren in kwalitatief onderzoek: denken en doen*. Amsterdam: Boom.

Bruscia, K. (1987). *Improvisational models of Music therapy*. Springfield: C. Thomas.

Conrad – Da'oud, E.(2001). *Groundworks: Narratives of Embodiment*. California: North Atlantic Books.

Dalrymple, T. (2001). *Life at the Bottom: the worldview that makes the underclass*. Chicago: Ivan R. Dee.

Hegi, F. (1986). *Improvisation und Musiktherapie: Möglichkeiten und Wirkungen von freier Musik*. Paderborn: Jungfermann-Verlag.

Hutschemaekers, G., Smit, A., & Tiemens, B. (2006). *Weg van professionalisering: paradoxale bewegingen in de geestelijke gezondheidszorg*. Utrecht: De Gelderse Roos.

Jansen, T., Pessers, D. & van den Brink, G. (2005). *Beroepszeer*. Amsterdam: Boom.

Janzing, C., Kerstens, J. (2005). *Werken in een therapeutisch milieu*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

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

Mook, D. (2001). *Psychological Research: The ideas behind the methods*. New York: W.W.Norton & Company Inc.

Schweizer, C. (Red.) (2009). *Handboek beeldende therapie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Smeijsters, H. (2003). *Handboek Creatieve therapie*. Bussum: Couthino.

Smeijsters, H. (2005). *Praktijkonderzoek in Vaktherapie*. Bussum: Couthino.

Smeijsters, H. (2006). *Handboek muziektherapie*. Bussum: Couthino.

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

Stern, D. (1985). *The interpersonal World of the infant. A view from psychoanalysis and developmental psychology*. New York: Basic Books.

Strauss, A., Corbin, J. (1998). *Basics of Qualitative Research Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory*. Londen: Sage Publications.

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

Wester, F., Peters, V. (2004). *Kwalitatieve Analyse. Uitgangspunten en procedure*. Bussum: Coutinho.

Wheeler, B. (ed.) (2005). *Music Therapy Research*. Gilsum: Barcelona Publishers.

Scripties

Hoing, K. (2007). *Analytische muziektherapie en het analoge procesmodel: een vergelijking*, niet-gepubliceerde scriptie hogeschool Zuyd: Heerlen.

Jenisch, B. (2007). *Vaak voel ik mij niet begrepen: een kwalitatief onderzoek voor de rol van muziek therapie als sociaal- emotionele ondersteuning bij kinderen met dyslexie*, niet-gepubliceerde scriptie hogeschool Zuyd: Heerlen.

Tijdschriften

Mehrabian, T., Albert, R. & Morton, D. (1967): Decoding of inconsistent communications. *Journal of personality and social psychology*, 6, 109-114.

Pfeifer, H., Wunderlich, S. Bender, W., Elz, U. & Horn, B. (1987). Freie Musikimprovisation mit Schizophrenen Patienten. Kontrollierte Studie zur Untersuchung der therapeutischen Wirkung. *Rehabilitation*, 26, 184-192.

Internet

American Psychiatric Association. <http://www.psych.org>. 2009. Datum opzoeken maart 2010. About the DSM-IV.

De Woenselse Poort, geestelijke gezondheidszorg. <http://members.chello.nl/r.vanmontfoort> 2007. Datum opzoeken april 2010. Zorgprogramma persoonlijkheidspathologie en traumagerelateerde stoornissen.

QSR International. <http://www.qsrinternational.com> 2009. Datum opzoeken februari 2010. Working with your data has never been easier or more powerful.

Cursussen

Devreese, J. (2003). *Morfologie in de muziek*. Niet-gepubliceerde cursus, Conservatorium: Gent.

Peeters, D. (2001). *Muziekleer*. Niet-gepubliceerde cursus, Conservatorium: Gent.

Peire, P. (2005). *Muziektheorie*. Niet-gepubliceerde cursus, Lemmensinstituut: Leuven.

Andere

Beroepsprofiel van de muziektherapeut (1999), Utrecht.

Kuiten, H., van Houten, I. & den Boer, W., *intakeverslag d.d. 06/02/2008*.

Smeijsters, H. (2009). *Hoorcolleges + hand –out “s CT “Module praktijkonderzoek”*. Onuitgegeven.

Van de Poel, T. (2000). *Werkboek methodische toepassingen*. Niet-gepubliceerde cursus, Amsterdam.

Bijlages

Bijlage 1	Borderline persoonlijkheidsstoornis
Bijlage 2	Ontwikkelingen in de psychiatrie sinds eind 19de eeuw
Bijlage 3	Topiclijst interviews
Bijlage 4	Interview muziektherapeut 1 (Teun)
Bijlage 5	Interview muziektherapeut 2 (Erin)
Bijlage 6	Interview muziektherapeut 3 (Nele)
Bijlage 7	Interview cliënt (Greet)

BIJLAGE 1

Topiclijst voor de interviews

Topiclijst: zaken die aan bod moesten komen in de interviews en waar ik een antwoord op wilde krijgen:

- Eigen mening: tot in hoeverre kan de cliënt zelf verantwoordelijk zijn voor eigen behandeling?
- Casus voorleggen/werkwijze uitleggen: ik vond persoonlijk dat in de muziek vooral dynamiek, vorm en ritme gebruikt konden worden (in samenspel) om eigen verantwoordelijkheid uit te lokken, op te nemen en te toetsen. Ga je daarmee akkoord? Kun je daar in komen? Denk je dat er iets anders aan ten grondslag ligt?
- Samenspel – eigen verantwoordelijkheid?
- Wat versta jij als muziektherapeut onder 'eigen verantwoordelijk nemen in de behandeling'?
- Uit zich dat bij de cliënt in muzikale parameters/werkvormen, zoja, hoe? (bijvoorbeeld: dynamiek, vorm, ritme, harmonie, timbre, metrum, melodie)
- Tot in hoeverre is de therapeutische attitude van belang bij dit thema? Hoe uit zich dat? (ook muzikale therapeutische attitude: hoe zelf als therapeut het medium inzetten om verantwoordelijk bij de cliënt te leggen?)

BIJLAGE 2

Borderline persoonlijkheidsstoornis

Criteria van de DSM-IV

De DSM-IV (2004) definieert de borderline persoonlijkheidsstoornis als een aanhoudend patroon van instabiele inter-persoonlijke relaties, een instabiel zelfbeeld, instabiele emoties en een sterke impulsiviteit. De stoornis uit zich in de vroege volwassenheid in verschillende situaties. De diagnose kan worden gesteld als sprake is van vijf of meer van de volgende situaties:

1. De persoon probeert verwoed werkelijke of ingebeelde verlating te voorkomen. (In dit verband wordt het suïcidale of automutulerende gedrag van criterium 5 niet meegerekend.)
2. De persoon vertoont een patroon van instabiele en intense persoonlijke relaties, waarbij idealisatie en minachting elkaar afwisselen.
3. De persoon heeft een identiteitsprobleem: een aanhoudend sterk instabiel zelfbeeld of een sterk negatieve eigenwaarde.
4. De persoon is impulsief op minimaal twee terreinen die mogelijk zelfbeschadigend zijn (bijvoorbeeld met geld smijten, seks, drugs- of alcoholmisbruik, gevaarlijk rijden, te veel of te weinig eten). (In dit verband wordt het suïcidale of automutulerende gedrag van criterium 5 niet meegerekend.)
5. De persoon vertoont regelmatig suïcidaal of automutulerend gedrag of dreigt hiermee.
6. De persoon is affectief instabiel door wisselende stemmingen (bijvoorbeeld intense episoden van woede, irritatie of stress, die meestal enkele uren duren en zelden langer dan een paar dagen).
7. De persoon heeft chronische gevoelens van leegheid.
8. De persoon heeft intense woedeaanvallen of problemen om de woede te beheersen (bijvoorbeeld regelmatige driftbuien, aanhoudende woede of herhaaldelijke vechtpartijen).
9. De persoon heeft door stress veroorzaakte paranoïde ideeën of ernstige dissociatieve verschijnselen.

(Bron: Beknopte handleiding bij de DSM-IV, 2004)

Typisch gedrag bij de borderline persoonlijkheidsstoornis

Bij iemand met een borderlinestoornis kunnen de gevoelens, gedachten en het gedrag van moment tot moment heel erg veranderen. Iemand met borderline is impulsief, weet vaak niet wat hij wil, verandert snel van mening en van gedachte. Voor anderen is dit gedrag moeilijk te begrijpen. Symptomen die typisch zijn bij een borderline-persoonlijkheidsstoornis zijn:

Impulsiviteit: een cliënt met de borderline persoonlijkheidsstoornis neemt vaak beslissingen zonder er lang over na te denken. Zo kan hij uit het niets een relatie beëindigen, een gekke aankoop doen of ontslag nemen. De volgende dag kan hij al van gedachten veranderd zijn.

Zwart-wit denken: mensen met een borderlinestoornis delen de wereld op in uitersten. Ze vinden iets geweldig of wel ronduit verschrikkelijk. Er is weinig sprake van 'grijs' in hun gedachtegang.

Wisselende relaties/vriendschappen: mensen met de borderline persoonlijkheidsstoornis verwachten heel veel van anderen en worden op die manier snel teleurgesteld. Een klein meningsverschil kan er al voor zorgen dat men de relatie verbreekt. Maar tegelijkertijd hebben deze mensen een grote angst om in de steek gelaten te worden en denken ze vaak dat ze afgewezen worden.

Stemmingswisselingen: mensen met borderline hebben het vaak moeilijk om hun emoties in de hand te houden. Ze kunnen zich het ene moment nog heel goed voelen en het andere moment heel slecht. Ze reageren vaak 'overdreven' (in de ogen van anderen) op bepaalde situaties.

Dissociëren: hoewel dit niet bij iedereen met borderline het geval is, komt het voor dat er dissociatie plaatsvindt bij de cliënt. Meestal is deze echter niet van lange duur en kan het onder controle gehouden worden. De dissociatie is in ernst en duur niet vergelijkbaar met bijvoorbeeld de dissociatie van een cliënt met schizofrenie.

Zelfverwonding: automutilatie is een veelvoorkomend probleem bij cliënten met borderline. Vaak worden de littekens of de wonden goed verstopt voor de buitenwereld. Het zelfbeschadigende gedrag (fysiek) wordt meestal door de cliënt zelf beschreven als: 'lichter en beter te verdragen dan de mentale pijn'.

BIJLAGE 3

Ontwikkelingen in de psychiatrie sinds eind 19de eeuw

Net zoals bij andere domeinen binnen de zorgverlening, treden er ook op het domein van de geestelijke gezondheidszorg kwaliteitsproblemen op. Dit is een fenomeen van alle tijden en het helpt ervoor zorgen dat er nauwkeurig blijft gezocht worden naar alternatieven, verbeteringen en oplossingen voor problemen.

We zien in de ontwikkeling van de moderne psychiatrie, in België en Nederland ongeveer gelijktijdig geïntroduceerd rond het jaar 1850, een opvallende pendelbeweging in opvattingen over wat goede geestelijke gezondheidszorg nu eigenlijk is (BRON 10, pp. 55-56). Deze opvattingen heb ik gelinkt aan de visie op probleemeigenaarschap door de jaren heen.

1850 – 1890

Bij het begin van wat wij de moderne psychiatrie noemen, was er sprake van '*moral treatment*'. Binnen deze behandeling stond vooral het opvoedende aspect centraal. Vanaf deze vorm van behandeling, in tegenstelling tot de tijden vóór we spreken van 'de psychiatrie' als dusdanig, werd er minder met dwang behandeld, hoewel er nog steeds apparaten ontwikkeld werden om de 'krankzinnige' te bedwingen. Deze werden echter zo beperkt mogelijk gebruikt. Inhoudelijk ging het voornamelijk over bezigheidstherapie en activiteiten voor de cliënten (BRON 1, pp. 42-43). De omgeving zelf, de relatie arts-cliënt en het verrichten van arbeid werden als zeer belangrijke factoren gezien.

Het *probleemeigenaarschap* was in deze periode op zich niet onaardig verdeeld tussen de behandelaar en de cliënt: van de cliënt werd uitdrukkelijk verwacht dat hij werkte, om bezig te blijven. Hij kon dus quasi onmogelijk passief blijven in de slachtofferrol gaan zitten. De behandelaar deed op zijn beurt zijn best om een veilige relatie met de cliënt te waarborgen (hoewel deze vrij afstandelijk bleef) en probeerde een zinvolle dagbesteding aan te bieden. Van een werkelijke samenwerking of wisselwerking bij de behandeling tussen hulpverlener en cliënt was hier echter nog weinig sprake.

1890 – 1920

Dertig jaar later, helemaal aan het einde van de 19^{de} eeuw, vond men dat die agogische aanpak niet meer voldeed. Met (her)opvoeden werden heel veel cliënten niet beter. De mens werd, mede door de vele medische ontdekkingen in de 19^{de} eeuw, gezien als een verzameling van organen en weefsels. De *medisch-biologische aspecten* van hun ziekte werden dus belangrijker. Er was een ommekeer in de behandeling: *bedverpleging* werd op grote schaal ingevoerd en een aantal *fysieke therapieën* werd geïntroduceerd (BRON 1, pp. 45-46). Men ging ervan uit dat door lichamelijke rust, ook de hersens tot rust zouden komen. Met het invoeren van die oplossing doken uiteraard weer andere problemen de kop op: cliënten werden passief en bedlegerig (BRON INTERNET 1).

Het *probleemeigenaarschap* neemt hier een compleet andere wending: cliënten werden rechtstreeks in de rol van slachtoffer geduwd, waardoor ze bijna geen keuze hadden, als het ware vanzelfsprekend passief werden, en dus niet of weinig meer betrokken waren bij hun eigen behandeling. De hulpverlener werd een verzorger en een bewaker: de rust moest gerespecteerd worden en de bedverpleging werd uitgevoerd. De cliënt kon allesbehalve het heft in eigen handen nemen. Van probleemeigenaarschap was hier voor de cliënt dus geen sprake, aangezien hij (bijna verplicht) een ondergeschikte en passieve rol aannam in de slachtofferpositie.

1920 – 1950

Begin 20^{ste} eeuw, tussen de jaren 1920 en 1950, deden nieuwe *activeringstherapieën* hun intrede; cliënten werden dus opnieuw benaderd vanuit een agogische opvatting. Men meende dat verveling voorkomen moest worden. Daarom werd er gezorgd voor een *zinnige daginvulling*, door middel van werkbesteding en dagverblijven. Deze manier van werken was gericht op de 'verbetering van de geestesziekte' (*arbeidstherapie*). Dit had grote invloed op de verpleging en op hun taken: 'bewakers' werden 'begeleiders'. De instellingen veranderden in zelfvoorzienende minimaatschappijtjes, waar de bakker, de slager en de boerderij ook deel van uitmaakten (BRON 1, p. 43).

Het *probleemeigenaarschap* kreeg weer een nieuwe focus in deze periode. Geen slachtofferrol meer, geen passiviteit, maar activiteit en zelfs arbeid. De rol van de hulpverleners werd danig anders: zij

moesten er niet meer op toezien dat de cliënten in bed bleven liggen en de nodige rust kregen, integendeel, ze werden een soort begeleider die de werkzaamheden en de activiteiten van de cliënten coachte van op de gepaste afstand. Van de cliënt werd een actieve bijdrage verwacht, in functie van zijn behandeling. Alsook van de hulpverlener, die verwacht werd om de cliënt hierin te begeleiden. Gedeeld probleemeigenaarschap, als het ware.

1950 – 1970

Weer wat later, halfweg 20^{ste} eeuw, kwam de focus te liggen op het invoeren van nieuwe *medicamenteuze therapieën*. In 1948 werden de psychiatrie en de neurologie gescheiden in aparte onderzoeksgebieden. Vóór 1948 noemden artsen zichzelf neuropsychiaters. De scheiding tussen deze twee werkvelden zorgde voor een verdeling tussen patiënten met fysieke ziekten (neurologie) en patiënten met psychische problemen (psychiatrie) (BRON 1, p. 46).

Het *probleemeigenaarschap* wordt ook hier weer aangepast. Als de intrede van nieuwe medicamenteuze therapieën belangrijk wordt, heeft dat hoe dan ook gevolgen voor het probleemeigenaarschap. Medicatie heeft de taak om over te nemen wanneer de cliënt dat vanuit zichzelf of met professionele hulp niet meer in voldoende mate kan (BRON INTERNET 3). Dit impliceert dat de cliënt op het moment dat hij een medicamenteuze therapie ondergaat, in minder grote mate verantwoordelijk gesteld kan worden voor zijn behandeling.

1970 – 1990

Na deze periode, in de jaren 1970 – 1990, kwam er weer meer aandacht voor de *morele en de existentiële dimensie* van de psychische problemen van cliënten. Sinds 1960 - 1970 wordt de verklaring voor psychiatrische stoornissen ook vaak gezocht in sociale en maatschappelijke oorzaken. De laatste resultaten van onderzoek laten zien dat een groot deel van de psychische stoornissen veroorzaakt kan worden door *genetische* factoren. Daarnaast spelen *biologische* factoren een belangrijke rol (BRON INTERNET 2).

Het *probleemeigenaarschap* is moeilijk definieerbaar in deze periode. Het is een periode geweest waarbij de psychiatrische geneeskunde zoekende was. Sociale en maatschappelijke factoren speelden een belangrijke rol en vaak was het zo dat de veeleisende maatschappij gezien werd als grote, zo niet grootste oorzaak van psychische en psychiatrische problemen. In die zin werd de 'schuld' doorgegeven van het individu naar de gemeenschap. Cliënten voelden zich daardoor *niet de eigenaar* van het probleem, maar het *slachtoffer van de maatschappij*. De hulpverlener kreeg dus de verantwoordelijkheid om deze *slachtoffers* te helpen, hoewel ook aan de hulpverlening meer en meer druk werd opgelegd vanuit maatschappelijke hoek (BRON 1, pp. 101-102). De grootste eigenaar van het probleem, was de hulpverlener die verwacht werd (zowel door het slachtoffer als door de maatschappij) om alles op te lossen.

1990 - ...

De opkomst van de *biologische psychiatrie* na 1990 laat zich heel goed binnen deze pendelbewegingen begrijpen. Het was een reactie op de *dominante psychosociale aanpak* uit de jaren zeventig en tachtig. Momenteel noemen we de stroming van de psychiatrie die nu heerst, de *medisch-psychiatrische stroming*. (BRON 1, p. 46).

Het *probleemeigenaarschap* de dag van vandaag kan erg verschillen per instelling. Maar de tendens is dat het vaak gaat om medicamenteuze therapieën, gecombineerd met gestandaardiseerde behandelingen, gebaseerd op richtlijnen en protocollen. De hulpverlener is in dat opzicht meer 'uitvoerder' dan 'expert', maar dit komt hieronder uitgebreider terug. De cliënt neemt niet meer de passieve houding aan zoals dat was eind jaren '80 of halfweg de 20^{ste} eeuw, maar hij is ook nog geen volwaardige probleemeigenaar, vaak is er zelfs nog sprake van gedeeld probleemeigenaarschap met de hulpverlener (BRON 1, pp. 20-21).

Dit beknopte overzicht is uiteraard grof beschreven. De verschillende stromingen en focuspunten in de behandeling van psychiatrische cliënten, volgen elkaar niet naadloos op. Er is altijd een aanloop en een overgangsfase om van de ene stroming naar de andere over te gaan.

BIJLAGE 4

Interview muziektherapeut 1 (Teun)

E: Bij het nalezen van mijn rapportages betreffende individuele therapie met Greet, ben ik tot de conclusie gekomen dat ik merk, bij de werkvormen die ik meestal gedaan heb en die de belangrijkste zijn (in mijn optiek dan) voor wat er gebeurd is in dat proces met de cliënt, dat ritme, vorm en dynamiek de belangrijkste elementen zijn die terugkomen. Dat waren de elementen die duidelijk meest voorkwamen in de werkvormen met Greet. Ik leid hieruit af dat dit voor mijn cliënt misschien de elementen waren die makkelijkst te verwezenlijken waren, muzikaal dan, of die meest toegankelijk waren. Snap je wat ik bedoel?

T: Snap ik.

E: Oké. Dat zijn de drie elementen, van de 7 die er zijn... Heb je die?

T: Ja, je hebt die mij doorgemailed, ze liggen hier voor mij. Ik ken ze zo niet op die manier, bij mijn weten was het toonhoogte, toonduur,...

E: Inderdaad, dat zijn de parameters. Ik heb jou eigenlijk de daaruit afgeleide muzikale elementen doorgemailed, daar ben ik misschien niet duidelijk in geweest. Alle elementen kunnen onder een parameter geplaatst worden, dus ze zijn overlappend. Ik ga uit van elementen, omdat die wat vlotter en concreter zijn.

T: Er kan ook al wat veranderd zijn in al die tijd ☺. En dan stel jij: dynamiek, vorm en ritme...?

E: Neenee, ik stel niets, ik zeg gewoon dat dit in MIJN casus de elementen zijn die duidelijkst en meest aan bod komen, veel meer dan de andere elementen. Bij ritme bijvoorbeeld, merkte ik uit de rapportages, dat het voor Greet makkelijker was om een ritmische variatie aan te brengen, en geen melodische variatie. Ik interpreteer dat dat komt doordat een ritmische variatie nog steeds een puls (metrum) heeft waar het feilloos in past, terwijl een melodische variatie een grotere impact heeft. Snap je? Volgens mij is een ritmische variatie makkelijker te verwezenlijken.

T: Ja, ik volg je wel, voor wat het waard is, oké. Maar ik kan me ook voorstellen dat het voor sommige cliënten makkelijker is om een melodische variatie te doen. Dat heb ik ook al vaak meegemaakt en dat kan ik me dus goed voorstellen.

E: En weet je ook waarom dat zo zou zijn?

T: Dat weet ik niet, maar nu zijn we ook bezig alsof daar wetmatigheden in zijn en dat vind ik erg lastig. Ik kan me voorstellen dat het voor de een makkelijker is om ritmisch te variëren en voor de ander om melodisch te variëren. Het kan ook zo zijn dat, als een cliënt zo in de beweging of in het ritme zit, dat hij of zij daar niet meer kan van loskomen. Het element dynamiek herken ik wel heel erg. Bij vorm, tja...?

E: Misschien moet ik daar wat meer uitleg bij geven. Als we uitgaan van vrije improvisatie, hoort daar bijvoorbeeld bij (als je zonder afspraken werkt) de logische opbouw: begin, verloop (midden), einde. Ook welke instrumenten gebruikt worden enzo, hoort bij de vorm.

T: Dan suggereer je al dat het ook belangrijk is wie op welke manier begint? Want als dat zo is, dan drijf je me wel al naar een bepaalde kant toe, dan gaat het al over therapeutische relatie en dan gaat het niet meer puur over het muzikale element.

E: Dat is wel zo, maar het UIT zich wel door het muzikale element. Daarin is hoorbaar wat er gebeurt. Als je het dan hebt over eigen verantwoordelijkheid: als je tien sessies hebt met iemand, waarbij de therapeut

de eerste 5 keer zelf begint te spelen, en de 6^{de} keer neemt de cliënt het initiatief om te beginnen, dan is dat hoorbaar geworden in het medium, in de muziek. En dán is er iets belangrijks gebeurd.

T: Ja zeker, maar dan zit je op een ander level. Als je het gaat hebben over wie begint, bijvoorbeeld, dan is dat niet in een muzikale parameter te vangen. Dan heb je het over therapeutische relatie.

E: Oké, ik snap wat je bedoelt. Maar dat neemt niet weg dat je dat muzikaal wel kunt waarnemen. En dat neem je waar door de muzikale parameter. Je kunt een vorm ook gewoon afspreken, de vorm kan ook altijd veranderen. Dat geldt eigenlijk ook voor alle andere muzikale elementen.

T: En toch denk ik dat je dingen door elkaar haalt bij vorm. Ik weet dat ik moeilijk doe ☺ maar ik bedoel het als volgt: van muzikale parameters naar eigen verantwoordelijkheid, dat is nogal een brug om te slaan. Hoe kom je van muzikale elementen tot eigen verantwoordelijkheid, dat is een heel ander gegeven? Je MOET er volgens mij de therapeutische relatie gewoon al direct bij betrekken. Ik weet dat je dat ook wil doen in je scriptie, maar je mag het niet van elkaar scheiden, integendeel.

E: Dat is ook niet mijn bedoeling, maar in eerste instantie heb ik bij mijn rapportages, gekeken welke parameters het meest gebruikt werden in de therapie met Greet en welke het meest effect hadden bij het opnemen van de eigen verantwoordelijk, om tot dat doel dus te komen.

T: Oké, dat snap ik in functie van het onderzoek, maar je hebt HOE iemand speelt (dat kun je analyseren a.d.h.v. parameters), komt hij tot vormgeving, enz. Maar het samenspel (binnen de vorm), daar zit al die interactie in.

E: Ik ga inderdaad wel uit van samenspel tussen cliënt en therapeut. Maar dat is ook net wat ik wil doen, de link leggen! Waar merk je in dat iemand eigen verantwoordelijkheid opneemt, of eigen initiatief? In welke elementen is dat best hoorbaar? Wat zijn de kernmomenten, waar gebeurt dat, hoe komt dat tot uiting? In de rapportages van Greet, kom ik dan vooral uit bij ritme, vorm en dynamiek.

T: Ik vind het wel heel belangrijk dat daar de context niet mag bij vergeten worden. Want je zegt bijvoorbeeld: cliënt speelt crescendo (dynamische verandering). Maar je bedoelt daar dus mee dat de cliënt initiatief neemt: het komt uit hem zelf om harder te gaan spelen, jij hebt daartoe geen aanjalten gemaakt.

E: Inderdaad, anders zou ik dit niet gecodeerd hebben: ik codeer de zaken die relevant zijn voor mijn onderzoeksvraag, in dit geval: momenten van eigen verantwoordelijkheid, initiatiefname door de cliënt.

T: Dus de essentie zit hem niet in de muzikale parameter of het element, het zit hem niet in de dynamiek, de crescendo, maar het zit hem in het zelf initiatief nemen.

E: Jazeker, maar het UIT zich wel in het muzikale element, daarin is het hoorbaar. Want hoe uit zich dat als iemand initiatief neemt? In muziek kun je dat waarnemen door de muzikale elementen, door hoe de muziek klinkt.

T: Stel het nu omgekeerd: als een cliënt altijd maar volgt, en de therapeut speelt harder, maar de cliënt blijft zacht spelen. Wat is dat dan?

E: Eigen initiatief om niet mee te gaan (rekening houdend met de situatie van de cliënt), en wordt dus gecodeerd onder dynamiek. Ik kan afleiden uit de dynamiek, dat er iets gebeurt waardoor ik denk: jij neemt nu initiatief door mij niet zomaar te gaan volgen.

T: Ik snap wat je doet, maar dat gaat mij te rap. Eigenlijk zegt het niet zoveel of iemand harder of zachter gaat spelen, het is heel erg ook de context die bepaalt, en de betekenis die eraan gegeven wordt, zowel door therapeut als door cliënt.

E: Oké, maar ik doe een case-study, dus ik interpreteer natuurlijk in de context van die casus, ik ken de cliënt. Op basis daarvan codeer ik. We zijn eigenlijk al stiekem overgegaan naar het onderwerp eigen verantwoordelijkheid. Ik heb 'eigen verantwoordelijkheid' van de cliënt als volgt gedefinieerd in mijn onderzoeksvoorstel:

Eigen verantwoordelijkheid opnemen voor de behandeling: Hiermee bedoel ik dat de cliënt geen passieve en afwachtende houding aanneemt t.o.v. de therapeut. De cliënt is (mede) probleemeigenaar. Het gaat veel meer over samen zoeken naar werkvormen, mogelijkheden, etc. Er is geen sprake van eenrichtingsverkeer. De cliënt laat niet alles van de therapeut afhangen en heeft zelf inbreng bij de therapie (betrokkenheid). Dit heeft zowel betrekking op de therapeutische relatie als op het bedenken en het uitvoeren van de methodische werkvormen. Hij is de voornaamste probleemeigenaar en maakt gebruik van zijn mogelijkheden en zijn kwaliteiten om met dit probleem om te gaan. Kun je je daarin vinden of heb je andere suggesties?

T: Ja, eigen verantwoordelijkheid, dat wordt hier soms te pas en ten onpas gebruikt op de KIB. Het heeft volgens mij te maken met de cliënt die een andere/bewuste keuze kan maken, op het niet alles afschuiven op de therapeut. Ik ga akkoord met jouw 'definitie', maar ik hoor jou ook een tweedeling maken tussen 'eigen verantwoordelijkheid' en de diagnose, heeft dat dan niets met elkaar te maken?

E: Diagnose kan natuurlijk niet helemaal afgeschoven worden, er hangen consequenties vast aan een diagnose. Maar het kan volgens mij niet als 'excuus' gebruikt worden.

T: Oké, snap ik. Maar ik meen af te leiden dat jij het hebt over mensen met een persoonlijkheidsproblematiek, en dat beschrijf je wel niet duidelijk in je vraagstelling, waar je het hebt over personen met een psychiatrische stoornis. Of zie ik dat verkeerd?

E: Mijn casus is iemand met borderline problematiek, dus inderdaad persoonlijkheidsstoornissen, maar het kan volgens mij wel doorgetrokken worden naar andere problematieken binnen de psychiatrie. Nu, dat zou ons te ver leiden.

T: Oké, even voor mijn duidelijkheid. De eigen verantwoordelijkheid, maar ook de eigen positie laten zien, is heel belangrijk bij deze mensen natuurlijk. Daarom vind ik het niet correct als je bijvoorbeeld een psychotische cliënt met een cliënt met borderline zou vergelijken.

E: Ik weet niet of ik daar eigenlijk mee akkoord ga. De kern van wat ik versta onder 'eigen verantwoordelijkheid nemen van de cliënt', is dat er een gedeeld probleemeigenaarschap is. Ik denk dat je nooit de cliënt als 100% volledige probleemeigenaar kunt maken, want jij wil als therapeut ook iets: jij wil een verandering zien gebeuren bij de cliënt, jij wil samen aan dingen kunnen werken.

T: Dat is ook zo. Maar ik blijf wel altijd een goed onderscheid maken tussen wat ik wil, en wat de cliënt wil. Want ja, dan kan ik die verandering wel willen... Vaak is het andersom, dat cliënten vinden dat ze zelf hard moeten veranderen, want ze zijn slecht zoals ze nu zijn. Dan zeg ik vaak: nee, leer maar eens accepteren wie je bent. Maar oké, dat is ook een verandering, op een ander niveau.

In elk geval, ik versta onder 'eigen verantwoordelijkheid' vooral een stuk autonomie. Ik koppel het helemaal niet los van diagnostiek (want ik blijf erbij dat dit vooral voor persoonlijkheidsstoornissen, borderline geldt). Als je het er wil van loskoppelen, dan heb je het over algemene verantwoordelijkheden van de cliënt en verantwoordelijkheden van de therapeut en hoe deze zich onderling verhouden, maar dan zijn we gewoon met theorie bezig, en niet met het werken van uit de praktijk. En jij wil het natuurlijk in je scriptie hebben over de therapie inhoud

en wat dat dan betekent. En daarmee trek je dus het begrip ‘eigen verantwoordelijkheid’ de therapie in. Bij persoonlijkheidsproblematiek is dat ook iets heel wezenlijks.

Ik heb het zelf eerder over autonomie en verbondenheid, en niet zozeer over ‘eigen verantwoordelijkheid’. Maar in wezen bedoelen we eigenlijk hetzelfde. Het is inderdaad zo dat mensen met deze problematiek vaak gefixeerd zijn in hun eigen gedragingen. Daar gaat het om. In muziek zie ik dat ook terug en zou ik dat kunnen uitdrukken in muzikale elementen: bijvoorbeeld het altijd zacht spelen (dynamiek), niet uit de toon willen vallen (harmonie), altijd aansluiten bij (vorm, ritme, timbre), iemand wil bijvoorbeeld niet opeens een ander soort klank uitbrengen. Het zal overal wel in terugkomen, in de muzikale parameters. Met aanpassen is op zich ook niets verkeerd, maar bij deze mensen is het een fixatie en is het dus een overaanpassing, mensen zitten erin vast.

Ik zie het ook af en toe andersom, en dat is wel interessant. Bijvoorbeeld: wat gebeurt er als je de andere kant opspeelt? Dat benoem ik dan ook open en bloot aan de cliënt: jij speelt altijd zus of zo, we proberen eens om het omgekeerde te doen, wat gebeurt er dan? Ik heb dus bijvoorbeeld cliënten gehad die op djembé echt krachtig en duidelijk spelen, hun spel stond als een huis. Maar als ik hen vroeg om zacht, klein, langzaam te gaan spelen, kwam aan het licht dat die mensen zich dus helemaal niet krachtig voelen, integendeel. Maar die indruk had je niet bij hun manier van spelen. In die zin is het moeilijk om dergelijke zaken algemeen te maken. Het ging dan vooral om ritme en tempo, bij deze djembéspelen. Uiteindelijk zie je er natuurlijk vaak wel een lijn in!

E: Bij welke elementen neem je meest veranderingen waar bij cliënten met deze problematiek?

T: Tgo, dat kun je allemaal meten, kun je allemaal analyseren, prima.

E: Bij mijn cliënt waren vooral dynamiek, vorm en ritme daarin belangrijk. Tot in hoeverre kun jij herkennen dat die 3 elementen herkenbaar zijn voor andere cliënten die je hebt gehad?

T: Dat zijn zeker dingen die ik herken, dat ik daarin zaken zie gebeuren. Bij deze casus kan ik dat zeer zeker herkennen.

E: Maar als jij cliënten met vergelijkbare problematiek voor je ziet, heb je dan iets van: deze 3 elementen komen inderdaad meest voor, of heb je daar andere ervaringen mee?

T: Lastig. Zoals eerder gezegd vind ik melodie ook belangrijk. Maar sowieso vorm en dynamiek, daar kan ik zeker in meegaan. Ritme vind ik moeilijker: wat doe je als iemand een ander ritme gaat spelen? Ga je mee of ga je niet mee? Dáár gaat het om, maar dat uit zich ook in melodie. Dus dat hangt volgens mij gewoon af van hoe de cliënt ingesteld is, muzikaal: eerder ritmisch of eerder melodisch.

E: Ja, inderdaad. Dat moet ik zeker nuanceren, Greet was eerder ritmisch ingesteld.

T: Ik heb talloze voorbeelden van cliënten die inderdaad uit eigen beweging een verandering aanbrengen in bijvoorbeeld dynamiek, ritme of vorm. Maar dit kan en mag niet los worden gekoppeld van mijn taak daarin als therapeut, en de onderlinge relatie die ik met de cliënt heb opgebouwd, hoe ik op zaken reageer. Ik vind dat bijvoorbeeld een verandering in dynamiek op zich, helemaal niets zegt. De INTENTIE waarmee die dynamiekverandering is gebeurd, die is wel van belang: bijvoorbeeld kan het zo zijn dat de cliënt ‘boos’ werd op mij, omdat ik hem of haar probeerde muzikaal uit te dagen. Het feit dat mij dat gelukt is, is véél belangrijker dan de verandering die hoorbaar was in bijvoorbeeld de dynamiek. De onderliggende reden is belangrijk en dat is ook hetgeen wordt meegenomen naar de afdeling. De dynamiek is dan gewoon de manier waarop haar boosheid geuit werd. In die kern zit nu net de therapie en dat is lastig te vangen in parameters, zonder dat je de context heel goed kent. Het háarder spelen op zich, zegt me niet zoveel.

E: Maar daar ZIE (of hoor) je het wel in hé?

T: Dat is idd de uiting, ‘ergens van’, maar of dat goed is? Je ziet inderdaad wel iemand opeens een ander spectrum betreden, maar dat betekent nog niet dat het doel daarmee bereikt is.

E: Maar ik bekijk de elementen van muziek als volgt: in muziektherapie zijn dat net de manieren waarop je een verandering kunt zien.

T: Dat is ook zo. Want inderdaad: een cliënt speelde altijd zacht, op een bepaald moment speelt ze hard: wat daar ook achter zit: er IS een verandering hoorbaar. Maar dat ze harder durft spelen, betekent dat ze op dat moment tegen mij als therapeut durft op te komen. En dáár gaat het om!

E: Dat is ook mijn uitgangspunt, ik wil muzikale elementen (en de veranderingen daarin in de therapie) linken met de therapeutische relatie.

T: Het is ook zeker te linken, dat is mijn ervaring sinds veel jaren. Alleen, en daarom ben ik ook kritisch, ik ben er bang voor dat je het misschien onderschat: om dat te linken, moet je een cliënt heel goed kennen en moet je allebei hard werken. Ik denk niet dat het theoretisch vooraf te linken is. Maar wel, gaandeweg en achteraf, kun je dingen plaatsen. In die zin moet je heel voorzichtig zijn dat je niet afkomt met stellingen: dit werkt dus zo, en bijgevolg werkt dat zo. Dat maakt het vak ook zo boeiend en zo moeilijk, omdat het bij iedereen ook wel anders werkt, want er is toch zoveel afhankelijk van de wisselwerking tussen cliënt en therapeut, en die is natuurlijk bij iedereen lichtjes anders. In die zin: ja, het is te linken, maar niet rechtstreeks, dus pas op. Het is niet te simpel, zo zit het niet.

Natuurlijk heb je, als je een muzikale verandering waarneemt, terecht het idee van: hé, er gebeurt iets en dat is waardevol. Jazeker terecht, maar alleen binnen de context!

E: In die zin is mijn onderzoek ook verklarend (en niet ontwikkelingsgericht): ik wil verklaren hoe het kan dat bij deze casus, de muzikale elementen op deze manier werkten, in die context. Hoe komt dat? Tot in hoeverre speelde de therapeutische relatie daarbij een rol? Hoe komt het dat Greet eerst niet durfde in de buurt van het drumstel te komen, maar bij de laatste sessies wel drum speelt? Welke veranderingen zijn er intussen gebeurd en hoe kwamen deze tot stand?

T: Jij gebruikt daarvoor dan de elementen, maar ikzelf gebruik de muzikale rollen. Die zijn eigenlijk ook wel op elementen gebaseerd, maar volgens mij zijn ze rechtstreekser verbonden met de interactie.

E: Maar je ziet de verschillen in rollen opnemen wel terug in de elementen: speelt iemand als leider sneller (tempo) en harder (dynamiek), of begint hij te spelen (vorm),...?

T: Inderdaad, in die zin is alle muziek uiteraard terug te leiden naar de elementen.

BIJLAGE 5

Interview muziektherapeut 2 (Erin)

E: Goeiemorgen mevrouw.

M: Goeiemorgen.

E: Ik heb u al kort doorgemailed waarover mijn scriptie gaat, had u daar bij voorbaat al vragen bij?

M: Niet direct, neen, ik denk dat gaandeweg het interview wel duidelijk wordt welke kant we opgaan, niet?

E: Inderdaad, daar ga ik ook van uit. Laten we dan maar aan de slag gaan. Laat ik om te beginnen maar al direct vragen: wat verstaat u onder het opnemen van eigen verantwoordelijkheid door de cliënt in muziektherapie?

M: Wel, de patiënten waar ik mee werk, zijn vooral psychotici en patiënten met een persoonlijkheidsstoornis, waaronder dus borderline. Want je schreef in je mail dat je case een borderline persoonlijkheidsstoornis betreft?

E: Inderdaad.

M: Er is een verschil tussen deze patiënten wat betreft eigen verantwoordelijkheid opnemen. Mensen met een persoonlijkheidsstoornis stellen zich veeleer afhankelijk op ten opzichte van de therapeut.

E: En bij psychotische cliënten is dat niet zo, of anders?

M: Pas op, die kunnen zich ook afhankelijk opstellen, maar op een andere manier. Ik heb hier schizofrene patiënten die letterlijk tegen mij zeggen: "Dat kan ik niet hoor, want ik ben psychotisch en ik zie de dingen niet meer juist". Het gaat dan natuurlijk over patiënten met enig ziekte-inzicht. Dat gaat dan vooral over dingen die ik van hen vraag, waar ze toch in zekere zin 'bang' voor zijn. Ik durf niet zo hard stellen dat zij dan geen verantwoordelijkheid willen opnemen, want later in de behandeling komen we hier vaak verder in. Maar bij patiënten met een persoonlijkheidsstoornis, heb ik veel eerder het gevoel dat mensen zich zo heel afhankelijk opstellen, ten opzichte van mij.

E: Hoe gaat u daarmee om dan? Probeert u hen wel de verantwoordelijkheid terug te geven?

M: Daarin heb ik een hele evolutie meegemaakt. In de beginjaren toen ik werkte, was ik veel te empathisch, vind ik nu. Ik maakte de problemen van de patiënten tot de mijne en ik ging er zelf bijna aan onderdoor. Ik voelde me letterlijk verantwoordelijk voor het al dan niet slagen van de therapie en dat is natuurlijk geen goeie manier van werken.

E: En u werkt nu op een andere manier?

M: In de loop van de jaren, merkte ik dat het zo niet verder kon. Stilaan ben ik de grote waarde van de mogelijkheden van de patiënt beginnen inzien en ik heb ook de muziek meer zijn werk laten doen; dat deed ik trouwens al van in de beginjaren hoor: de muziek bepaalt de therapie.

E: Als we dan toch uitkomen bij muziek, dan ga ik even over naar de muzikale parameters. Hoe belangrijk vindt u de muzikale elementen bij het opnemen van eigen verantwoordelijkheid door de cliënt?

M: Uiterst belangrijk. De muziek is wat ons bindt in de muziektherapie, niet meer en niet minder.

E: Ik zou zelf zeggen dat de therapeutische relatie en de attitude daar ook wel een grote bijdrage aan hebben?

M: Zonder de muziek en zijn parameters sta je echt nergens.

E: Oké, daar ga ik akkoord omdat we muziektherapeuten zijn en omdat muziek ons middel van werken, ons medium is. Maar denkt u bijvoorbeeld dat een cliënt een dynamische verandering zal aanbrengen als hij zich eigenlijk niet 'veilig' voelt in de therapie, ten opzichte van de therapeut?

M: Dat kan zeker. De therapeutische relatie is belangrijk, maar de muzikale elementen zeggen veel meer.

E: Vindt u niet dat dat een wisselwerking is?

M: Hmm. Ik vind het nogal abstract om het daar op die manier over te hebben.

E: Oké, we kunnen het wel concreter maken, want ik belicht 3 muzikale eigenschappen in mijn casus, namelijk vorm, ritme en dynamiek. Dit zijn de eigenschappen die ik (vanuit mijn rapportages met mijn cliënt) het meest heb ingezet bij de werkvormen. Deze werkvormen werden trouwens meestal niet alleen door mij, maar ook in samenwerking met de cliënt bedacht en aangepast. Herkent u het belang van deze specifieke parameters, of hebt u daar andere ideeën over?

M: Als het gaat om eigen verantwoordelijkheid opnemen, dan herken is alleszins 'dynamiek'. Dynamiek is een zeer belangrijke muzikale eigenschap. Het is volgens mij de eigenschap waar mensen het meest door geraakt kunnen worden: een plotse crescendo of een lange decrescendo bijvoorbeeld, kunnen heel dichtbij komen. Daarom is het ook niet altijd de makkelijkste eigenschap om mee aan de slag te gaan. Er zijn patiënten die bijvoorbeeld zeer moeilijk uit hun zacht spel (of bij psychotische patiënten eerder omgekeerd) kunnen komen. Een dynamische variatie is vaak veel gevraagd van een cliënt, zeker aan het begin van de therapie.

E: Is ritme of vorm dan makkelijker te verwezenlijken? Ligt die drempel lager?

M: Ik denk dat bijvoorbeeld een ritmische variant makkelijker is, omdat –zoals gezegd- ritme niet zo dichtbij komt als dynamiek. Een verandering van ritme kan echter ook bedreigend zijn.

E: Hoezo bedreigend? Hoe bedoelt u dat concreet?

M: Een ritmische variatie, maar dat geldt ook voor een melodische variatie eigenlijk, is iets 'anders' doen. En vooral bij patiënten met een persoonlijkheidsstoornis, is dat niet vanzelfsprekend. Zij lopen graag in de pas, vallen niet graag op. Als van hen verwacht wordt dat ze een variatie gaan aanbrengen, dan kan dat al voor extra druk zorgen.

E: Dat snap ik. Maar daarom –ik kom er toch nog even op terug- is het volgens mij belangrijk dat de therapeutische relatie goed zit. Als de cliënt weet dat het niet de bedoeling is om druk te leggen vanuit de therapeut, dan kan dat toch al verschil maken voor de cliënt?

M: Je bedoelt dat je dat zou benoemen? Op die manier werk ik zelf niet zo.

E: Daarom hoeft je het volgens mij nog niet expliciet te benoemen, maar door je houding als therapeut en door het feit dat je constant aangeeft hoe belangrijk je het als therapeut vindt dat er SAMEN wordt gezocht naar werkvormen, mogelijkheden, 'oplossingen',...

M: Ik vind dat je muzikaal, en op geen enkele andere manier, ervoor moet zorgen dat de cliënt speelvreugde ervaart.

E: Oké. Maar even terug naar de muzikale eigenschappen. Bij mijn cliënt maakten vooral vorm, dynamiek en ritme het verschil: in die elementen kon ik vaak dingen herkennen die ik vervolgens benoemde of ervoer als het opnemen van de eigen verantwoordelijkheid door mijn cliënt. Vindt u dat ik –door deze 3 elementen te benadrukken- belangrijke elementen over het hoofd zie? Of heeft u andere ervaringen?

M: Zoals gezegd, kan ik mij zeer goed indenken in dynamiek en ritme. Melodie komt ook voor hoor, maar dat hangt deels ook van de muzikale voorkennis en voorkeur van de patiënt af.

E: En vorm?

M: Vorm is de minst evidente van de muzikale eigenschappen, vind ik. Vorm is een ruim begrip. Vorm kan betekenen hoe een improvisatie opgebouwd wordt, maar ook welke instrumenten er worden bespeeld, hoe het spel start en stopt, wat er intussen allemaal gebeurd is,... Ik weet niet hoe jij het zelf ziet?

E: Eigenlijk op alle manieren die u ook noemt. Vorm is inderdaad ruim, maar gaat over een bepaalde logische opbouw en ook over het samenspel: de vorm van een improvisatie kan zijn dat de therapeut begint te spelen en dat de cliënt pas na 3 minuten beslist om te gaan meespelen. Dan was de vorm als volgt: solo van de therapeut, later samenspel met zowel therapeut als cliënt, en bijvoorbeeld samen eindigen. Maar inderdaad, ook de instrumentkeuze, wie begint en wie eindigt, ... reken ik onder de vorm. Daarom is het eigenlijk ook niet zo raar dat vorm aan bod komt als een belangrijke eigenschap ☺. Een vorige muziektherapeut die ik interviewde, vond dat er in het begrip 'vorm' zoals ik het beschrijf, en u ook, al teveel therapeutische relatie verweven zit, om het nog als een louter muzikale eigenschap te zien. Gaat u daarmee akkoord?

M: Neen, want vorm is absoluut een louter muzikale eigenschap. Het is een eigenschap die bij uitstek aan muziek kan worden toegekend, want muziek kan zeer gestructureerd ingezet worden. Uiteraard kan je muziek ook op een andere manier inzetten, en dan heb je misschien geen structurerende vorm, maar het blijft wel een vorm! Als je veel nadruk gaat leggen op wie begint met spelen bijvoorbeeld, komt het stuk therapeutische relatie uiteraard aan bod, maar vorm blijft een muzikaal gegeven tout court.

E: Oké. En vindt u vorm dan ook een belangrijk gegeven in de context van probleemeigenaarschap en het opnemen van eigen verantwoordelijkheid?

M: Ongetwijfeld. Net doordat vorm zoveel inhoudt, spreekt het voor zich dat probleemeigenaarschap hierbij zeker aan bod komt. Het beginnen/eindigen van het spel, het aankondigen of inzetten van een 'stijlverandering' in het spel, de instrumentkeuze: het kan veel zeggen over hoe de patiënt zichzelf en zijn positie tot de therapeut bekijkt. Als de therapeut kiest voor de piano en de patiënt kiest voor de calimba, dan zal hij wellicht niet van plan zijn om 'gelijkwaardig' spel neer te zetten, in volume bijvoorbeeld. Uiteraard is het spel altijd gelijkwaardig, maar daarom niet gelijkaardig.

E: Hoor ik u stellen dat 'vorm' misschien nog het belangrijkste muzikale element is, betreffende probleemeigenaarschap en het uiten van het opnemen van eigen verantwoordelijkheid door de cliënt?

M: Ik wil voorzichtig zijn met uitspraken als 'belangrijkst', maar net doordat vorm zoveel verschillende elementen kan inhouden, is het gewoon een duidelijke indicatie en een goede observatiebron, naar jouw vraagstelling toe.

E: Nog even terug naar mijn vraagstelling. Ik wil je even naar je mening vragen omtrent een overkoepelende vraag die boven mijn scriptievraagstelling hangt: tot in hoeverre vindt u eigenlijk überhaupt dat een cliënt verantwoordelijk gesteld mag/kan worden voor zijn behandeling?

M: Natuurlijk hangt er veel van contextuele factoren af: hoeveel medicatie neemt de patiënt? In welke fase van behandeling bevindt de patiënt zich? Met welke hulpvraag komt de patiënt binnen? Wat is de oorzaak van bijvoorbeeld de psychose? Is er sprake van middelenmisbruik? ...

E: Ik snap uiteraard hetgeen u zegt, maar ik vind zelf dat er dan nog voor een groot deel sprake moet zijn van eigen verantwoordelijkheid, en van probleemeigenaarschap van de cliënt. Daarmee bedoel ik niet dat bijvoorbeeld de diagnose of de achtergrond van een cliënt vergeten of geminimaliseerd moet worden, absoluut niet. Daar kan de cliënt in veel gevallen ook niets aan veranderen. Maar het gaat dan vooral om verantwoordelijkheid nemen in de zin van: ermee leren omgaan! De verantwoordelijkheid nemen om met bijvoorbeeld de diagnose te leren leven. Om niet alles af te schuiven op de hulpverlening, om niet in de passieve slachtofferrol te gaan zitten, maar om actief mee te zoeken naar hoe het nu verder kan, met alle mogelijkheden die de cliënt heeft, en met de hulp van de expertise van de hulpverlener.

M: Ik volg wat je bedoelt, en daar kan zeker aan gewerkt worden met muziektherapie, en inderdaad met de muzikale parameters.

E: Oké. Hartelijk bedankt voor uw tijd.

M: Graag gedaan, en veel succes met de uitwerking en de scriptie!

BIJLAGE 6

Interview muziektherapeut 3 (Nele)

E: Goeiemiddag.

N: Dag E.

E: Zoals je weet kom ik je interviewen in verband met mijn scriptie. Je hebt mijn inleidend mailtje gelezen?

N: Jahoor, ik kon me er wel iets bij voorstellen, maar ik kun je me nog even je vraagstelling verduidelijken?

E: Natuurlijk. Het is dus zo, ik werk vanuit een casus vanop stage vorig jaar. Deze casus betreft een vrouw met de diagnose borderline. Zij stelde zich (mede vanuit het ziektebeeld) zeer afhankelijk en passief op aan het begin van de therapie, en nam geen enkele verantwoordelijkheid op voor haar gedrag. In de muziektherapie (en ook op de afdeling) hebben we eraan gewerkt om het probleemeigenaarschap voor haar, duidelijk te krijgen. Door de therapeutische relatie en het inzetten van muzikale werkvormen, hebben we hieraan gewerkt. En in de loop van de tijd en de therapie, begon G. zelf meer verantwoordelijkheid op te nemen, en veel meer betrokken te raken bij de eigen therapie en vooral bij haar eigen probleem. Nu wil ik nagaan welke muzikale parameters hiervoor de belangrijkste zijn geweest en hoe die werden ingezet. Daarnaast wil ik het aandeel van de therapeutische relatie (en attitude) hier ook bij betrekken, uiteraard. Is het zo wat duidelijk?

N: Ja, de probleem- en vraagstelling zijn duidelijk zo.

E: Oké, dan kunnen we eraan beginnen hé. Eerst zou ik graag weten wat jij zelf verstaat onder het 'eigen verantwoordelijkheid opnemen' door de cliënt bij jou in de muziektherapie?

N: Eigen verantwoordelijkheid opnemen is een probleem dat bij alle doelgroepen eigenlijk op een andere manier voorkomt. Als ik het goed versta, wordt het in jouw scriptie vooral benaderd vanuit persoonlijkheidsstoornissen, borderline?

E: Inderdaad.

N: Oké, dan wijd ik niet verder uit naar andere doelgroepen, want dat zou ons te ver kunnen leiden. Ik herken zeker het 'afhankelijkheidsprobleem' dat je beschrijft vanuit de persoonlijkheidsproblematiek. Dit hangt uiteraard samen met de diagnose, als je de criteria erop naleest, is er natuurlijk een groot verband.

E: Jaja, dat ontken ik ook zeker niet hoor. Maar ik wil vooral het gebrek aan probleemeigenaarschap aanhalen; het feit dat de therapeut in sommige gevallen wordt gezien als "de oplossing", terwijl de cliënt als het ware achterover mag leunen en zelf weinig betrokken lijkt bij zijn eigen behandeling.

N: Jaja, dat is zeer herkenbaar. Ik ben daar zelf vanuit mijn stage, intussen een aantal jaar geleden, ook heel hard tegenaan gelopen. Eigenlijk ben ik blij dat ik dit al tijdens mijn opleiding ben tegengekomen, een beetje vergelijkbaar met jouw situatie dus. Het heeft me alert gemaakt en me doen inzien dat je als therapeut inderdaad helemaal niet alleen de oplossing kunt zijn van alles en het werkt ook allesbehalve motiverend als je dat denkt, want meestal werkt het toch helemaal niet ☺.

E: Inderdaad. Maar hoe werk je dan aan dat probleemeigenaarschap met je cliënten, concreet?

N: Dat is bij iedereen individueel natuurlijk wel anders, maar er zijn zeker grote lijnen in te vinden. Zo kom ik niet altijd met helemaal uitgewerkte werkvormen naar de therapie. Het is een samen

zoeken met de cliënt. Het is, zoals jij ook benoemt, niet de bedoeling dat ik als een leraar dingen kom aandragen, die dan worden uitgevoerd door de cliënt, want dan hebben we het mijns inziens niet meer over therapie.

E: Dat snap ik. Ik heb zelf uit mijn rapportages wat betreft de werkvormen, vooral de muzikale eigenschappen vorm, dynamiek en ritme kunnen ontdekken, die telkens terugkwamen bij werkvormen die een positieve uitwerking hadden en waarbij het opnemen van eigen verantwoordelijkheid door de cliënt, duidelijk naar voren kwam. Kun je dat herkennen?

N: Ik moet toegeven dat ik het niet gemakkelijk vind om de muzikale kenmerken zo apart te bekijken. Meestal is het toch een samenloop van de muziek, de relatie, de situatie,... waaruit ik afleid of een werkvorm een positief effect had.

E: Ik vind zelf ook dat dat altijd een samenloop is hoor, en ik wil in mijn scriptie ook wel kijken hoe muziek én de therapeutische relatie in combinatie werken, maar daarvoor is het wel noodzakelijk dat ik de beide elementen ook afzonderlijk onder de loep neem. Het een kan in mijn optiek niet zonder het ander werken in muziektherapie. Maar elk van beide elementen, zowel de muziek als de therapeutische relatie / attitude heeft ook zijn eigenheden en typische kenmerken.

N: Daar ga ik wel mee akkoord. Welke elementen waren dus opvallendst bij jou? Vorm, dynamiek,...?

E: Ja, vorm, dynamiek en ritme. Uit voorgaande interviews met muziektherapeuten bleek al snel dat het element 'ritme' en 'melodie' eigenlijk nauw bij elkaar aansluiten, in de zin van: het zijn vergelijkbare elementen in relatie tot mijn vraagstelling, maar veel hangt af van de eventuele voorkennis, en zo niet, de voorkeur van de cliënt. Sommige cliënten vinden het makkelijker om met ritme te spelen, anderen met melodie. Maar aangezien ik van een casusstudie uitga en de cliënte uit mijn casus ritmisch meer geneigd was om zichzelf te laten zien, benoem ik dus ritme.

N: Oké, inderdaad, want ik ging net zeggen dat ik melodie zeker even belangrijk vind. Als het gaat over zichzelf hoorbaar maken in het spel en zich in de muziek niet compleet afhankelijk opstellen ten opzichte van de therapeut, zou ik niet weten welke van de twee meest voorkomen. Dat zal inderdaad vooral met de interesse van de cliënt en de opbouw van de werkvormen te maken hebben.

Ik zie wel vaak bij cliënten met een persoonlijkheidsstoornis, dat ze houvast zoeken bij ritme, meer dan bij melodie, is dat wat je bedoelt?

E: Ik vermoed inderdaad dat dat één van de oorzaken is. Anderzijds heeft mijn casuscliënt sowieso meer affiniteit met ritme in het algemeen. Dus dat is moeilijk te achterhalen. Maar je hebt de indruk dat ritme dus misschien meer houvast kan bieden dan melodie, bijvoorbeeld?

N: Ik kan me voorstellen dat het zo zou werken. Ik zou er eigenlijk zelf meer moeten op gaan letten in mijn werk, om je een 'zeker' antwoord te kunnen geven. Maar ik kan het me zeker voorstellen, als ik er nu over nadenk.

E: Wat zou daarvan dan de oorzaak kunnen zijn?

N: Ritme is 'vaster' dan melodie. Het kan ook zeer beweeglijk zijn natuurlijk, maar melodie is vaak grilliger, terwijl ritme heel dikwijls als basis wordt gebruikt voor de melodie, bijvoorbeeld. Dat lijkt me een plausibele verklaring.

E: Oké... Verder zag ik in de rapportages van mijn cliënt, vooral vorm en dynamiek ook terugkomen. Kun je misschien iets meer vertellen over het gebruik van dynamiek bij deze cliënten, vallen je daar dingen op?

N: Ja, zeker. Dynamiek is één van de meest duidelijk waarneembare eigenschappen, omdat er veel intentie kan inzitten. Cliënten met een persoonlijkheidsstoornis spelen bijvoorbeeld heel vaak erg stil en teruggetrokken, terwijl psychotische cliënten vaker uitbundig spelen en harder. Dat is gegeneraliseerd, maar het zijn toch muzikale gedragingen die ik vaak zie terugkomen. Als we het dan toch hebben over persoonlijkheidsstoornissen, borderline, dan zie ik pakweg bij 90% van de cliënten dat ze zacht spelen als ze binnenkomen. Het is een hele prestatie als er iets in de dynamiek verandert na een tijd.

E: Hoe probeer je ervoor te zorgen dat die verandering vanuit hen komt, en dat ze het niet gewoon doen omdat ze denken dat jij dat verwacht? Want als dat laatste het geval is, is er natuurlijk weinig of geen sprake van het nemen van eigen verantwoordelijkheid en het vergroten van de autonomie.

N: Inderdaad, maar dat is een moeilijk punt. Doordat deze cliënten zich vaak en graag afhankelijk opstellen ten opzichte van mij als therapeut, is het soms moeilijk te achterhalen als ze muzikaal iets 'anders' doen vanuit hun eigen intentie, of om mij een plezier te doen, of om eventuele afwijzing te vermijden. Maar oké, hoe probeer ik ervoor te zorgen? Ik denk dat heel veel afhangt van de therapeutische relatie die tot dan toe is opgebouwd. Als een cliënt jou nog niet vertrouwt, zal hij of zij wellicht zijn uiterste best doen om niet afgewezen te worden en om in de smaak te vallen. Soms zie je heel duidelijk in het begin dat de cliënt daarom dingen doet in de muziek waar hij niet helemaal achter staat of wat hij niet uit zichzelf doet. Bij navraag wordt dat meestal ook toegegeven. Als je in het therapeutisch werken een vertrouwensband hebt opgebouwd en als de cliënt heel duidelijk weet wat hij van jou mag verwachten, en omgekeerd, dan gebeuren pas de 'echte' dingen. Dat geldt natuurlijk dus ook voor de zaken die in de muziek gebeuren. Dynamiek is zo'n parameter waarbij je als therapeut ook voor een deel op je gevoel moet afgaan, en op de interactie die er is tijdens het spelen.

E: Wat onderscheidt een verandering in dynamiek dan van een verandering in bijvoorbeeld een ritmisch motief?

N: Ik kan je de theoretische verklaring niet geven, maar naar mijn gevoel is een verandering in dynamiek, een verandering die van dieper komt dan een verandering in bijvoorbeeld ritme. Ik kan het niet goed uitleggen, maar ik vind dynamische verschillen 'echter'. Volgens mij komt daar meer buikgevoel aan te pas.

E: Maar, de invloed van de therapeutische attitude en de relatie die is opgebouwd, mag volgens jou dus niet onderschat worden.

N: Absoluut niet, het is een zeer belangrijk aspect van de muziektherapie.

E: Belangrijker dan de muziek zelf?

N: Dat is een vraag waar ik niet kan op antwoorden. Het een kan onmogelijk zonder het andere. Als er geen sprake is van een goeie therapeutische relatie, dan kan de muziek onmogelijk in een therapeutische context worden geplaatst, naar mijn mening. Als er geen sprake is van muziek, heb je uiteraard geen muziektherapie ☺.

E: Ten slotte had ik nog 'vorm' als opvallende eigenschap van muziek, waarbij mijn cliënte duidelijk haar knelpunten, maar ook haar vorderingen liet zien betreffende het opnemen van meer eigen verantwoordelijkheid voor haar behandeling in de muziektherapie. Herken je dat?

N: Vorm houdt nogal veel in natuurlijk. Maar zonet benoemde ik de houvast die mensen vaak zoeken in ritme en ook in metrum, daarmee samenhangend. Ik denk dat vorm ook gewoon een houvast is voor heel veel cliënten. Ook weer samenhangend met de verwachtingen die jij van hen hebt, of verwachtingen waarvan zij veronderstellen dat jij die hebt! Ook hierbij is de relatie dus weer van groot belang. Weten wat je aan elkaar hebt, in beide richtingen, is onontbeerlijk voor een geslaagde therapie. Ik denk trouwens dat vorm voor alle cliënten met verschillende diagnoses zeer

belangrijk is. Maar ik kan het me volledig inbeelden dat het bij een cliënt met borderline misschien nog meer het geval is, net door hun behoefte aan 'niet verlaten worden' en 'in de smaak vallen'.

E: Oké, afsluitend dan: tot in hoeverre laat jij je cliënten (persoonlijkheidsstoornissen) zelf de verantwoordelijk nemen? Zijn daar duidelijke grenzen aan?

N: Ik vind het lastig om dat zo concreet te benoemen. Ik probeer mijn cliënten een behoorlijk grote mate van verantwoordelijkheid en eigenheid te laten opnemen. Toch merk ik soms dat ik nog kom aandraven met suggesties, tips of 'oplossingen'. Maar dat vind ik ook niet altijd verkeerd. Elke cliënt moet ook afzonderlijk bekeken worden, want "geen enkele borderliner is gelijk", zo zegt men, en dat klopt ook. Ik denk dat het al belangrijk is als therapeut, dat je alert bent voor het feit dat mensen je in een bepaalde rol duwen, namelijk die van 'probleemoplosser'. Als je daarbij stilstaat als therapeut, ben je al goed bezig ☺.

E: Oké ☺ Bedankt!

BIJLAGE 7

Interview cliënt (Greet)

E: Dag Greet, blij je terug te zien! Ik vind het heel fijn dat je bereid bent om een interview te doen.

G: Hoi, ja, we zullen zien hoe het verloopt, ik vind het wel spannend.

E: Dat snap ik. Als je vragen hebt, of als mijn vragen niet duidelijk zijn, moet je het gewoon zeggen hé.

G: Oké, doe ik.

E: Zo, Greet, wij hebben vorig jaar samengewerkt. Ik heb je al kort via de mail verteld waar ik precies naar op zoek ben voor mijn scriptie. Was je dat duidelijk?

G: Ik denk wel dat ik snap wat je bedoelde.

E: Goed, dan steken we van wal. Ik begin misschien met het moeilijkste, of meest abstracte onderdeel, namelijk de muziek en de werking ervan. Ik heb de rapportages van onze samenwerking grondig doorgenomen en daar veel dingen uitgehaald. We hebben mooie resultaten bereikt in de therapie hé?

G: Absoluut, ik heb er veel uit geleerd en ik vond het, na een tijdje ☺, ook zelfs leuk om te doen, hoewel het vaak wel confronterend was.

E: In welke zin confronterend? We hebben het daar eind vorig jaar wel over gehad hé, maar ik heb het graag nog eens op een rijtje, ook in functie van mijn eigen helderheid en voor het interview.

G: Wel, ja, confronterend in de zin dat je eigenlijk wel veel van mij verwachtte. En dat was ik helemaal niet gewend. Op de plaats waar ik verbleef vóór de KIB, lag ik bijna constant in bed en werd er ook weinig appel gedaan op mijn zelfstandigheid bijvoorbeeld. Als ik dan later aan therapieën ging meedoen, hadden de cliënten zelf eigenlijk weinig inbreng, alles werd heel erg gestuurd.

E: Vond je dat ik teveel van jou vroeg? En kun je daar voorbeelden van geven?

G: In het begin was het gewoon wennen aan het feit dat er van mij werd verwacht om actief mee te denken. Je stelde je niet op als een allesweter. Dat was een beetje nieuw voor mij.

E: Hoe voelde dat? Had je daar een onveilig gevoel bij dan?

G: Niet echt eigenlijk. Het was vooral onwennig, ik heb zoals je weet, echt weer moeten leren om zelf actief te zijn en mee te denken en mee te doen. Doordat je je niet opdringerig opstelde, kon ik dat gaandeweg en op mijn tempo leren. Dat was heel belangrijk voor mij, de houding die je je aanmat.

E: Ik ben er ook van overtuigd, en ik ben blij dat het door jou wordt bevestigd, dat de 'therapeutische relatie' zoals dat dan heet, heel belangrijk is in het proces naar komen tot eigen verantwoordelijkheid laten opnemen door de cliënt. Maar, we kunnen ook eens de muziek, waarmee we zo vaak en zo intensief gewerkt hebben, onder de loep nemen.

G: Ja, dat is goed. Ik heb laatst nog geluisterd naar de cd die we aan het einde hebben gebrand. Ik sta er nog altijd versteld van dat ik op het drumstel ben gaan spelen.

E: ☺ Blij dat je daar goeie herinneringen aan hebt. Van drumstel gesproken; uit mijn rapportages leid ik af dat vooral vorm, ritme en dynamiek de muzikale elementen waren die naar ons doel hebben geleid. Weet je wat die elementen precies inhouden.

G: Hmm ja, ik kan me er wel iets bij voorstellen... vooral ritme...

E: Even voor de duidelijkheid: ritme is duidelijk. Dynamiek, dat slaat op de geluidsterkte waarmee iets gespeeld wordt, dus op zacht of hard, maar ook op geleidelijk zachter/harder worden, of plotseling,...

G: Oja, daar zijn we zeker veel mee aan de slag geweest, naar het einde toe.

E: Inderdaad ☺. En vorm, die is een beetje moeilijk uit te leggen... Eigenlijk houdt vorm veel in. Het gaat over het afspraken maken (of niet) van hoe we de improvisatie zouden opbouwen, maar ook over het begin en het einde van het spel, hoe logisch of onlogisch het spel was opgebouwd,.. Eigenlijk letterlijk 'de vorm' van de muziek. Snap je?

G: Ik denk het wel.

E: Oké. Andere muzikale eigenschappen zijn metrum, melodie, tempo en timbre (klankkleur). Die zijn natuurlijk ook aanwezig in elk spel, maar naar mijn mening veel minder prominent in jouw proces met muziektherapie, waarbij je stap per stap meer verantwoordelijkheid en betrokkenheid bij je eigen therapie kreeg.

G: Met melodie hebben we niet echt veel gedaan hé.

E: Inderdaad, we zijn veel meer met ritme aan de slag gegaan, dus in die zin is het ook logisch dat melodie veel minder aan bod kwam dan ritme. Dat zal ik ook nuanceren in mijn scriptie. In verband met dynamiek: je gaf net al even aan dat we daar, meer naar het einde toe, mee aan de slag zijn gegaan. Wat heeft dat voor jou opgeleverd?

G: Ik speelde eigenlijk heel vaak 'neutraal' hé, niet te hard, niet te zacht. De muziek kwam ook snel dichtbij als het anders dan neutraal werd gespeeld. Dat heb ik ook met bijvoorbeeld klassieke muziek: als dat te hard staat, of als het een treurig stuk is dat hard staat, kan ik volschieten en word ik herinnerd aan bepaalde zaken die... ja... je weet wel.

E: Ja... En toch wilde je na verloop van tijd aan de slag met dynamiek. Welke reden had dat dan?

G: Ik hoorde jou dingen doen in de muziek, die de muziek gewoon veel mooier maakten. En ik vond het eigenlijk belachelijk dat ik het te dichtbij vond komen als ik bijvoorbeeld veel harder of zachter ging spelen, terwijl ik zelf die stokken in mijn handen had! Ik kon op elk moment stoppen met spelen. Dat is anders als je naar muziek luistert; dan kun je ook wel de cd-speler afzetten, maar dan stopt alles. Als je met z'n 2 speelt, of in een groep, dan loopt de muziek door als ik zelf stop.

E: Je bent dan eigenlijk zelf op zoek gegaan naar manieren om met dynamiek te kunnen werken hé. Met de time-out, onze afspraken, het feit dat je geleidelijk aan dynamiek gebruikte en niet zo plots,... Heb je de indruk dat ik je daar voldoende bij ondersteund heb?

G: Hm. Eigenlijk was het al voldoende dat je zei dat ik op zoek kon gaan naar mogelijkheden om dynamiek anders in te zetten.

E: Hoe bedoel je precies?

G: Ik zei je op een bepaald moment, en dat zag je zelf ook wel, dat ik het lastig had met dynamiek, omdat het me dan al heel gauw te dichtbij kwam. Je gaf mij niet direct 10 alternatieven, maar je gaf

gewoon de suggestie dat je ook anders met dynamiek kunt omgaan. Ik moest dan zelf wel bedenken hoe ik dat vorm zou geven. Maar toen ik voorstellen deed, was je wel ondersteunend. En vooral, in het spel zelf was je ondersteunend, muzikaal, en je hield je aan onze afspraken.

E: Had je verwacht dat ik dat niet zou doen misschien?

G: In het begin van onze therapiesessies, ging ik je zeker dat vertrouwen niet gegeven hebben. Maar in de loop van de sessies, kreeg ik wel de indruk dat ik je kon vertrouwen. En toch bleef er altijd die angst hoor. Ik heb het moeilijk met het vertrouwen van mensen... maar dat weet je...

E: Hoe heeft het werken met dynamiek jou verder geholpen in de weg naar meer eigen verantwoordelijkheid opnemen?

G: Wel, zoals ik zei... Ik moest zelf dingen verzinnen en dan probeerden we samen uit of het werkte. Als bleek dat het geen goed idee was, was ik terug bij af. Maar daardoor mocht ik me niet uit het veld laten slaan, want ik moest weer iets nieuws bedenken om alsnog aan de slag te kunnen. Toen ik merkte dat het werkte, dat ik met dynamiek ook eigen inbreng had en het spel echt kon beïnvloeden, voelde ik me echt sterker en mijn spel werd ook mooier.

E: Ik had zelf de indruk dat we ook veel meer interactie met elkaar konden hebben in het spel, door het gebruik van dynamiek.

G: Ja inderdaad, dat ook.

E: We haalden al kort eventjes 'ritme' aan. Je wilde van bij het begin eigenlijk al met ritme aan de slag, had dat een bepaalde reden?

G: Het drumstel heeft me al altijd aangesproken; als ik een band op tv zie, is de drummer ook altijd degene die ik in de gaten heb. Het lijkt me geweldig om dat op die manier te kunnen. Ritme pakt me veel meer dan melodie, maar dat is natuurlijk persoonlijk, ik moet opletten hé want jij speelt fluit ☺. Het drumstel durfde ik echt niet op te spelen in 't begin. Maar daarom leek het me een goed idee om met djembé, conga enzo aan de slag te gaan, dan waren we toch al bezig met ritme.

E: Wat heeft ritme dan dat melodie niet heeft? Of kun je dat niet uitleggen?

G: Dat is moeilijk. Ik kan het zo niet zeggen. Misschien loopt ritme meer door? Ik weet het niet?

E: Bedoel je met 'meer doorlopen' dat er een pulse is die je blijft voelen?

G: Ja, misschien. Ik weet het niet.

E: Ik ga je niet teveel woorden in de mond leggen ☺. In elk geval, ritme was eigenlijk het eerste waarin jij je eigenheid liet zien in de therapie. Je begon al snel met kleine ritmische variaties en eerlijk gezegd was ik daar wel een beetje van geschrokken...

G: Als jij nu eerlijk bent, dan ik ook: de eerste keren was het gewoon af en toe zo dat ik het ritme niet kon volhouden en er even uit was. Dan probeerde ik weer in te vallen, maar dat lukte niet altijd goed, met links-rechts coördinatie... En dan deed ik maar iets wat wel lukte op dat moment ☺.

E: Haha, Greet, dat heb je me nooit zo verteld! Wel goed opgelost! Ook dat is een teken van eigen verantwoordelijkheid nemen: je kon mij ook gezegd hebben dat het ritme te moeilijk was of lastig vol te houden, maar je probeerde jezelf op een andere manier te redden! ☺

G: Ja inderdaad... (wordt rood). Ik had beter niets gezegd zeker...

E: Nee hoor, ik vind het best grappig, maar ik kon het me niet meer zo heel nauwkeurig herinneren van in die eerste sessies... Later in de therapie ben je dan toch wel heel bewust beginnen variëren met ritmes, niet?

G: (snel) Jaja, zeker! Dat was maar een paar keer in het begin hoor, wat ik net zei. Het is voor mij niet zo'n grote drempel om ritmisch dingen te doen. Toen ik steeldrum speelde en jij piano, vond ik dat veel lastiger, omdat je dan ook nog eens de juiste tonen moest aanslaan en ook in het juiste ritme. Bij ritme komt dat meer vanzelf als bij melodie. Je hebt meer kans dat het past. Misschien bedoelde ik dat, daarnet. Jij?

E: Ik bedoelde daarmee dat je het metrum altijd kunt blijven voelen, de pulse, de takt. En dat het daarom misschien gemakkelijker is om ritmisch te variëren: je voelt als het ware hoe het zou moeten klinken, zonder dat je je iets moet aantrekken van juiste noten of toonladders of zo.

G: Ja, ja. Daar komt het wel op neer geloof ik.

E: Als laatste opvallende muzikale eigenschap vanuit de rapportages, kwam ik bij vorm. Ik zei je al dat vorm een moeilijker te omschrijven begrip is, omdat het eigenlijk nogal veel inhoudt. Kun je je er iets bij voorstellen dat vormgeving belangrijk was in jouw proces, ook voor het opnemen van meer eigen verantwoordelijkheid en autonomie? Om je bijvoorbeeld minder afhankelijk op te stellen ten opzichte van mij?

G: Zoals je daarnet vorm uitlegde, kan ik mij dat voorstellen. Ik vond het, zeker in het begin, heel belangrijk om afspraken te hebben en om te weten wat er van mij werd verwacht. Of ik moest beginnen, eindigen,... Na verloop van tijd werd duidelijk dat jij eigenlijk van mij verwachtte dat ik deed wat ik wilde.

E: Nou nou, nu ook niet helemaal ... ☺

G: ☺ Je begrijpt wel, dat ik het niet voor jou deed. Dat ik niet het spel afrondde, omdat ik dacht dat jij het saai vond. Maar dat ik het spel afrondde, omdat IK het saai begon te vinden of omdat mijn schouder pijn begon te doen.

E: Jaja, ik begrijp het. Vind je van jezelf dat je veel aandacht gaf aan de opbouw van bijvoorbeeld een improvisatie?

G: Eum. Dat vind ik moeilijk. Ja, wel nogal zeker? Ik vond vooral de duidelijkheid belangrijk, ik wilde niets verkeerd doen. Maar zoals ik net zei, is daar wel het een en het ander in veranderd.

E: En die veranderingen, waaraan zou je die dan toeschrijven?

G: Wat die nood aan duidelijkheid en afspraken betreft, zou ik die veranderingen echt kunnen toeschrijven aan jou. Of neen, aan het punt dat ik wist dat jij me de ruimte gaf. Eigenlijk vond ik na een tijd ook: als ik mijn eigen dingen moet verzinnen, dan mag ik toch mezelf ook wel ruimte geven om bijvoorbeeld een spel te stoppen als ik het niet meer leuk vond. Maar dat is niet slecht bedoeld hé.

E: Jaja, dat weet ik wel. Dat is ook net waar ik naartoe wilde eigenlijk. Door meer verantwoordelijkheden aan jou terug te geven, kreeg jij ook vaker de neiging om zelf verantwoordelijkheden op te nemen, beslissingen te nemen. Doel bereikt, haha!

G: Inderdaad. Maar zo werkte het wel écht.

E: Zou je, afsluitend, nog iets willen zeggen over het verloop van de therapie en de wijze waarop we samen gewerkt hebben?

G: Het was echt even schrikken. Maar de verantwoordelijkheden die ik in de muziektherapie kreeg, werkten door ook op de afdeling. Het is eigenlijk bijna een 'gewoonte' om dingen op anderen af te schuiven. Ik deed dat ook niet meer bewust. Ik heb nog steeds de neiging om dat zo te doen en wellicht zal dat nooit helemaal veranderen, maar ik neem nu, veel meer dan voorheen, mijn verantwoordelijkheden toch zoveel mogelijk op.

E: Mooi. Veel succes en alle geluk nog, en hartelijk bedankt voor het interview!