



Wanneer je de wereld anders beleeft

Een onderzoek naar de toepassing van Affectregulerende Muziektherapie bij kinderen met autisme

Naam: Reninka Eskes

Studentnummer: 516543

School: Hogeschool van Arnhem en Nijmegen

Opleiding: Creatieve Therapie Muziek

Begeleider: Mirjam Woortmeijer

Opdrachtgever: Kennisnetwerk Affectregulerende Vaktherapie

Datum: 12 juni 2017

Voorwoord

Voor u ligt mijn onderzoek over Affectregulerende Muziektherapie bij kinderen met autisme. Dit onderzoek is uitgevoerd met als opdrachtgever het Kennisnetwerk Affectregulerende Vaktherapie. Ik wil Wijnkje van der Ende en Patricia Tel-Vos van het Kennisnetwerk bedanken voor het vertrouwen in ons als studenten in dit belangrijke onderzoekstraject. Daarnaast wil ik de respondenten die hebben meegewerkt aan dit onderzoek ook graag bedanken.

Ik wil ook mijn projectgroepje bedanken voor de steun. De oprechte betrokkenheid was elke keer weer voelbaar.

Mijn onderzoeksbegeleider Mirjam Woortmeijer wil ik bedanken voor haar deskundige begeleiding en individuele betrokkenheid. Ze is kritisch, maar kijkt ook naar de persoon die zij voor zich heeft. Dat heeft mij zelfvertrouwen gegeven.

Verder wil ik natuurlijk mijn familie, vrienden en lieve vriend bedanken voor de steun die ik het hele proces heb mogen ontvangen. In het bijzonder mijn zus Carine, omdat zij klaarstond om mijn scriptie te voorzien van kritische feedback en om af en toe een motiverende peptalk te geven.

Samenvatting

In dit kwalitatieve onderzoek staat de volgende vraag centraal: *Hoe wordt Affectregulerende Muziektherapie ingezet bij kinderen van 6 tot 18 jaar met een autismespectrumstoornis?* De Affectregulerende Vaktherapie (ArVT) is beschreven door het Kennisnetwerk Affectregulerende Vaktherapie en wordt ingezet bij kinderen met emotionele en gedragsproblemen die voortkomen uit een verstoorde affectregulatie. Het FVB streeft ernaar om ArVT op te laten nemen in het zorgpakket. Daarvoor moet de methode goedgekeurd worden door het Nederlands Jeugd Instituut (NJI). Vaktherapie wordt meer *evidence based practice* en wordt daardoor erkend. Het NJI wil voor ArVT per doelgroep een aanvullende beschrijving waarin de specifieke toepassing van ArVT wordt beschreven. Dit onderzoek richt zich op de beschrijving van de methode van het medium muziek, Affectregulerende Muziektherapie (ArVTm), in de praktijk bij kinderen van 6 tot 18 jaar met een autismespectrumstoornis (ASS). De vijf muziektherapeuten die deze methode inzetten bij kinderen met ASS, zijn geïnterviewd. Er kan geconcludeerd worden dat de methode op een aangepaste manier ingezet wordt. Er is voornamelijk een focus op de tweede fase, de aandachtsregulatiefase. De derde fase, de affectregulatiefase, is aangepast. De houding heeft als belangrijkste kenmerken: voorspelbaar zijn, structuur, duidelijk in taal en vanuit het kind en past bij het beeld over ASS geschetst door het literatuuronderzoek. Het betekenis geven uit de mentaliserende houding is niet of nauwelijks aanwezig. Er is geen duidelijke behandelingsperiode voor kinderen met ASS. Daarnaast is de sessieduur anders dan de bestaande methode. Verder zijn ouders zoveel mogelijk betrokken vanaf het begin van de behandeling. De belangrijkste interventies zijn: concreet en duidelijk zijn, visualiseren en muzikaal structureren.

Inhoudsopgave

1. Inleiding	pagina 6
1.1 Projectkader	pagina 6
1.1.1 FVB Kennisnetwerk Affectregulerende Vaktherapie	pagina 6
1.1.2 Wat is Affectregulerende Vaktherapie?	pagina 6
1.2 Probleemstelling	pagina 7
1.2.1 Aanvullende beschrijving ArVT muziektherapie	pagina 7
1.3 Doel- en vraagstelling	pagina 8
1.3.1 Doelstelling	pagina 8
1.3.2 Langetermijndoelstelling	pagina 8
1.3.3 Vraagstelling	pagina 8
1.3.4 Deelvragen	pagina 8
2. Methode	pagina 9
2.1 Type onderzoek	pagina 9
2.2 Onderzoeksbenadering	pagina 9
2.3 Databronnen	pagina 9
2.4 Dataverzamelmethode	pagina 9
2.4.1 Deskresearch	pagina 9
2.4.2 Empirisch onderzoek	pagina 10
2.5 Meetinstrumenten	pagina 10
2.5.1 Het interview	pagina 10
2.6 Analyse	pagina 11
2.7 Verantwoording van de kwaliteit	pagina 12
2.7.1 Bruikbaarheid	pagina 12
2.7.2 Validiteit	pagina 12
2.7.3 Betrouwbaarheid	pagina 12
3. Resultaten	pagina 13
3.1 Resultaten deelvraag 1 door deskresearch	pagina 13
3.1.1 Muziektherapie	pagina 13
3.1.2 Affectregulatie	pagina 14
3.1.3 Affectregulerende Muziektherapie	pagina 14
3.2 Resultaten deelvraag 2	pagina 15
3.2.1 Literatuuronderzoek 'Wat is ASS en hoe ziet een verstoorde affectregulatie eruit bij kinderen met ASS?'	pagina 15
3.2.2 Resultaten interview verstoorde affectregulatie bij ASS	pagina 19
3.3 Resultaten deelvraag 3 tot en met deelvraag 5	pagina 21
3.3.1 Deelvraag 3: Fases	pagina 22
3.3.2 Deelvraag 4: Houding	pagina 23
3.3.3 Deelvraag 5: Werkvormen	pagina 24
3.4 Extra bevindingen voor de hoofdvraag door middel van het interview	pagina 25
3.4.1 Duur behandeling en duur sessie	pagina 25
3.4.2 Betrekking ouders	pagina 25
3.4.3 interventies	pagina 26

4. Conclusie	pagina 27
4.1 Deelvraag 1: Wat is Affectregulerende Muziektherapie	pagina 27
4.2 Deelvraag 2: Wat is ASS en hoe ziet een verstoorde affectregulatie eruit bij kinderen met ASS?	pagina 27
4.3 Deelvraag 3: Hoe worden de fases uit de bestaande beschrijving toegepast door ArVT getrainde muziektherapeuten bij kinderen met ASS?	pagina 28
4.4 Deelvraag 4: Welke houding wordt door de ArVT getrainde muziektherapeuten aangenomen bij kinderen met ASS? In hoeverre is deze houding mentaliserend?	pagina 28
4.5 Deelvraag 5: Welke ArVT werkvormen worden specifiek door ArVT getrainde muziektherapeuten ingezet bij kinderen met ASS?	pagina 29
4.6 Hoe wordt Affectregulerende Muziektherapie ingezet bij kinderen van 6 tot 18 jaar met een autismespectrumstoornis (ASS)?	pagina 29
5. Discussie	pagina 30
5.1 Terugkoppeling probleemstelling	pagina 30
5.2 Kwaliteit van het onderzoek	pagina 30
5.2.1 Bruikbaarheid	pagina 30
5.2.2 Validiteit	pagina 31
5.2.3 Betrouwbaarheid	pagina 31
5.3 Bijdrage aan mijn professionalisering	pagina 32
6. Aanbevelingen	pagina 33
Literatuurlijst	pagina 34
Bijlage A: Literatuuronderzoek	pagina 37
Bijlage B: Het interview	pagina 38

1. Inleiding

Dit onderzoek richt zich op Affectregulerende Vaktherapie (ArVT). Dit is een specifieke methode voor vaktherapie¹, die recent beschreven is. In dit hoofdstuk wordt het Kennisnetwerk Affectregulerende Vaktherapie, de opdrachtgever voor dit onderzoek, geïntroduceerd. De methode ArVT wordt uitgebreid uitgelegd en wordt gevolgd door de probleemanalyse. Dit leidt tot de onderzoeksvraag: *Hoe wordt Affectregulerende Muziektherapie ingezet bij kinderen van 6 tot 18 jaar met een autismespectrumstoornis (ASS)?*

1.1 Projectkader

1.1.1 FVB Kennisnetwerk Affectregulerende Vaktherapie

Het FVB² Kennisnetwerk Affectregulerende Vaktherapie houdt zich bezig met het goed beschrijven, onderbouwen en onderzoeken van effectieve vaktherapeutische behandelmethodes, om tot meer vaktherapeutische *evidence based practice* te komen (FVB, 2017). *Evidence based practice* houdt in dat een handelswijze wordt afgeleid van een theorie. Op basis van deze theorie kunnen methodes worden ontwikkeld en op effectiviteit worden onderzocht. Wanneer deze methodes kwalitatief goed genoeg blijken te zijn, kunnen deze breder worden ingevoerd en dan gelden deze methodes als 'bewezen effectief' (NJI, 2017). Het Nederlands jeugdinstituut werkt aan de kwaliteit van de jeugdsector en beoordeelt door middel van het erkenningstraject de door verschillende disciplines beschreven methodes. Wanneer het NJI de methode goedkeurt, en de methode dus *evidence based practice* is, komt dit in het zorgpakket. De FVB streeft ernaar om ArVT ook op te laten nemen in het zorgpakket voor de jeugd (NJI, 2017).

De methode ArVT is door tien vaktherapeuten met discipline beeldend en muziek beschreven voor de doelgroep kinderen van 6 tot 18 jaar met een problematische gehechtheid. Uit de praktijk blijkt dat de ArVT-methode voor meer doelgroepen wordt gebruikt en door verschillende vaktherapeutische disciplines. De methode zou dus transdiagnostisch kunnen worden beschreven. Om dit te realiseren moet eerst onderzocht worden hoe de methode wordt ingezet per doelgroep (FVB, 2017).

1.1.2 Wat is Affectregulerende Vaktherapie?

Affectregulerende Vaktherapie wordt ingezet bij kinderen van 6 tot 18 jaar met emotionele en gedragsproblemen. Deze problemen komen voort uit een verstoorde affectregulatie, dit kan ontstaan door problematische gehechtheid, ADHD, een autismespectrumstoornis, traumatische ervaringen en licht verstandelijke beperking (LVB) met comorbide stoornissen³. Kinderen met een verstoorde affectregulatie kunnen problemen ervaren op de volgende gebieden (Ende et al., 2016a):

- Reguleren van eigen spanningen
- Afstemmen op de ander

¹ Vaktherapie is de overkoepelende term voor muziektherapie, beeldende therapie, dramatherapie, psychomotorische (kinder)therapie, danstherapie en speltherapie (FVB, 2017)

² FVB: Federatie Vaktherapeutische Beroepen. Netwerk van vaktherapeutische beroepsverenigingen (FVB, 2017).

³ Comorbide stoornissen: een combinatie van psychische stoornissen (Zoon & Pots, 2011)

- Richten en reguleren van aandacht
- Zelfregulatie: reguleren van emoties en gedrag
- Stil staan bij gevoelens
- Opvangen van sociale signalen
- Verwoorden van gevoelens
- Samenspelen en samenwerken

ArVT is gericht op het reguleren van affecten: “interne spanningen en niet afleesbare onbewuste gevoelens en fysieke gewaarwordingen” (Ende et al., 2016a).

Er wordt ontwikkelingsgericht gewerkt in drie fases:

- 1) Spanningsregulatie: Focus op arousal⁴. Zoeken naar een balans tussen onder- en overregulatie.
- 2) Aandachtsregulatie: Focus op aandacht. Concentratie verhogen en gedeelde/gezamenlijke aandacht trainen (samenwerken).
- 3) Affectregulatie: Focus op affect. Delen van gevoelens en gedachten (en mogelijk verwoorden).

(Ende et al., 2016a)

Er wordt gewerkt met vaktherapeutische materialen en gebruik gemaakt van de werkrelatie tussen kind en therapeut. De therapeut neemt hierbij een mentaliseren bevorderende houding aan (Ende et al., 2016a). Dat betekent dat de vaktherapeut het kind laat zien hoe het kan voelen en denken over zichzelf en de ander (Ende, Patijn, Engels, Kruijf & Laat, 2016b).

1.2 Probleemstelling

1.2.1 Aanvullende beschrijving ArVT muziektherapie

Door het NJI zal een niet DSM⁵-doelgroepgerichte beschrijving niet goedgekeurd worden. Dat betekent dat ArVT nog niet opgenomen kan worden in het zorgpakket. Er moet voor elke DSM-doelgroep een beschrijving komen waarin duidelijk wordt hoe ArVT wordt ingezet bij die doelgroep. Hierbij gaat het om houding, werkvormen en regulatiefocus, dus of er een focus ligt op een bepaalde regulatiefase. Voor Affectregulerende Muziektherapie (ArVTm) is de methode al beschreven met als richtlijn problematische gehechtheid. Er moeten dus nog doelgroepgerichte aanvullende beschrijvingen worden geschreven. Elke DSM-doelgroep zou een specifieke regulatiefocus kunnen hebben en dus een andere benadering of behandelbehoefte in het gebruik van ArVT. Dit moet onderzocht worden. De DSM-doelgroepen die beschreven moeten worden zijn ADHD, een autismespectrumstoornis, traumatische ervaringen en licht verstandelijke beperking (LVB) met comorbide stoornissen. In samenspraak met het Kennisnetwerk is dit onderzoek gericht op de DSM-doelgroep ASS, omdat ASS de meest voorkomende ontwikkelingsstoornis is (Sicile-Kira, 2003). Er is veel behoefte aan een aanvullende beschrijving voor ArVTm voor de DSM-doelgroep ASS.

⁴ Arousal: De activatietoestand van het autonome en centrale zenuwstelsel. Het level van mentale alertheid of bewustzijn staat in verband met arousal. Bijvoorbeeld: Hoge bloeddruk bij angst (Encyclo, z.d.)

⁵ “DSM is de afkorting van ‘Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: het diagnostisch en statistisch handboek van psychiatrische aandoeningen (GGZtotaal, z.d.).”

1.3 Doel- en vraagstelling

1.3.1 Doelstelling

Het doel van dit onderzoek is om voor Affectregulerende Muziektherapie een aanvullende beschrijving te formuleren voor de behandeling van kinderen van 6 tot 18 jaar met een autismespectrumstoornis. In deze beschrijving wordt duidelijk hoe ArVTm wordt ingezet bij deze doelgroep. Het NJI zal daardoor de methode als *evidence based practice* erkennen en op kunnen nemen in het zorgpakket. Cliënten en instellingen weten hierdoor wat de methode inhoudt.

1.3.2 Langetermijndoelstelling

Wanneer het NJI methodes als ArVT goedkeurt en opneemt in het zorgpakket, betekent dit meer *evidence based practice* voor vaktherapie. Vaktherapie wordt daardoor erkend en mogelijk vergoed door zorgverzekeraars. Het vak kan daardoor blijven bestaan. Dit is positief voor vaktherapeuten en cliënten.

1.3.3 Vraagstelling

Vanuit de probleemanalyse is er een hoofdvraag geformuleerd die centraal staat in dit onderzoek:

Hoe wordt Affectregulerende Muziektherapie ingezet bij kinderen van 6 tot 18 jaar met een autismespectrumstoornis?

1.3.4 Deelvragen

Om de hoofdvraag zo goed mogelijk te kunnen beantwoorden zijn er vijf deelvragen opgesteld.

- 1) Wat is Affectregulerende Muziektherapie?
- 2) Wat is ASS en hoe ziet een verstoorde affectregulatie eruit bij kinderen met ASS?
- 3) Hoe worden de fases uit de bestaande beschrijving toegepast door ArVT-getrainde muziektherapeuten bij kinderen met ASS?
- 4) Welke houding wordt door de ArVT getrainde muziektherapeuten aangenomen bij kinderen met ASS? In hoeverre is deze houding mentaliserend?
- 5) Welke ArVT-werkvormen worden specifiek door ArVT getrainde muziektherapeuten ingezet bij kinderen met ASS?

2. Methode

Dit hoofdstuk beschrijft de verschillende middelen om antwoord te krijgen op de onderzoeksvraag. Daarbij is het belangrijk eerst het type onderzoek dat hier plaatsvindt te verduidelijken. Vanuit daar wordt de onderzoeksmethode beschreven, door dit in verschillende onderwerpen op te splitsen: databronnen, dataverzamelmethode, meetinstrumenten en analyse van de data. Daarna wordt er gekeken naar de verantwoording van de kwaliteit. Is het een betrouwbaar onderzoek? Is het onderzoek valide en bruikbaar?

2.1 Type onderzoek

Het onderzoek is praktisch, omdat het praktisch handelen van muziektherapeuten binnen ArVT wordt onderzocht (Migchelbrink, 2016). Daarnaast is het onderzoek volgens Donk & Lanen (2015) inventariserend. Er is geïnventariseerd hoe muziektherapeuten ArVT inzetten bij kinderen van 6 tot 18 jaar met ASS, door te beschrijven en te analyseren.

2.2 Onderzoeksbenadering

De onderzoeksbenadering voor dit onderzoek is kwalitatief. Dit betekent dat de gegevens worden uitgedrukt in woorden en beelden, met soms letterlijke citaten van interviews of observaties. Alles wordt vanuit taal gedaan en beschreven. Twee andere belangrijke kenmerken zijn het insidersperspectief en het open en interactief onderzoeksproces. Bij een insidersperspectief wordt de afstand tussen onderzoeker en het onderzochte zo klein mogelijk gemaakt, om van binnenuit zicht te krijgen op de situatie. Er is in dit onderzoek dus gekeken vanuit het perspectief van de muziektherapeut. Hoe ziet de muziektherapeut ArVT voor kinderen met ASS? De werkelijkheid is in beeld gebracht door de 'ogen' van de betrokkenen (Migchelbrink, 2016).

2.3 Databronnen

In dit onderzoek is er op twee manieren data verkregen. Via deskresearch, dus vanuit bestaande informatiebronnen, en via veldonderzoek. De databron die via veldonderzoek is gebruikt zijn individuele personen. Deze personen zijn als respondenten ondervraagd, wat betekent dat zij zijn bevraagd over persoonlijke opvattingen en ideeën. In dit geval is er dus gevraagd hoe zij ArVT zien en gebruiken in het werken met kinderen met ASS (Migchelbrink, 2016).

2.4 Dataverzamelmethode

2.4.1 Deskresearch

Deelvragen 1 en 2 zijn beantwoord middels deskresearch, ook wel literatuuronderzoek. De technieken die gebruikt zijn, zijn inhoudsanalyse en bestuderen. Daarnaast is deskresearch als ondersteuning gebruikt, voor de gevonden gegevens uit het empirisch onderzoek. Dit zorgt voor meer validiteit (Migchelbrink, 2016).

Er is gebruik gemaakt van de zoekmachines 'Google', 'Google Scholar' en 'HanQuest'. Het onderzoek is transparant gemaakt door een zoekschema te gebruiken, waarin te zien is welke zoektermen bij welke zoekmachines is gebruikt en wat dit opleverde. Dit zoekschema is te vinden in bijlag B.

2.4.2 Empirisch onderzoek

Het empirisch onderzoek, ook wel veldonderzoek, is in dit geval gedaan door middel van ondervraging. Ondervraging wordt gebruikt wanneer je iets wilt weten over kennis, houdingen, motieven en opvattingen van de respondent. In dit geval zijn er vijf muziektherapeuten bevroegd over houding, motieven en opvattingen over ArVT voor kinderen met ASS, door middel van het interview. Dit geeft antwoord op de deelvragen 2 tot en met 5 (Migchelbrink, 2016).

2.5 Meetinstrumenten

Het meetinstrument voor dit onderzoek is het interview. Door het stellen van vragen is informatie verzameld. Deze vragen zijn van te voren voorbereid. Het was een open kwalitatief interview. De antwoordmogelijkheden zijn niet van tevoren vastgelegd, zoals bij een gestructureerd interview. Er zijn open en brede vragen gebruikt om de muziektherapeut uit te nodigen zo veel mogelijk in eigen woorden te vertellen. Aangezien er bepaalde terminologie is gebruikt en er een aantal onderwerpen aan bod moesten komen, is er een topiclijst opgesteld. Het interview is daardoor semigestructureerd. Alle onderwerpen zijn daardoor aan bod gekomen, maar de geïnterviewde is vrij gelaten om persoonlijke opvattingen en belevingen te benoemen (Migchelbrink, 2016).

2.5.1 Het interview

Het opstellen van het interview

Bij een open interview worden open vragen gesteld. Deze zijn dus niet suggererend. In de vragen wordt niet duidelijk wat de mening van de onderzoeker is. Daarnaast moeten de vragen helder, eenduidig en duidelijk zijn. Er moet aangesloten worden bij de terminologie en het niveau van de geïnterviewde. Worden er termen gebruikt die meerdere opvattingen zouden kunnen hebben of die mogelijk niet algemeen bekend zijn, kan er een uitleg worden gegeven (Migchelbrink, 2016).

De onderwerpen voor het interview zijn uit de deelvragen 2 tot en met 6 voortgekomen. Alle onderwerpen hebben zich gericht op de doelgroep kinderen van 6 tot en met 18 jaar met ASS. De onderwerpen zijn:

- Verstoorde affectregulatie
- Affectregulerende muziektherapie
- Fases
- Werkvormen
- Interventies
- Duur sessie
- Duur behandeling
- (Mentaliserende) houding.

In de terminologie van Migchelbrink (2016) wordt bovenstaande lijst de topiclijst genoemd. Vanuit de onderwerpen is er al een aantal vragen voorbereid, omdat deze niet mogen ontbreken. Daarnaast zijn deze vragen ter voorbereiding opgestuurd naar de respondenten. Zij hebben zich ingelezen en voorbereid op het interview. De onderzoeker heeft gebruik gemaakt van een zelfgemaakt handboek voor de interviews. Hierin staat heel duidelijk de procedure en houding van de onderzoeker tijdens het interview. In bijlage B zijn de interviewvragen en het handboek te vinden. Naast de opgestelde vragen is er tijdens het interview ruimte om door te vragen en om nieuwe vragen te stellen die binnen het onderwerp passen (Migchelbrink, 2016).

Voorbereiding

Het is belangrijk voor de onderzoeker om de ArVT-methode goed te kennen, zodat de onderzoeker weet waar zij naar vraagt en hier adequaat op kan reageren. Naast de inhoudelijke voorbereiding, is een aantal praktische voorbereidingen ook erg belangrijk (Migchelbrink, 2016).

Het is belangrijk dat de respondent zich op zijn gemak voelt op de plek van het interview. Een plek waar de respondent vrij kan spreken en het gesprek onverstoord kan verlopen. Daarom is gevraagd aan de respondent waar het interview plaatsvindt. Hiervoor is rekening gehouden met reistijd voor de onderzoeker. Verder is van te voren afgesproken hoe lang het interview maximaal duurt. In dit geval maximaal één uur (Migchelbrink, 2016).

Het interview is opgenomen met een geluidsrecorder. Het is belangrijk dat de apparatuur vooraf is getest. Extra batterijen of andere stroomvoorziening waren tijdens het interview beschikbaar (Migchelbrink, 2016).

De interviewvragen zijn een aantal dagen voor de interviews opgestuurd naar de respondenten, zodat men zich kon voorbereiden op de vragen. Daarnaast is er een *informed consent* (toestemmingsformulier) meegestuurd, waarin duidelijke afspraken zijn gemaakt met de respondent, bijvoorbeeld over anonimiteit en gebruik van opnames.

2.6 Analyse

Tijdens de analyse is er betekenis gegeven aan de informatie die is verkregen door interviews. Deze analyse is voor een deel al gedaan tijdens de interviews. De grootste analyse heeft plaatsvinden na de interviews. Er is gekozen voor de werkwijze coderen. Codes worden toegekend aan tekstfragmenten, die een hele korte samenvatting zijn van dat fragment. Omdat het meetinstrument een semigestructureerd interview is, en er dus al een aantal onderwerpen vast staat, is er gebruik gemaakt van twee manieren van coderen (Migchelbrink, 2016).

Ten eerste is er gebruikt gemaakt van een deductieve benaderingswijze, waarbij wordt uitgegaan van een startlijst. Deze startlijst is de topiclijst uit het interview. Een interview is in eerste instantie gecodeerd volgens de deductieve benaderingswijze. De tweede coderingsmethode is de inductieve benaderingswijze, ook wel open codering genoemd, en is toegepast op de overige tekst. Trefwoorden zijn zo onbevangen mogelijk toegekend aan de uitgewerkte interviews. Dit is gedaan, omdat alles wat met het onderwerp te maken heeft belangrijk zou kunnen zijn. Eén fragment kan meerdere codes hebben gekregen, waarvan niet elke code in de startlijst staat. Deze is bij de open manier van coderen alsnog gecodeerd (Migchelbrink, 2016). De volledige coderingen kunnen opgevraagd worden via de onderzoeker.

Alle losse gecodeerde interviews zijn uiteindelijk samengevoegd tot één bestand waarin de codes zijn vergeleken. Dit is daarna overzichtelijk in een codeboom weergegeven. Codebomen ondersteunen het tekstuele verhaal, waarin de belangrijkste codes staan die antwoord geven op de deelvragen en op de hoofdvraag van het onderzoek (Tubbing, z.d.). Deze codebomen zijn te vinden in de resultaten.

2.7 Verantwoording van de kwaliteit

Voor de verantwoording van de kwaliteit is er gebruik gemaakt van de theorieën van Migchelbrink (2016). Er zijn verschillende opvattingen over de termen bruikbaarheid, validiteit en betrouwbaarheid. Er is gekozen om de definities van Migchelbrink voor deze termen aan te houden. In de discussie van dit onderzoek wordt er gereflecteerd op de kwaliteit van het onderzoek door middel van deze termen.

2.7.1 Bruikbaarheid

Dit onderzoek zal slechts onder bepaalde voorwaarden bruikbaar zijn in de praktijk. Zo moeten de muziektherapeuten die geïnterviewd zijn de ArVT-training hebben gevolgd en deze toepassen in de praktijk. Daarnaast moeten zij kinderen tussen de 6 en 18 jaar behandelen met als hoofddiagnose ASS. Ook moeten ze bereid zijn om zich van te voren te verdiepen in bepaalde terminologie, om zo goed voorbereid te zijn op het interview. Door middel van het semigestructureerd interview is de kans groter dat er voldoende informatie is verkregen. De informatie zal daardoor ook concreet en hanteerbaar zijn. Inhoudelijk betekent dit dat er een duidelijke aanvullende beschrijving kan worden geschreven voor de doelgroep ASS met de verkregen informatie en de ArVT methode kan voldoen aan de eisen van het NJI. De laatste voorwaarde waar het onderzoek aan moet voldoen is dat het onderzoek zelf niet langer duurt dan een halfjaar (Migchelbrink, 2016).

2.7.2 Validiteit

Omdat het een kwalitatief onderzoek is, wordt er gesproken van *credibility* (geloofwaardigheid), in plaats van validiteit. Dit geeft aan dat er vertrouwen moet zijn in het gepresenteerde beeld. Deze moet kloppen met de onderzochte vraag. Er wordt gestreefd naar objectiviteit. Het object van onderzoek spreekt. Een semigestructureerd interview zorgt ervoor dat het object kan spreken, maar dat de informatie wel klopt met de onderzochte vraag. Er wordt gemeten wat er gemeten moet worden. Daarnaast is het gebruik van meer dan één databron ook helpend voor meer *credibility*. Literatuur ondersteunt de verkregen informatie uit het interview (Migchelbrink, 2016).

2.7.3 Betrouwbaarheid

Net als bij validiteit, is er voor betrouwbaarheid in kwalitatief onderzoek ook een andere term gangbaar, namelijk *dependability*, wat het vertrouwen in de werkwijze tijdens het onderzoek betreft. Het is belangrijk om alle factoren en situaties die zich voor kunnen doen en de werkwijze negatief beïnvloeden, zoveel mogelijk voor te zijn. Het interview met de respondent is dus niet op een onrustige plaats afgenomen. Dit zou de opnameapparatuur onbetrouwbaar maken of de respondent afleiden. De respondenten zijn zo veel mogelijk in de eigen werkruimte geïnterviewd, zodat zij zich thuis voelen en zich beter kunnen verplaatsen in de praktijk (Migchelbrink, 2016)

3. Resultaten

3.1 Resultaten deelvraag 1 door deskresearch

Uit de literatuur blijkt dat er maar één bron bestaat, die uitlegt wat ArVTm is, namelijk de methode geschreven door het kennisnetwerk (Ende et al., 2016b). Daarnaast is er gezocht naar wat muziektherapie is en wat affectregulatie is. Muziektherapie zal eerst worden uitgelegd, daarna affectregulatie en vervolgens affectregulerende muziektherapie.

3.1.1 Muziektherapie

Voor veel mensen is muziek een belangrijk deel van hun leven. De één luistert muziek om uit bed te komen en de ander heeft een speellijst om op te kunnen sporten. Denk ook aan muziek luisteren tijdens het koken, eten, douchen of schoonmaken. Een liedje is vaak ook verbonden met onze gemoedstoestand. Een bepaald liedje laat ons blij of verdrietig voelen. We krijgen energie van een liedje of we worden er rustig van. Muziek heeft een belangrijke rol en kan een grote impact hebben op onze mind-set. Daarom is er muziektherapie (Ulbricht, 2013).

“Muziektherapie is een methodische vorm van hulpverlening waarbij muzikale middelen binnen een therapeutische relatie gehanteerd worden om verandering, ontwikkeling, stabilisatie of acceptatie te bewerkstelligen op emotioneel, gedragsmatig, cognitief, sociaal of lichamelijk gebied (NVvMT, 2009).” Dit is de definitie die gegeven wordt door de Nederlandse Vereniging voor Muziek Therapie en beschrijft alles wat muziektherapie is, maar wat betekent deze definitie nou precies? En waarom werkt muziektherapie?

Voor wie?

Muziektherapie is er voor iedereen die op emotioneel, gedragsmatig, cognitief, sociaal of lichamelijk gebied hulp kan gebruiken. Dit kan vanuit een stoornis of psychische problemen zijn, maar dit hoeft niet. Muziektherapie is er voor elke leeftijd. Een muziektherapeutische behandeling richt zich op zaken als het terugdringen van stoornissen of problemen, het stimuleren van de ontwikkeling van mogelijkheden of kwaliteiten, het stabiliseren van de problematiek, acceptatie van beperkingen of verliezen, en het verlichten van het lijden (NVvMT, 2009).

Vitality affects

Een muziektherapeut maakt gebruik van verschillende muzikale middelen, zoals ritme, melodie, klank en harmonie (NVvMT, 2009). Deze elementen zijn ook parameters die de *vitality affects* van de mens bepaald. *Vitality affects* zijn de dynamische uitingen van gedachten, gedragingen en gevoelens. Andere parameters zijn intensiteit, vorm, beweging en aantal, wat ook muzikale kenmerken zijn. Een bepaald gevoel of gedachte wordt door iemand geuit in een bepaald tempo, bepaalde intensiteit, dynamiek, ritme en vorm. Als iemand boos is, zal zijn stem harder en lager klinken, dan wanneer iemand bang is en dus vaak wat hoger en zachter praat. Hier wordt gebruik van gemaakt tijdens de muziektherapie. De parameters zijn terug te horen in de muziek (Stern, 2010). Smeijsters zegt dat muziek een analoog proces is met hoe iemand denkt, voelt en handelt buiten en binnen de therapie. Het psychisch proces van de cliënt wordt uitgedrukt in de muziek, wat gekoppeld kan worden aan de theorie van Stern. Door als muziektherapeut met behulp van improvisatietechnieken veranderingen aan te brengen in de parameters van de muziek, verandert er automatisch

ook iets aan de parameters die de *vitality affects* van de cliënt bepalen, die weer de gemoedstoestand van de cliënt op dat moment vormgeven (Smeijsters, 2006).

3.1.2 Affectregulatie

Het affect speelt een belangrijk rol in het ontstaan van psychisch klachten. Onderzoek naar het affect is pas in de jaren zestig a zeventig op gang gekomen, terwijl affect al langer bekend is onder hulpverleners. De term affectregulatie is vrij nieuw en een verstoring in de affectregulatie wordt nu gezien als een van de belangrijkste factoren voor het ontstaan van psychopathologie (Hamers, Leeuwen, Braet & Verhofstadt-Denève, 2003).

Affect is de combinatie van interne subjectieve belevingsaspecten van gevoel en cognitie en uit zich in ingewikkelde psychofysiologische toestanden. De interne belevingsaspecten toegenomen hartritme, hyperalertheid en transpiratie gecombineerd met een bepaalde gedachte over iemand, leiden bijvoorbeeld tot wat wij 'woede' hebben genoemd. Affecten zijn niet altijd bewust en zijn altijd onderdeel van onze beleving. De gebeurtenis krijgt een persoonlijke kleur. Affectregulatie wordt ontwikkeld door interactie met anderen. Door zicht te krijgen in de eigen affecten is het ook mogelijk om in te leven in iemand anders (Schmeets & Verheugt-pleiter, 2005). Wanneer er sprake is van een gezonde affectregulatie, betekent dat de persoon flexibel is en de capaciteit heeft voor adaptieve reacties op de veranderende eisen van zijn omgeving en de behoeften van het zelf. Men voelt zich veilig en functioneert optimaal. Bij een verstoorde affectregulatie voelt de persoon zich onveilig en is er sprake van disfunctioneren op meerdere gebieden, waarbij de belangrijkste is dat de persoon los staat van zelfervaring en het ervaren van anderen (Hill, 2015). In de kinder- en jeugdpsychiatrie ziet men bij veel stoornissen problemen in het vermogen tot affectregulatie. Onderregulatie, het ongecontroleerd uiten van emoties, is vaak te zien bij ADHD en gedragsstoornissen. Bij emotionele stoornissen is vaak overregulatie te zien: het onderdrukken van het gevoel. Bij autisme is er een ingewikkelde mix van onder- en overregulatie te zien (Schmeets & Verheugt-pleiter, 2005) (Schrok, 2017).

3.1.3 Affectregulerende Muziektherapie

Het belangrijkste is dat de basis van de ArVT voor elk medium hetzelfde is, zoals al beschreven is in paragraaf 1.1. Het verschil tussen elk medium is het materiaalgebruik. Bij muziek wordt er gebruik gemaakt van muziekinstrumenten en audioapparatuur. Het is belangrijk dat de therapieruimte goed is ingericht, zodat er veel keuze is in muzikale middelen. Deze keuze wordt namelijk afgestemd op het kind. Er wordt altijd improviserend gewerkt en er wordt daarbij gebruik gemaakt van de belevingswaarden van de muziek op slag-, snaar-, toets-, blaas- en strijkinstrumenten. Muziek heeft intrinsieke eigenschappen, wat betekent dat muziek vanuit het innerlijk komt. Hierdoor is improviseren met muziek mogelijk. Om in het moment regulerend te kunnen werken, worden passende eigenschappen van de muziek en de muzikale middelen naar voren gehaald door de vaktherapeut. Per fase is voor de affectregulerende muziektherapie beschreven welke improvisatietechnieken er gebruikt worden. Deze zijn gebaseerd op de improvisatietechnieken van Wigram (2004) en Bruscia (1987) (Ende et al, 2016b).

In de eerste fase, de spanningsregulatiefase, wordt gebruik gemaakt van de techniek *mirroring*, waarbij de muziektherapeut zorgt voor gelijktijdigheid en gelijkheid in de muzikale interactie. Door deze techniek ontstaat een gelijke puls beweging, die zorgt voor ondersteuning van de cliënt en daarnaast laat het de spanning van de cliënt zakken. Stabiliteit en voorspelbaarheid in het spel is belangrijk voor positieve en controleerbare

ervaringen. Daarom voegt de therapeut niets nieuws toe tijdens *mirroring* (Ende et al, 2016b).

De aandachtsregulatiefase, de tweede fase, heeft de improvisatietechniek *matching* als basis. Deze zogenaamde *shared time*, bestaat uit een blijvende beat die ontstaat uit een gedeelde puls. Hierop kan muzikaal gevarieerd worden door therapeut en cliënt. De muziek krijgt soms een nieuwe wending, wanneer er per ongeluk een geaccepteerde mismatch ontstaat. De vaktherapeut heeft een bevestigende en sturende rol in de beleving van de muziek (Ende et al, 2016b).

‘Ik en de ander’, is het belangrijkste kenmerk van fase drie, de affectregulatiefase. De twee muzieklijnen van de cliënt en de therapeut zullen meer onafhankelijker van elkaar worden, ook wel *dialoguing*. Ze geven bijvoorbeeld antwoord aan elkaar, nodigen elkaar uit of maken samen een hoogtepunt, gevolgd door een gemeenschappelijke afronding. Belangrijk zijn de gevoelsverschillen die uitgewisseld worden in dit muzikale gesprek (Ende et al, 2016b).

3.2 Resultaten deelvraag 2

De deelvraag die hier beantwoord wordt is: ‘Wat is ASS en hoe ziet een verstoorde affectregulatie eruit bij kinderen met ASS?’ De deelvraag wordt op twee manieren beantwoord, namelijk vanuit de gegevens van de interviews en door middel van literatuuronderzoek. Er wordt eerst vanuit de literatuur uitgelegd wat ASS is en daarna worden de resultaten van de interviews verder toegelicht.

3.2.1 Literatuuronderzoek ‘Wat is ASS en hoe ziet een verstoorde affectregulatie eruit bij kinderen met ASS?’

Autisme is een levenslange ontwikkelingsstoornis die invloed heeft op hoe men de wereld waarneemt en op de interactie met andere mensen (NAS, 2016). Het boek van Delfos geeft een duidelijk en helder beeld over wat ASS is en zal daarom als basis gebruikt worden voor de definitie van ASS. In het boek spreekt Delfos nog over de verschillende stoornissen zoals die in de DSM-IV zijn beschreven. Hij was zich er echter wel van bewust dat DSM5 in aanloop was en heeft hier rekening mee gehouden tijdens het schrijven van het boek. Aangezien de affectregulerende vaktherapie uitgaat van alleen de term autismespectrumstoornis, zoals in de DSM5, worden de kenmerken uit het boek van Delfos vertaald naar de overkoepelende term autismespectrumstoornis (Delfos, 2010).

ASS is in de DSM5 beschreven met twee basiskenmerken, ten eerste aanhoudend tekort in sociale communicatie en sociale interactie in verschillende situaties en als tweede beperkte, herhalende patronen van gedrag, activiteiten of interesses (APA, 2014). In alle voorgaande DSM's, waren er nog verschillende vormen van autisme beschreven, zoals Asperger en PDD-NOS. Alle subcategorieën zijn nu geschrapt en hebben plaatsgemaakt voor een diagnosesysteem gericht op de ernst van de problematiek die verdeeld is in drie gradaties: ondersteuning nodig, substantiële ondersteuning nodig en zeer substantiële hulp nodig (Vermeulen & Degrieck, 2015).

Prevalentie

Volgens Vermeulen en Degrieck (2015) wordt op basis van recente studies het voorkomen van ASS nu aangenomen op 1 op 165 kinderen, ofwel 0,6% van alle kinderen en andere studies neigen zelfs naar bijna 1%. Dit is vergeleken met twintig jaar geleden tien tot twintig keer zoveel. In het boek wordt gesteld dat er waarschijnlijk niet meer mensen zijn met

autisme, maar dat er wel meer mensen met autisme worden gediagnosticeerd en een beroep doen op de hulpverlening. Dit komt waarschijnlijk door een verbreding van de diagnostische criteria, doordat autisme beter bekend is dan vroeger, door verbeterde diagnostiek en door verbetering van de hulpverlening, maar ook door het overdiagnosticeren van ASS. Er wordt gezegd dat het niet uit te sluiten is dat er ook foute diagnoses tussen zitten (Vermeulen & Degrieck, 2015). De NVA, Nederlandse Vereniging voor Autisme, zegt dat meer dan 1% van de Nederlanders een vorm van autisme heeft (NVA, z.d.). In beide bronnen wordt gesproken over onbetrouwbaar prevalentie-onderzoek. Er is eigenlijk nog geen goede prevalentiestudie gedaan, waardoor het lastig is er echt iets over te zeggen. Ook internationaal blijkt dat prevalentiestudies niet betrouwbaar zijn. De cijfers zijn meer speculatie dan wetenschappelijk bewijs (Vermeulen & Degrieck, 2015) (NVA, z.d.).

Hoe ontstaat autisme?

De belangrijkste oorzaak voor autisme is genetische aanleg. Andere oorzaken zijn Rodehond-infectie tijdens de groei in de baarmoeder, een aantal hersenaandoeningen en door de chromosomale afwijking fragiel X-syndroom. Daarnaast blijkt autisme vaker voor te komen bij kinderen van alcoholverslaafde moeders. Bij mensen met autisme is de vorming van verbindingen naar en binnen de linker hersenhelft afwijkend, door een afwijkende rijping van het centrale zenuwstelsel. De belangrijkste functies van de linker hersenhelft zijn taal en het uitdrukken van gevoelens en gedachten (Delfos, 2010).

Er is een aantal basissignalen dat aangeeft dat een kind moeilijkheden ondervindt in zijn ontwikkeling. Dit zijn angst, hyperactiviteit, agressie en psychosomatische klachten. Twee kenmerken die passen bij een autismespectrumstoornis zijn problemen met het empathisch vermogen en weerstand tegen verandering. Het vermogen om zich in een ander te verplaatsen is bij kinderen met autisme nauwelijks ontwikkeld (Delfos, 2010).

De kenmerken

Het hoofdkenmerk voor autisme is moeite met het inschatten van sociale interactie. Andere belangrijke kenmerken zijn oog voor detail, afwijkende informatieverwerking, afwijkende zintuigelijke gevoeligheid en afwijkend tempo van ontwikkeling (Delfos, 2010). Chantal Sicile-Kira legt in haar boek de nadruk op de twee kenmerken problemen met sociale situaties en zintuigelijke gevoeligheid. Zij geeft aan dat de zintuigelijke problemen vaak over het hoofd worden gezien (Sicile-Kira, 2003). Lorna Wing is de eerste geweest die onderscheidt maakte tussen drie basissenkenmerken, sociale interactie, communicatieve vaardigheden en verbeelding. Deze worden nu de 'triade van Wing' genoemd (Vermeulen & Degrieck, 2015).

Tekortkomingen in sociale interactie

Een kind met autisme heeft veel moeite met het begrijpen van de ander (Delfos, 2010), kan geen relaties met leeftijdsgenoten ontwikkelen die passen het ontwikkelingsniveau en lijken afstandelijk of onverschillig naar andere mensen (Sicile-Kira, 2003) (Gillberg & Peeters, 2003). Het is niet dat ze niet sociaal willen zijn, maar ze missen de kennis en vaardigheden om sociaal te kunnen functioneren. Kenmerkend voor autisme is dat het niet gaat over hoeveel contact het kind heeft, maar dat het gaat over hoe het kind met anderen omgaat (Vermeulen & Degrieck, 2015). Het geven van betekenis aan de combinatie van signalen die mensen naar elkaar uitzenden, zoals gezichtsuitdrukkingen, handgebaren, oogcontact en intonatie, ontbreekt (Schachtschabel, 2010) (Gillberg & Peeters, 2003) (Vermeulen & Degrieck, 2015). Wat gaat er in de ander om? Hoe komt het gedrag van de ander tot stand? Wat voor gevolgen heeft mijn gedrag voor de mensen om mij heen? Deze vragen zijn

moeilijk te beantwoorden voor kinderen met autisme. Het empathisch vermogen, ofwel het verplaatsten in de ander, is nauwelijks ontwikkeld. Dit is te verklaren vanuit een gebrekkige kennis van zichzelf (Delfos, 2010) (Smeijsters, 2006).

De omgang met voorwerpen is vaak ook verstoord. Normaal ontwikkelde kinderen worden aangetrokken door de nieuwheid en onbekendheid van speelgoed, maar autistische kinderen niet. Ze zijn vaak gericht op hele specifieke dingen, zoals knopjes en zijn weinig creatief in het gebruiken van voorwerpen (Schachtschabel, 2010)

Het emotionele regulatiesysteem van kinderen met autisme is minder sterk ontwikkeld dan bij kinderen zonder autisme. Dit is te verklaren vanuit de zwakke wisselwerking die kinderen met autisme hebben met de omgeving. Het onderdrukken en controleren van gevoelens is nauwelijks ontwikkeld, omdat dit ook sterk afhankelijk is van de omgeving. Kinderen met autisme uiten hun emoties vaak zonder rem (Delfos, 2010). Ze kunnen bijvoorbeeld hevige driftbuien krijgen, zonder een duidelijke reden (Sicile-Kira, 2003). Emoties die kunnen bestaan zonder in relatie te staan met de omgeving zijn bijvoorbeeld woede en angst. Schaamte daarentegen bestaat alleen wanneer er contact is met de omgeving (Delfos, 2010).

Tekortkomingen in communicatieve vaardigheden

Kinderen met autisme hebben vaak een gebrekkige of ontbrekende taalontwikkeling (Sicile-Kira, 2003). De woordenschat van het kind blijft beperkt naarmate het kind ouder wordt (Gillberg & Peeters, 2003). Het kind kan daardoor niet goed communiceren en gebruikt ook geen alternatieve communicatiemiddelen zoals gebaren. Kinderen met autisme hoeven echter niet altijd problemen te ondervinden in de structurele aspecten van taalontwikkeling, zoals grammatica en woordenschat. De problemen zitten vaak meer in de sociale aspecten van taal. Hoe gebruik je verbale en non-verbale taal in een wederzijds contact (Vermeulen & Degrieck, 2015)? Ze hebben moeite met het begrijpen van de intonatie en gezichtsuitdrukkingen van de ander en zullen daardoor grapjes en sarcasme niet begrijpen (NAS, 2016). Iemand met autisme heeft de neiging woorden en zinnen te herhalen en stelt herhalende vragen (Sicile-Kira, 2003) (Gillberg & Peeters, 2003). Wat ook kenmerkend is voor het taalgebruik is dat het vaak 'ouwelijk' taalgebruik is, er worden niet-bestaande woorden gebruikt en vaak een vlakke robotachtige intonatie. Daarnaast vat het kind alle woorden meestal letterlijk op (Schachtschabel, 2010) (Vermeulen & Degrieck, 2015).

Tekortkomingen in de verbeelding

Het kind is vaak geobsedeerd door één interesse of hobby. Daarnaast heeft het kind vaak vaste routines of niet-functionele rituelen en herhaalt in bepaalde motorische bewegingen, zoals handflappen (Sicile-Kira, 2003) (Gillberg & Peeters, 2003). Ook in het spelen met speelgoed zijn vaak veel herhalende handelingen te observeren, zoals het blijven draaien aan de wieltjes van een autootje (Vermeulen & Degrieck, 2015). Fantasie en imitatiespel zijn gebrekkig (Sicile-Kira, 2003). Ze zullen geen banaan als telefoon of pistool gebruiken (Schachtschabel, 2010). Wanneer er enig fantasiespel aanwezig is, zullen kinderen met autisme de leiding nemen in het samenspel met andere kinderen, omdat ze het fantasiespel van de andere kinderen niet begrijpen (Vermeulen & Degrieck, 2015).

Kinderen met autisme hebben weinig nieuwsgierigheid naar de omgeving en lijken deze ook niet te willen ontdekken (Gillberg & Peeters, 2003). Het gebrek aan verbeeldingsvermogen wordt vertaald in een tekortkoming in de sociale verbeelding (Vermeulen & Degrieck, 2015). Er wordt een link gelegd tussen deze beperkte verbeeldingskracht bij kinderen met autisme en hun gedragsproblemen, namelijk dat de

gedragsproblemen een weerspiegeling zijn van de beperkte verbeeldingskracht (Gillberg & Peeters, 2003).

Verstoorde affectregulatie en autisme

Verstoorde affectregulatie is in de DSM5 niet direct beschreven, maar kan uitgelegd worden met de volgende beschrijving uit de DSM5: Tekort in sociaal-emotionele wederkerigheid, wat op verschillende manier tot uiting kan komen. Denk aan abnormale manier van sociaal contact maken, niet in staat zijn een normale gespreksinteractie en het verminderd delen van interesses, emoties of affect (APA, 2014).

Affectregulatie heeft vooral te maken met het inleven in de ander. Er kan geen beroep gedaan worden op het inlevend vermogen bij kinderen met autisme (Agterberg-Rouwhorst, 2015). Autisten zijn blind voor de binnenkant van anderen, waardoor de omgang met anderen moeilijk verloopt. Ze zijn dus blind voor de gevoelens, ideeën en onzichtbare bedoelingen van andere mensen, blind voor de affecten van anderen. Daarnaast delen kinderen met autisme nauwelijks interesses of plezier met andere mensen. Dit noemt men de 'gedeelde aandacht', één van de dingen die terugkomt in de affectregulerende muziektherapie (Vermeulen & Degrieck, 2015).

Het mentaliseren, "begrijpen van gedrag in relatie tot 'mentale toestanden' zoals gedachten en gevoelens" (Allen, Fonagy & Bateman, 2010, p. XII), komt bij kinderen met autisme nauwelijks voor, omdat ze een diepgaand gebrek hebben aan sociale betrokkenheid (Allen et al., 2010). De onderstaande tabel komt uit het boek *Mentaliseren in de klinische praktijk* en geeft de belangrijkste tekorten in het mentaliseren bij autisme weer

De belangrijkste tekorten in het mentaliseren bij autisme

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Achterblijvende voorkeur voor sociale stimuli• Laag niveau van emotionele betrokkenheid en responsiviteit• Niet betrokken raken in gedeelde aandacht en deze ook niet initiëren• Gebrekkige taalverwerving• Gebrek aan betrokkenheid bij alsof-spel en fantasievolle activiteiten• Gebrekkig zelfbewustzijn en verkeerd gebruik van persoonlijk voornaamwoorden ('ik' versus 'jij') |
|--|

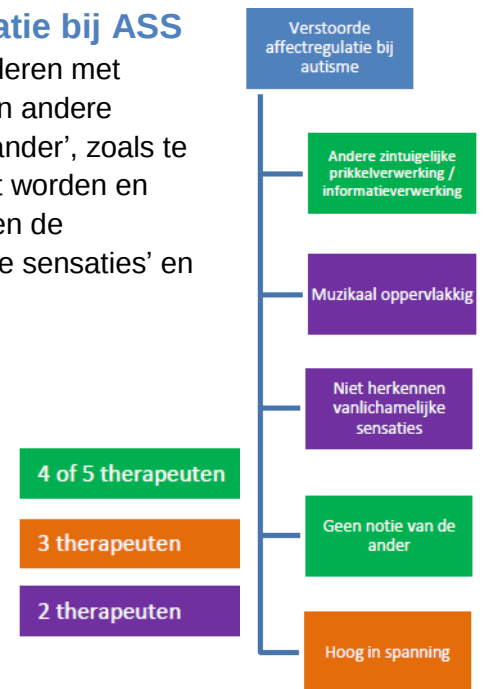
Tabel 1: mentaliseren bij autisme (Allen et al., 2010, p. 148).

3.2.2 Resultaten interview verstoorde affectregulatie bij ASS

De twee kenmerken van een verstoorde affectregulatie bij kinderen met autisme die door vier of vijf therapeuten genoemd zijn, zijn 'een andere zintuiglijke prikkelverwerking' en 'geen notie hebben van de ander', zoals te zien is in tabel 1. Deze twee zullen als eerste verder toegelicht worden en mogelijk ondersteund worden door de literatuur. Daarna worden de kenmerken 'hoog in spanning', 'niet herkennen van lichamelijke sensaties' en 'muzikaal oppervlakkig' toegelicht.

Andere zintuiglijke prikkelverwerking

Zintuiglijke prikkelverwerking is de betekenisgeving van de hersenen aan de binnenkomende prikkel via de zintuigen. Dat kunnen bijvoorbeeld beelden, smaken, geluiden, tastprikkel en bewegingsprikkel zijn. Door deze informatie weten we wie we zijn, wat we doen en waar we zijn. Bij een normale ontwikkeling worden er mentale systemen ontwikkeld die het binnenkomend materiaal kunnen verwerken. Ons verstandelijk, emotioneel en sociaal functioneren wordt beïnvloed door deze systemen (Zeevalking, 2000).



Tabel 2: Codeboom verstoorde affectregulatie bij kinderen met ASS

De hersenen van kinderen met autisme verwerken zintuiglijke informatie op een ongewone manier (Peeters, 2009). Voor elke zintuig kan de verstoring aanwezig zijn en kan zich uiten in onder- of overgevoeligheid voor prikkels (Vermeulen & Degrieck, 2015). Er blijft na de verwerking andere informatie over dan bij een normale zintuiglijke prikkelverwerking (Zeevalking, 2000). Twee voorbeelden uit de interviews zijn:

- “Want als jij als klein kindje al heel veel last hebt van iets wat kriebelt aan een dekentje en je daar enorm aan het huilen bent en iemand snapt dat dat niet, want het is toch best een lekker zacht dekentje.”
- “autisten zijn natuurlijk auditief heel anders dan wij, qua zintuiglijke informatie, en muziek heeft daarbij dus een hele sterke prikkel waarbij het ook wel lijkt alsof andere dingen wat, hoe zeg je dat, wat weggeduwd worden.”

In de DSM5 staat ook dat autisten een onder- of overgevoeligheid hebben voor zintuiglijke prikkels (APA, 2014). De problemen in de zintuiglijke prikkelverwerking is al vroeg te zien bij kinderen met ASS en er wordt gesteld dat dit kenmerk van autisme als eerste is waar te nemen (Sandmann, Landsman-Dijkstra & Cox, 2016). Door de muziektherapeuten wordt aangegeven dat het belangrijk is rekening te houden met de andere prikkelverwerking. Twee voorbeelden uit de interviews:

- Geparafraseerd: maar in de beschrijving is het denk ik vooral belangrijk van wat is die zintuiglijke prikkelverwerking, want dat kan voor kinderen met autisme toch echt wel heel anders zijn. En dat het goed is om te realiseren dat die kinderen de wereld dus ook heel anders beleven en dan gaat het dus daarin mis in het elkaar begrijpen.
- “Je kan wel meer zeggen, meer aangeven, maar het blijft dat bij ASS helemaal, hoe is op dat moment hun prikkelverwerking. Wat kan daar nog bij? Want over het randje, is ook meteen vaak escalatie.”

Ook volgens het onderzoek van Sandmann et al., is het belangrijk is rekening te houden met de prikkelverwerkingsproblematiek van mensen met ASS, omdat deze veel invloed heeft op hun dagelijks leven (2016).

Geen notie hebben van de ander

Alle vijf de therapeuten geven aan dat ze de verstoorde affectregulatie bij kinderen met ASS terugzien in het niet zien van de ander. En dan gaat het met name om het niet zien van de 'binnenkant' van de ander, zoals ook al beschreven in paragraaf 3.2.1 onder het kopje verstoorde affectregulatie. In het interview wordt onder andere gezegd "bij sommige zie je wel echt dat dat zo moeilijk is om zich enige beeld of invoel.... gewoon al cognitief (..) in te denken dat iemand anders iets anders kan denken dan jij en laat staan dat je dat dan ook nog enigszins doorvoelt van wat die ander." Wat ook belangrijk is, is het niet horen van de ander tijdens de muziektherapie:

- "Ze willen allemaal graag in een band spelen en dat is een heel leuk metafoor natuurlijk van samen spelen, dus dat betekent dus dat je én je eigen instrument moet beheersen, maar ook de ander moet horen en dat is soms heel ingewikkeld."
- "Dat hoor je al als het kind alleen speelt ook en als je dus samen gaat spelen, dan is het.. het is al moeilijk om gehoord te worden als therapeut. Tis net of het niet opgepakt wordt wat jij doet." In paragraaf 3.2.1 wordt al duidelijk dat meerdere bronnen aangeven dat kinderen met autisme moeite hebben met het begrijpen van de ander.

Hoog in spanning

Drie therapeuten geven aan dat ze vaak hoge spanning zien bij kinderen met autisme. Dit is te vergelijken met een emmer die volloopt. Er lijkt eerst geen spanning te zijn, maar wanneer de emmer uiteindelijk is volgelopen en overstroomt, komt er een ontploffing en is de hoge spanning te zien (Agterberg-Rouwhorst, 2015). Dit is wat één van de therapeuten ook beschrijft: "is de emmer vol en dan ontstaat er gelijk overprikkeling. En de cocktail wat wij dan categoriseren in boos of verdriet of dat soort dingen, maar bij hun is het meestal een overprikkeling van dingen waardoor ze niet meer kunnen reguleren en uit balans zijn." Hoge spanning wordt mogelijk veroorzaakt door weerstand tegen verandering, wat weer gekoppeld kan zijn aan de overgevoeligheid van het kind (Delfos, 2010).

Niet herkennen van lichamelijke sensaties

Twee therapeuten hebben genoemd dat ze de verstoorde affectregulatie terugzien in het niet herkennen van lichamelijke sensaties:

- "Ja maar ook überhaupt het besef van wat je eigen lijf is, hoe kan je sensaties, lichamelijke sensaties herkennen in je lichaam en die ook beoordelen en waar te schatten."
- "En voor mij begint het meteen met geen notie hebben dat ze opbouwen in spanning of intentie en daar enige notie van hebben hoe dat in hun lijf werkt."

Muzikaal oppervlakkig

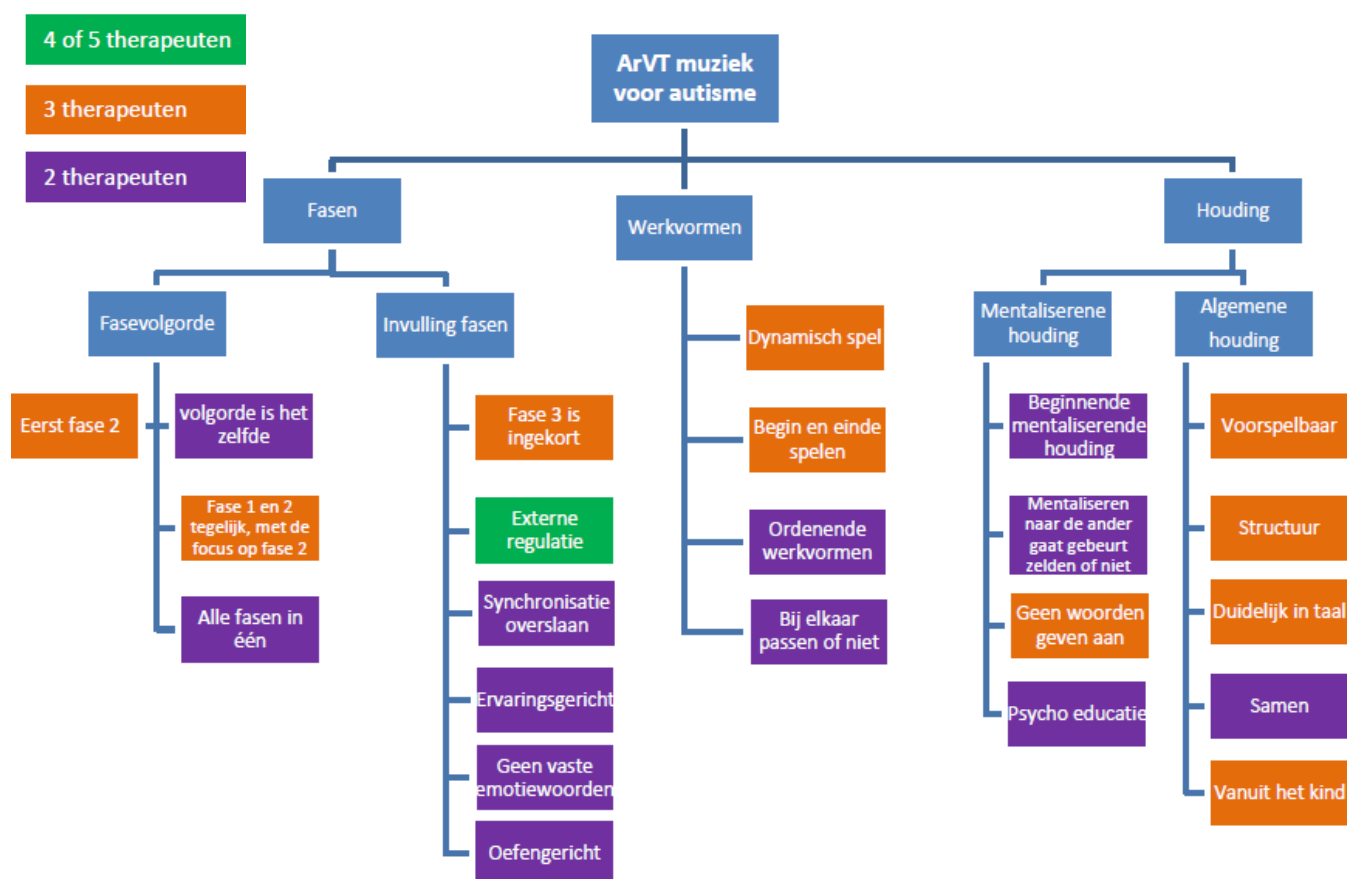
Volgens de twee therapeuten wordt met muzikale oppervlakkigheid vooral bedoeld dat kinderen met autisme niet echt verschil kunnen maken in hard of zacht. Soms denken kinderen wel dat ze harder of zachter spelen, maar in werkelijkheid hoor je nauwelijks verschil. Daarnaast speelt het kind veel herhalende motiefjes en weet geen opbouw of afbouw te maken.

3.3 Resultaten deelvraag 3 tot en met deelvraag 5

Het interview heeft zich gericht op deelvraag 2 tot en met deelvraag 5. In deze paragraaf worden de resultaten weergegeven van deelvraag 3 tot en met 5, omdat deze specifiek gaan over de methode affectregulerende muziektherapie bij kinderen met ASS:

- 3) Hoe worden de fases uit de bestaande beschrijving toegepast door ArVT getrainde muziektherapeuten bij kinderen met ASS?
- 4) Welke houding wordt door de ArVT getrainde muziektherapeuten aangenomen bij kinderen met ASS? In hoeverre is deze houding mentaliserend?
- 5) Welke ArVT werkvormen worden specifiek door ArVT getrainde muziektherapeuten ingezet bij kinderen met ASS?

Om de resultaten overzichtelijk weer te geven, is er gekozen voor een code-boom. Hierin is duidelijk te zien wat er genoemd is door de respondenten en hoe vaak. De eerste codeboom geeft antwoord op de deelvragen 3 tot en met 5. De tweede codeboom is te zien in paragraaf 3.4 en geeft extra informatie uit de interviews voor het beantwoorden van de hoofdvraag.



Tabel 3: Codeboom interview deelvragen 3 tot en met 5

Zoals te zien is zijn er veel dezelfde antwoorden gegeven door twee of drie therapeuten. Het antwoord op deelvraag 3, 'Hoe worden de fases uit de bestaande beschrijving toegepast door ArVT getrainde muziektherapeuten bij kinderen met ASS?', kan een grote verandering in de methode betekenen wanneer er gewerkt wordt met ASS. Er is een aantal opvallende resultaten voor deze deelvraag en daarom worden deze resultaten als eerste toegelicht.

3.3.1 Deelvraag 3: Fases

Wat het meest opvallende is, is de fasevolgorde. Het lijkt alsof elf therapeuten hier iets over hebben gezegd, maar in werkelijkheid zijn het er wel gewoon vijf. De drie therapeuten die hebben aangegeven dat ze beginnen met fase twee, zijn dezelfde drie therapeuten die aangeven dat fase één en twee tegelijk gaan, maar de focus ligt wel op fase twee. Twee van deze drie therapeuten geven ook aan dat ze eigenlijk met alle fases tegelijk bezig zijn. Belangrijk is dat één van deze therapeuten heeft gezegd: "Nogmaals bij kindjes met autisme problematiek, ga ik eerst echt heel erg op aandacht zitten. Kan je aandacht er bij houden, kan je aandacht delen, kan je alterneren in aandacht." De therapeut geeft dus duidelijk aan dat aandacht, de kern van fase twee, het belangrijkste is. Dat alle fases ook samen komen, komt omdat deze therapeut werkvormen gebruikt waarin alle fases naar boven komen: "Maar dat is aandacht, dat is affectregulatie, dat is eigenlijk al een vorm waar een heleboel inzit." De andere therapeut die aangeeft alle fases tegelijk te doen, zegt ook: "En fase drie, volgens mij kom ik daar niet eens aan bij autisten als ik heel eerlijk ben." Naast dat de fasevolgorde volgens drie therapeuten anders is voor kinderen met autisme, zijn er twee andere therapeuten die aangeven dat de fasering klopt zoals het is beschreven.

Het tweede opvallende is de invulling van de fases. Het enige wat bijna alle therapeuten, namelijk vier van de vijf, hetzelfde doen, is externe regulatie bij kinderen met autisme. Daarmee wordt bedoeld dat er veel buiten het kind om wordt gereguleerd, wat anders is dan de bestaande methode. Daarnaast geven drie therapeuten aan dat fase drie is ingekort. Ze komen niet zo ver in die fase als bij andere doelgroepen. Eén van die therapeuten zegt dat het met leeftijd te maken heeft: "Ik heb nou ook kids van zestien zeventien en dat heeft wel met leeftijd te maken, daar kun je wel iets meer, mentaliseren is een groot woord, maar wel meer in dat bewustzijn zitten, (...) kun je voorstellen hoe dat voor een ander is, dat soort dingen."

Twee therapeuten hebben genoemd geen vaste emotiewoorden te gebruiken bij kinderen met ASS:

- "Dus ik heb het niet over boos, het enige wat ik dan zeg is 'leuk', 'niet leuk'"
- "dat het niet zo zeer gaat over die 4 B's ofzo, maar dat het in eerste instantie gaat dat je gewoon eerst moet kunnen stil staan bij, ooh dit is wel fijn en dit is niet fijn."

Verder wordt er door twee therapeuten aangegeven dat er ervaringsgericht wordt gewerkt, terwijl twee andere therapeuten aangeven juist oefengericht te werken. Daarnaast geven twee therapeuten aan het synchroniseren in de eerste fase over te slaan.

3.3.2 Deelvraag 4: Houding

De vijf therapeuten hebben iets gezegd over hun algemene houding bij autisten en in hoeverre ze de mentaliserende bevorderende houding aannemen, zoals de methode beschrijft.

Algemene houding bij kinderen met autisme

Drie houdingskenmerken die door drie therapeuten genoemd zijn: 'voorspelbaar', 'structuur' en 'duidelijk in taal'. 'Voorspelbaar' gaat vooral over dat de kinderen op een gegeven moment weten wat er gaat komen, zoals

- "het programma is altijd, maar ook mijn begeleiding is redelijk hetzelfde en niet te springerig"
- "Wat ik interessant vindt, is heel vaak zie je dat ze graag de bedoeling willen weten en naarmate ze langer komen dan wordt dat steeds minder, dan gaat dat het wel."

'Structuur' is meer hoe je het aanbiedt, dus "Vaak hangen de kaartjes op het bord, waarvan ze weten van oh weet je dit en dit gaan we doen, we leggen wat dingen vast." Bij het kenmerk 'duidelijk in taal', wordt genoemd:

- "Manier waarop je uitleg geeft, dat je denkt aan bepaalde beeldspraken"
- "niet te veel abstracte of algemene of globale bewoordingen gebruiken"
- "je blijft dan uit intentie, snappen, aanmoedigen, 'goh wat erg', bekrachtigen. Daar blijf je dan uit. Je gaat eigenlijk heel feitelijk. Met betrokkenheid vragen."

Deze drie kenmerken worden door Smeijsters (2006) ook genoemd als belangrijke houdingsaspecten voor een muziektherapeut die werkt met kinderen met ASS.

Het vierde kenmerk dat ook door drie therapeuten is genoemd, is 'vanuit het kind'. Dit kenmerk is volgens Smeijsters het uitgangspunt, omdat kinderen met autisme een eigen en unieke beleving hebben die vraagt om gevolgd en geaccepteerd te worden. Het kind staat centraal (Smeijsters, 2006). Eén van de therapeuten zegt: "Dus ik probeer eigenlijk vooral (...) hun eigen logica, logica die ze zelf hebben, is heel anders dan wij, om daar vrijbrief voor te geven. Dus als iemand (...) een soort ritme van zeven achtste speelt, (...) dan speel ik gewoon zeven achtste mee, snap je? En daarbinnen is dan van alles mogelijk. Ik denk dat ik bij autisten wel heel vaak uitga van wat ze zelf laten horen en zien en daarbij aansluiten."

Mentaliserende houding

Belangrijk is om eerst te weten, hoe deze mentaliserende houding er volgens de methode precies uitziet. Een mentaliserende houding wil zeggen "dat de vaktherapeut het kind voordoet, hoe het kan denken/voelen over zichzelf en de ander (Ende et al, 2016)."

Het meest genoemde kenmerk, namelijk drie keer, is 'geen woorden geven aan'. Wat bij alle drie de therapeuten daarin naar voren komt, is dat het op dat moment al voldoende is dat de kinderen een stapje zetten en dat hoeft dan niet ook nog benoemd te worden met de juiste woorden. Het volgende gesprek tussen onderzoeker en therapeut geeft dit duidelijk weer:

Onderzoeker: *"Het hoeft dan niet meer benoemt te worden misschien of.."*

Muziektherapeut: *"Dat vind ik soms, denk ik dat het eraan afdoet. Dat tie dan net weer een ander stukje aanzet daarboven. Van oh compliment, dus ik moet dat goed doen, weet je wel. Dan krijgt het zoiets van..."*

Onderzoeker: *"Dan wordt het een andere betekenis misschien ja."*

Muziektherapeut: “Ja, denk ik. Haha. Even verschil tussen affectief laten of het inpeper.. ja inpeperen klinkt zo onaardig, maar nouja... Dat het een gedragstherapeutisch ding wordt, dat hoeft voor mij dan niet. Weet je wel. Daar gaat het niet om.”

Onderzoeker: “Nee, als het gebeurt is het eigenlijk al goed, ja.” “Ja!”

De andere therapeuten benoemen:

- “Ja en niet overal woorden voor weten en hoeven weten.”
- “dan hoeft het kind niet meer als het weet oranje, dan is het ook goed. Daar hoeven daar niet heel veel woorden of bij de rood, ja dan oke dan weten we hoe en wat we gaan doen en dat geeft gewoon heel veel duidelijkheid.”

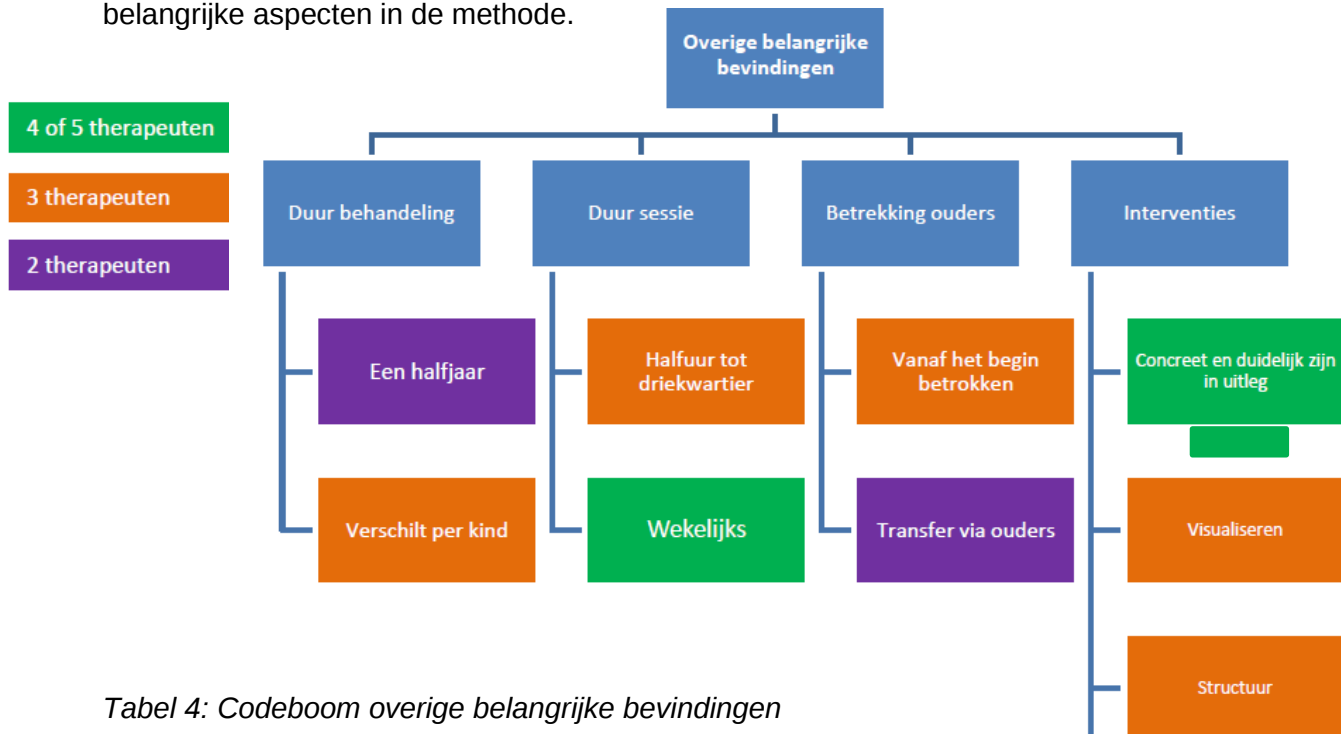
Twee andere belangrijke aspecten die genoemd zijn: ‘beginnende mentaliserende houding’ en ‘mentaliserende houding naar de ander gebeurt zelfden of niet’. Daarnaast is er door twee therapeuten genoemd dat men meer psycho-educatie gericht werkt in plaats van mentaliserend: “en wat ik dan vooral met die kinderen doe in de muziek, dus los van de muziek, ook gesprekjes over psycho-educatie eigenlijk. En psycho-educatie is ook een klein stukje mentaliserend, hè van ‘voor autisten is dat zo en voor niet-autisten is dat anders.’, maar dat blijft wel aan de oppervlakte.” Volgens Agterberg-Rouwhorst (2015) kun je geen beroep doen op het inlevend vermogen, wanneer je een kind met autisme wil leren over de ander. Mentalisatie is voor hen heel erg moeilijk.

3.3.3 Deelvraag 5: Werkvormen

Deelvraag die hier beantwoord wordt is: ‘Welke ArVT werkvormen worden specifiek door ArVT getrainde muziektherapeuten ingezet bij kinderen met ASS?’ Deze vraag spreekt over ArVT werkvormen, maar naarmate het onderzoek vorderde bleek dat er geen specifieke werkvormen voor ArVT zijn geschreven. De vraag is dus nu vooral gericht op welke werkvormen de muziektherapeuten inzetten bij kinderen met ASS wanneer ze de ArVT-methode inzetten. Twee belangrijke soorten werkvormen die het meest genoemd zijn: ‘dynamisch spel’ en ‘begin en einde spelen’. Dynamisch spel is van hard naar zacht en terug, bijvoorbeeld. Begin einde spelen, gaat over of het kind kan beginnen en eindigen in de muziek, maar ook of het waarneemt dat een ander gaat eindigen bijvoorbeeld. Daarnaast werd genoemd ‘ordenende werkvormen’ en ‘bij elkaar passen of niet’. Een voorbeeld van een ordenende werkvorm genoemd door de therapeut is: “wat ik dan vaak met ze doe is instrumentengroepen nemen en zeggen van nou maak maar eens een rij van wat fijn is en wat niet fijn is.” ‘Bij elkaar passen of niet’ gaat over of instrumenten bij elkaar passen of niet: “En dan spelen we het uiteindelijk (...) samen en dan vraag ik aan hem van ‘goh, vind je dat bij elkaar passen?’ En hij zei in dit geval ‘Nee, dat slaat helemaal nergens op.’ En dan vraag ik aan hem van ‘Goh. Zouden er instrumenten die er wel bij passen?’ En dan speel ik het op piano, op de piano speel ik dat melodietje en dan vond hij dat wel passen. En dan is het alléén passen, dus dat gaat helemaal niet over emoties.”

3.4 Extra bevindingen voor de hoofdvraag door middel van het interview

Tijdens de interviews kwam er nog heel veel extra informatie naar boven die niet bij een deelvraag aansluit, maar wel mede antwoord geeft op de hoofdvraag. Deze informatie is in een aparte codeboom gezet en is hieronder te zien. De informatie is in vier delen opgesplitst, namelijk 'duur behandeling', 'duur sessie', 'betrekking ouders' en 'interventies'. Vier belangrijke aspecten in de methode.



Tabel 4: Codeboom overige belangrijke bevindingen

3.4.1 Duur behandeling en duur sessie

In de methode staat dat de therapie een halfjaar tot anderhalf jaar duurt (Ende et al., 2016b). Twee therapeuten geven specifiek aan dat ze een halfjaar bezig zijn, maar de andere drie therapeuten zeggen dat het verschilt per kind. De sessie is wel bij alle therapeuten wekelijks, zoals in de methode staat beschreven (Ende et al., 2016b). Door drie therapeuten is genoemd dat de sessie een halfuur tot driekwartier duurt, net iets korter dan in de methode, waarin staat dat een sessie driekwartier tot een halfuur duurt (Ende et al., 2016b). Wat belangrijk is volgens Smeijsters is duidelijkheid in tijd en ruimte wanneer je werkt met kinderen met ASS (Smeijsters, 2006). Iets wat één van de therapeuten ook aangeeft: “Je moet met autisten, moet je echt gewoon heel goed afspreken hoe lang en eigenlijk het liefste dezelfde dag en dezelfde tijd. Dat is ook wel eigenlijk wel het beste, maar dat lukt niet altijd.”

3.4.2 Betrekking ouders

In de methode staat beschreven dat ouders betrokken zijn bij de behandeling. Er wordt psycho-educatie gegeven en voldoende begeleiding in het omgaan met hun kind (Ende et al., 2016b). Belangrijk is dat er maar van vier van de vijf therapeuten informatie is over betrekking van ouders. Door drie therapeuten is aangegeven dat ouders vanaf het begin af aan betrokken zijn bij de behandeling. Twee daarvan geven aan dat ouders soms ook echt meedoen in de therapie:

- “Ik zeg meteen bij mij, de ouders altijd mee doen in therapie. Ja, omdat ook de ouders natuurlijk een rol spelen in ‘hé, hoe doe ik dat?’ en ‘hoe duidelijk ben ik?’, een

meerwaarde van het meedoen, is dat ouders zien binnen de muziek waar zij tegen aanlopen, doordat ik de vertaling geef, 'ik zie binnen muziek dit en dit' en dan zeggen ze 'jeetje.. ja dat klopt'. Dus dat is ook een beetje van oh fijn, ze weten waarvoor ze hier zijn."

- "Als ik denk dat ouders iets kunnen betekenen in de spanningsregulatie betrek ik ze soms ook actief."

Door twee van die drie therapeuten wordt gezegd dat de transfer naar thuis en soms ook naar school via ouders loopt: "Ga nou eens met de leerkracht of met de interne begeleider bespreken of een plekje is waar hij even bij donkergroen weer naar oranje kan ofzo. Dat probeer ik wel, maar dat is eigenlijk wel via ouders en ik zeg van dit is zoo ingewikkeld dat we dat eerst klein moeten doen en veilig bij ouders en pas daarna dat kringetje groter maken naar school."

In de codeboom staat niet de ene therapeut die heeft aangegeven dat ouders niet direct zijn betrokken bij de behandeling. Het contact met ouders loopt via de systeemtherapeut. Dit heeft vooral met de setting te maken: "dat het ook heel goed is om te realiseren dat binnen deze behandeling er bepaalde grenzen aan zijn, ook in samenwerking bijvoorbeeld met ouders, die is hier, dat gaat altijd via de systeemtherapeut, dus dat is wat minder direct dan bij sommige plekken, waar je meer met ouders kan gaan zitten van 'Hoe werkt het bij jouw kind?'"

3.4.3 Interventies

Bij interventies waren een heleboel verschillende antwoorden, maar net als bij de andere onderwerpen zijn alleen de codes gebruikt die door twee of meer therapeuten zijn genoemd. 'Concreet en duidelijk zijn' is door alle therapeuten benoemd en daarom belangrijk. Deze interventie ligt natuurlijk ook wel dicht bij houding, maar is wel specifiek een interventie die past bij kinderen met autisme. De meeste therapeuten zeggen dat ze dat bij andere doelgroepen niet zo specifiek doen. Wat er vooral bedoeld wordt is dat de uitleg heel concreet is, bijvoorbeeld: "Vandaag gaan wij met de trommel en de tempelbloks, om de beurt spelen en jij mag beginnen." Instrumenten zijn duidelijk, tijdstip is duidelijk, de opdracht is duidelijk en het begin is duidelijk. De angst voor het onbekende wordt hiermee verkleind (Smeijsters, 2006).

Een andere interventie die door drie therapeuten is genoemd is 'visualiseren'. Er worden dan bijvoorbeeld kleuren gebruikt om iets wat voor autisten heel abstract lijkt, duidelijker te maken. Visualiseren kan ook gebruikt worden om dynamiek te laten zien:

- "Naja soms dan met kleuren, zo van wat voor kleur hoort daar dan bij. 'DIITT', 'Dit is wel geel he?' 'Nee dat is lichtgeel, maar een beetje groen er door heen.' 'Okey'."
- "Ik doe ook veel met krijt. 'Hard (*harde krijtbeweging*) (...) Oh en dit is heel zacht (*zachte krijtbeweging*), zie je mijn hand is los. Oh dan krijgen we een heel zacht lijntje, ooh, ja lichtblauw. Dit was heel donkerblauw geworden en daartussen kan je van heel hard en als ik mijn hand steeds een beetje losser laat, dan kan je zo naar heel zacht hè? En dat kan je ook op een instrument. Nou, wat wil je eerst doen? Wat zullen we eerst doen? Zullen we dat eerst met muziek doen of wil je eerst dit tekenen doen?'."

De derde interventie door drie therapeuten genoemd is 'structuur'. Dit komt dicht bij concreet, maar met 'structuur' wordt bedoeld, structuur in de muziek. Dus door een ritmische basis te geven of duidelijk begin en einde in de muziek te maken.

4. Conclusie

In dit onderzoek is er onderzocht hoe Affectregulerende Muziektherapie wordt ingezet bij kinderen van 6 tot 18 jaar met ASS. In dit hoofdstuk wordt er antwoord gegeven op de deelvragen en de hoofdvraag door een conclusie te trekken uit de gevonden resultaten. Dit wordt per deelvraag gedaan.

4.1 Deelvraag 1: Wat is Affectregulerende Muziektherapie?

Uit de resultaten kan geconcludeerd worden dat er over Affectregulerende Muziektherapie nog niet meer is geschreven dan de methode zelf. De methodebeschrijving van Ende et al. (2016b) is dus het antwoord op deze deelvraag. Toch is er ook verder gekeken en zijn muziektherapie en affectregulatie apart onderzocht. Het muziektherapeutische proces van Stern (2010) en Smeijsters (2006) kan gekoppeld worden aan de ArVTm. Er wordt in de methode ingespeeld op de parameters die de *vitality affects* van het kind bepalen en er kan geconcludeerd worden dat de methode uitgaat van de analoge proces theorie van Smeijsters (2006).

4.2 Deelvraag 2: Wat is ASS en hoe ziet een verstoorde affectregulatie eruit bij kinderen met ASS?

De vraag 'Wat is ASS?' is door veel verschillende literatuurbronnen beantwoordt. Het belangrijkste is dat ze allemaal uitgaan van 'de triade van Wing', maar vaak net iets anders genoemd. Deze drie hoofdkenmerken zijn ook in ons diagnostisch systeem gebruikt, de DSM5. Het antwoord op 'Wat is ASS?', is dus volgens de resultaten van dit onderzoek: tekortkomingen in sociale interactie, tekortkomingen in communicatieve vaardigheden en tekortkomingen in de verbeelding. Sommige bronnen benoemen dat 'tekortkomingen in de sociale interactie' het belangrijkste kenmerk is. Kinderen met autisme hebben dus moeite met het begrijpen van de ander en hebben daardoor weinig sociale interactie. Daarnaast hebben kinderen met autisme een gebrekkige of ontbrekende taalontwikkeling op structureel en sociaal gebied en hebben vaak een vreemd taalgebruik. Verdere conclusies zijn: een obsessie voor één interesse en vaak herhalende rituelen of motorische bewegingen en weinig fantasiespel (APA, 2014) (Vermeulen & Degrieck, 2015) (Delfos, 2010) (Sicile-Kira, 2003) (Gillberg & Peeters, 2003) (Schachtschabel, 2010) (Smeijsters, 2006).

De belangrijkste vraag over autisme voor dit onderzoek is: 'Hoe ziet de verstoorde affectregulatie eruit bij kinderen met ASS?'. Affectregulatie ontstaat vanuit de interactie met anderen en gaat over het inleven in de ander. Er is net geconcludeerd dat autisten daar juist problemen in ondervinden. Het is dus eigenlijk een vrij logisch gegeven dat autisten problemen ondervinden in de affectregulatie. Ze zijn blind voor de gevoelens, ideeën en onzichtbare bedoelingen van andere mensen (Vermeulen & Degrieck, 2015).

Uit de interviews en de ondersteunende literatuur kan geconcludeerd worden dat autisten een andere zintuigelijke prikkelverwerking hebben, waardoor de wereld en dus de omgeving anders wordt beleefd. Daarnaast kan geconcludeerd worden dat er consensus is bereikt op het kenmerk 'geen notie hebben van de ander' en dat is de kern van affectregulatie. De kenmerken 'hoog in spanning', 'niet herkennen van lichamelijke sensaties' en 'muzikaal oppervlakkig', zijn twee of drie keer genoemd en volgens de muziektherapeute dus niet de duidelijkste kenmerken van een verstoorde affectregulatie

4.3 Deelvraag 3: Hoe worden de fases uit de bestaande beschrijving toegepast door ArVT getrainde muziektherapeuten bij kinderen met ASS?

Het meest opvallende gegeven is toch wel de fasevolgorde. Er worden verschillende dingen gezegd over de fases, zoals allemaal tegelijk, fase één en twee tegelijk, fase twee eerst of de fasering klopt zoals hij is. Het is dus duidelijk dat de fases uit de bestaande beschrijving niet altijd hetzelfde wordt toegepast bij kinderen met ASS. De vijf therapeuten zetten de methode niet allemaal hetzelfde in bij de doelgroep ASS en is er dus geen consensus. Toch zijn er wel drie therapeuten die het eens zijn dat fase twee een belangrijke rol speelt. Een paar therapeuten zetten hem voorop en de anderen voegen hem samen met fase één, maar wel met de focus op fase twee. Deze aandachtsregulatiefase is dus erg belangrijk bij kinderen met ASS. Daarnaast zijn er ook twee therapeuten die zeggen dat de fasering klopt zoals deze is beschreven. Er kan dus niet duidelijk gezegd worden dat de fasevolgorde echt zeker anders is, maar er is wel een meerderheid die zegt dat de volgorde verschilt van de bestaande beschrijving.

Uit de resultaten kan geconcludeerd worden dat voor de invulling van de fase de 'externe regulatie' het belangrijkste is. Er wordt door vier therapeuten veel buiten het kind om gereguleerd, wat duidelijk anders is dan bij de bestaande methode. Door drie therapeuten wordt aangegeven dat fase drie is ingekort. Dit wordt gedaan, omdat mentaliseren nauwelijks aanwezig is bij kinderen met autisme, zoals Allen, Fonagy en Bateman (2010) ook beweren. De rest van de genoemde aanpassingen aan ASS zijn 'geen vaste emotiewoorden', 'ervaringsgericht', 'oefengericht' en 'overslaan synchronisatie', maar zijn steeds door twee therapeuten genoemd en kunnen dus geen aanpassing worden in de aanvullende beschrijving voor ASS.

4.4 Deelvraag 4: Welke houding wordt door de ArVT getrainde muziektherapeuten aangenomen bij kinderen met ASS? In hoeverre is deze houding mentaliserend?

Over de houding worden verschillende dingen gezegd en het maximale aantal therapeuten dat hetzelfde zegt is drie. Er is echter geen consensus. Er kan geconcludeerd worden dat de algemene houding als belangrijkste kenmerken heeft: voorspelbaar zijn, structuur, duidelijk in taal en vanuit het kind. Deze aspecten worden ondersteund door wat Smeijsters zegt over de houding in muziektherapie bij kinderen met ASS (2006). Volgens hem is 'vanuit het kind' het uitgangspunt, omdat kinderen met autisme een eigen en unieke beleving hebben.

Over de mentaliserende houding wordt ook veel gezegd, maar ook hier is geen consensus bereikt. Er is maar één kenmerk door de meerderheid benoemd en dat is 'geen woorden geven aan'. Daarmee wordt bedoeld dat er geen woorden gegeven hoeven worden aan dat wat er gebeurt. De stap die gezet wordt is op dat moment al voldoende en hoeft niet meer expliciet benoemd te worden. Dus het betekenis geven, wat hoort bij de mentaliserende houding, is niet of nauwelijks aanwezig wanneer er met kinderen met ASS gewerkt wordt. Wanneer er wel een betekenis wordt gegeven, gebeurt dit meestal vanuit het kind. Dus: welke betekenis geeft het kind zelf aan dit gevoel of gedrag? Verder kan er uit de resultaten geconcludeerd worden dat de kenmerken 'beginnende mentaliserende houding', 'mentaliseren naar de ander gebeurt zelden of niet' en 'psycho-educatief in plaats van mentaliserend' niet in de meerderheid zijn genoemd en dus niet voldoende bevestigd worden om meegenomen te worden in de beschrijving.

4.5 Deelvraag 5: Welke ArVT werkvormen worden specifiek door ArVT getrainde muziektherapeuten ingezet bij kinderen met ASS?

Er bestaan nog geen specifieke ArVT werkvormen en dus is er gekeken naar welke soorten werkvormen er worden ingezet in de ArVTm behandeling bij kinderen met ASS. Ook hier is geen consensus bereikt. De conclusie is dat 'dynamische spel' en 'begin en einde maken' het meest worden ingezet en dat 'ordenende werkvormen' en 'bij elkaar passen of niet' ook passend zijn.

4.6 Hoe wordt Affectregulerende Muziektherapie ingezet bij kinderen van 6 tot 18 jaar met een autismespectrumstoornis (ASS)?

Door middel van de antwoorden op de deelvragen, wordt de hoofdvraag beantwoord. De antwoorden die door maximaal twee therapeuten genoemd zijn, is een minderheid en wordt niet gebruikt voor het beantwoorden van de hoofdvraag. Affectregulerende Muziektherapie bij kinderen van 6 tot 18 jaar met ASS dus ingezet met de focus op fase 2, wat dus anders is dan wat er in deelvraag één wordt beschreven. Fase 3 is ingekort, wat een logisch gegeven is wanneer je dit vergelijkt met de conclusie over de verstoorde affectregulatie bij autisme van deelvraag twee, en er wordt veel buiten het kind om gereguleerd. De houding heeft als belangrijkste kenmerken voorspelbaar zijn, structuur, duidelijk in taal en vanuit het kind en past bij het beeld over ASS geschetst door het literatuuronderzoek uit deelvraag twee. Het betekenis geven uit de mentaliserende houding is niet of nauwelijks aanwezig. Wanneer dit wel gebeurt, wordt de eigen betekenis van het kind gebruikt. Verder wordt er over de mentaliserende houding geen duidelijke overeenstemming gevonden. Verder kan geconcludeerd worden dat er geen duidelijke behandelingsperiode is voor kinderen met ASS. Daarnaast is de sessieduur maximaal drie kwartier, anders dan de bestaande methode. Verder worden ouders zoveel mogelijk betrokken vanaf het begin van de behandeling. De belangrijkste interventies zijn concreet en duidelijk zijn, visualiseren en muzikaal structureren.

5. Discussie

Dit onderzoek heeft plaatsgevonden onder leiding van het Kennisnetwerk Affectregulerende vaktherapie, met als doel een aanvullende beschrijving te kunnen maken voor Affectregulerende Muziektherapie voor kinderen van 6 tot 18 jaar met een autismespectrumstoornis. Er zijn vijf interviews gehouden en daarnaast is er literatuuronderzoek gedaan. Heeft het onderzoek bijgedragen aan het doel? Is er een antwoord gevonden op de onderzoeksvraag en is het onderzoek betrouwbaar? In dit hoofdstuk zal er antwoord worden gegeven op deze vragen, er wordt betekenis gegeven aan de conclusie in het licht van de opdrachtgever en wordt er gekeken naar een vervolgonderzoek.

5.1 Terugkoppeling probleemstelling

Om ArVT *evidence based practice* te maken, zijn er aanvullende beschrijvingen nodig per doelgroep waarin duidelijk wordt hoe ArVT wordt ingezet bij die doelgroep. Er wordt dan aan de eisen van het NJI voldaan, waardoor ArVT opgenomen kan worden in het zorgpakket, wat ten goede komt voor vaktherapie in het algemeen. Na het onderzoek blijkt dat ArVTm een aantal aanpassingen nodig heeft wanneer het ingezet wordt bij kinderen met ASS, dit betekent dus dat de resultaten van dit onderzoek een bijdrage kunnen leveren aan een beschrijving die een toegevoegde waarde heeft voor ArVT. Er is nog wel vervolgonderzoek nodig om de informatie nog meer *evidence based practice* te maken. Denk hierbij aan gesloten interviews met specifieke vragen of aan een focusgroep, waarbij een groep mensen over hetzelfde onderwerp discussiëren, aan de hand van vragen. Beide geven verdieping in de informatie (Migchelbrink, 2016).

5.2 Kwaliteit van het onderzoek

5.2.1 Bruikbaarheid

De vijf respondenten hebben allemaal de ArVT training gevolgd en gebruiken deze in de praktijk bij kinderen met ASS. Het is belangrijk om te weten dat er geen consensus is bereikt op de hoofdvraag 'Hoe wordt affectregulerende muziektherapie ingezet bij kinderen van 6 tot 18 jaar met een autismespectrumstoornis?' De verschillende muziektherapeuten blijken, ondanks een bepaalde methode, toch ook op hun eigen manier therapie te geven. Twee van de vijf respondenten gebruiken de methode meer als denkwijze, omdat ze merken dat de methode niet volledig aansluit bij ASS: "Dat is dan echt meer puzzelen (...) Het is een denkwijze en een werkwijze die ik wel heel mooi vind in die fasering en dat het ook heel vaak precies duidelijk maakt van daarom loopt het nu niet want ik vraag gewoon eigenlijk al te veel en die spanning en die aandacht is eigenlijk nog helemaal nog niet goed."

Daarnaast zijn er soms ook grenzen door de setting waarin de respondenten zich bevinden. Er zijn meer regels wanneer de respondent zich in een instelling bevindt, dan wanneer iemand een eigen praktijk heeft. De vraag is daarom of alle informatie bruikbaar is. Wanneer er bijvoorbeeld gekeken wordt naar behandelduur, zijn er ook muziektherapeuten die aangeven dat ze niet langer kunnen behandelen, omdat de setting dat niet toelaat door allerlei redenen. En dat hoeft dus niets te maken te hebben met de doelgroep ASS of de methode. Daarnaast kunnen ze zich in een behandelteam bevinden en zijn er bepaalde richtlijnen, waar ArVT niet volledig op aansluit.

Het is moeilijk om consensus te bereiken over hoe de ArVT methode over het algemeen wordt ingezet bij kinderen met autisme, wanneer de onderzoeksgroep uit slechts vijf respondenten bestaat. Als er meer therapeuten geïnterviewd konden worden, waren de resultaten mogelijk representatiever. Op dit moment zijn er echter niet meer ArVT geschoolde muziektherapeuten die werken met ASS beschikbaar voor onderzoek. Ondanks dat er geen consensus is bereikt, kan de verkregen informatie wel gebruikt worden voor vervolgonderzoek, om uiteindelijk een aanvullende beschrijving te formuleren voor kinderen met ASS. Voor de opdrachtgever is er door dit onderzoek duidelijkheid gekomen over dat ArVT bij kinderen met ASS niet wordt ingezet zoals deze nu is beschreven. Een aanvullende beschrijving is in dit geval dus nodig om de methode beter aan te laten sluiten bij de doelgroep ASS. Dit onderzoek draagt daarmee bij aan het *evidence-based practice* maken van ArVT, het doel van dit onderzoek.

5.2.2 Validiteit

Door het vaststellen van de vragen van het interview, is er gezorgd voor standaardisatie. Alle respondenten kregen dezelfde vragen. Doordat het een semigestructureerd interview was, zijn er ook ter plekke aanvullende vragen gesteld die niet aan alle respondenten gevraagd zijn, maar die voor verheldering van de oorspronkelijke vraag zorgde (Migchelbrink, 2016).

Objectiviteit en geloofwaardigheid is belangrijk voor een valide onderzoek. De interviews zijn opgenomen en letterlijk getranscribeerd, wat de objectiviteit verhoogd. De respondenten hebben zelf gesproken en dit is ook duidelijk weergegeven in de resultaten door citaten te gebruiken. Daarnaast moet er vertrouwen zijn in het gepresenteerde beeld. Is er gemeten wat er gemeten moet worden? Dit is zo veel mogelijk gedekt door de deelvragen in de interviewvragen te verwerken. De informatie klopt voor het grootste deel met de onderzochte vraag (Migchelbrink, 2016).

Verder is er voor triangulatie gezorgd, wat betekent dat hetzelfde verschijnsel, ArVTm bij kinderen met ASS, op verschillende manieren is onderzocht. In dit geval is dat bewerkstelligt door middel van interviews en literatuuronderzoek. Er is gezocht naar ondersteunende literatuur bij de resultaten van de interviews. Dit draagt bij aan de validiteit, omdat de informatie uit de interviews bevestigd wordt vanuit de literatuur. Het onderzoek wordt nog meer valide wanneer de ArVT in de praktijk ook wordt geobserveerd. Dit zou in een vervolgonderzoek gedaan kunnen worden. Er wordt dan een directer beeld onderzocht en er wordt dus gemeten wat er gemeten moet worden, namelijk hoe de ArVT-methode werkelijk ingezet wordt en niet hoe de respondenten denken dat zij de methode inzetten bij de doelgroep ASS (Migchelbrink, 2016).

Ondanks dat er door middel van verschillende bronnen antwoord is gegeven op de vraag 'Hoe ziet een verstoorde affectregulatie eruit bij kinderen met ASS?', was er geen enkele literatuurbron die dit begrip beschreef gekoppeld aan autisme. Daarnaast is het lastig om onderscheid te maken tussen emotieregulatie, affectregulatie en mentaliseren. Alle drie worden door elkaar gebruikt in de literatuur. Dit maakt de validiteit van het onderzoek lager, want het is niet duidelijk of alle bronnen het over hetzelfde begrip hebben. Wordt er dus wel gemeten wat er gevraagd wordt?

5.2.3 Betrouwbaarheid

Drie respondenten zijn in hun eigen werkruimte geïnterviewd, wat gunstig is voor de betrouwbaarheid, zoals al uitgelegd is in paragraaf 2.5.1 (voorbereiding) en 2.7.3. De andere twee zijn vanwege praktische redenen niet in hun eigen werkruimte geïnterviewd. Eén

respondent is geïnterviewd via de telefoon. Net als bij alle andere interviews is ook dit interview opgenomen, maar daardoor zijn er ook fragmenten minder goed verstaanbaar of helemaal niet verstaanbaar, wat de betrouwbaarheid verminderd. Daarnaast kan de onderzoeker de respondent niet zien, waardoor er signalen zoals lichaamstaal en gezichtsuitdrukkingen gemist worden, wat de betekenis van wat er gezegd wordt kan beïnvloeden. Dit zorgt voor minder betrouwbaarheid van het gehele onderzoek, omdat de omstandigheden niet overal gelijk waren (Migchelbrink, 2016).

Een tweede punt is dat van veel antwoorden niet duidelijk is of die antwoorden ook door een van de andere respondenten gegeven had kunnen worden. Wanneer er bijvoorbeeld gevraagd wordt naar hoe de fases van de methode worden ingezet en een van de respondenten geeft aan de synchronisatie over te slaan in fase één, betekent dit niet dat andere respondenten die dit niet noemen, automatisch wél synchroniseren in fase één. Dit soort problemen kan voorkomen worden door specifiekere vragen te stellen of door een gesloten interview te gebruiken, maar wel pas ná een onderzoek zoals deze waarin er juist veel informatie is verkregen door de openheid van het interview. De informatie uit dit onderzoek kan gebruikt worden als richtlijn voor een gesloten interview om nog meer verdieping te krijgen in het gebruik van de methode. Er kan dan bijvoorbeeld gevraagd worden aan alle respondenten: “Zet u de techniek synchroniseren uit fase één in bij kinderen met ASS?”

Het is niet gelukt om de interviews door iemand anders te laten analyseren. Het kan dus zijn dat antwoorden door de onderzoeker onbewust gestuurd zijn in een bepaalde richting. Wel heeft een tweede onderzoeker de helft van de interviews bijgewoond, dit verhoogt de betrouwbaarheid, omdat deze persoon kan helpen bij het niet invullen of sturen van antwoordmogelijkheden van de respondent (Migchelbrink, 2016).

5.3 Bijdrage aan mijn professionalisering

Dit onderzoek heeft bijgedragen aan mijn professionalisering als muziektherapeut. Ik heb nu meer ervaring in het doen van praktisch onderzoek, wat mij kan helpen in de toekomst. Daarnaast heb ik veel leerzame kennis opgedaan over onder andere deze nieuwe methode voor vaktherapie. Zelf ben ik gespecialiseerd in het werken met kinderen en zou hier graag mee willen blijven werken. Affectregulerende Muziektherapie heeft mij geïnspireerd en mogelijk wil ik de training volgen om mij verder te specialiseren. Daarnaast hebben de verschillende muziektherapeuten in de verschillende settingen mij nieuwe praktijkkennis gegeven, maar ze hebben mij ook geïnspireerd om achter mijn eigen manier van werken te staan en om weer even stil te staan bij wat mijn visie is op vaktherapie.

Wanneer dit onderzoek daadwerkelijk heeft bijgedragen aan het *evidence based practice* maken van ArVT en dus ook van vaktherapie in het algemeen, betekent dit dat vaktherapie erkend wordt en ik, net als alle andere muziektherapeuten, meer kansen heb in de toekomst.

6. Aanbevelingen

In dit hoofdstuk worden er aanbevelingen gedaan vanuit de conclusies die zijn getrokken.

Ten eerste volgt een aanbeveling voor de methode in het algemeen. Nu wordt er uitgegaan van de beschrijving zoals die nu is beschreven en die is beschreven voor problematische gehechtheid. Er wordt aanbevolen een nieuwe beschrijving te maken voor Affectregulerende Muziektherapie, zonder deze toe te spitsen op een doelgroep. Vervolgens wordt er voor elke doelgroep een aanvullende beschrijving geschreven en kan de methode per doelgroep goed worden ingezet. Dit is ook geprobeerd in dit onderzoek. ArVT is beschreven zonder het te hebben over problematische gehechtheid.

De tweede aanbeveling gaat over de aanvullende beschrijving voor ArVTm voor kinderen met ASS. Zoals eerder al genoemd, er is geen consensus bereikt in het antwoord op de onderzoeksvraag 'Hoe wordt affectregulerende muziektherapie ingezet bij kinderen van 6 tot 18 jaar met een autismespectrumstoornis?'. Om een goede specifieke aanvullende beschrijving te kunnen maken voor de doelgroep ASS, zou het beter zijn om de resultaten en conclusies uit dit onderzoek verder te onderzoeken middels een vervolgonderzoek dat dieper ingaat op de informatie die nu al is verkregen. Daarnaast zou het mooi zijn als er meer muziektherapeuten geïnterviewd kunnen worden, maar deze moeten dan wel beschikbaar zijn. Eén van de opties zou een focusgroep kunnen zijn. Dit is een speciaal type interview met een groep mensen. Zij worden ondervraagd over één specifiek onderwerp, in dit geval Affectregulerende Muziektherapie bij kinderen met ASS. Hierdoor kunnen de respondenten op elkaar reageren en kun je er achter komen als iemand iets specifiek doet, of de anderen dat ook doen. Bij individuele interviews weten ze dit niet van elkaar en mis je informatie. Er wordt bredere en diepere informatie gevonden (Migchelbrink, 2016). Daarnaast kan er een directer beeld worden gevormd over hoe de ArVT-methode wordt ingezet, wanneer therapeuten geobserveerd worden in de praktijk. Dit kan een aanvulling of bevestiging zijn op de informatie uit dit onderzoek.

Literatuurlijst

- American Psychiatric Association. (2014). *Beknopt overzicht van de criteria (DSM-5). Nederlandse vertaling van de Desk Reference to the Diagnostic Criteria from DSM-5*. Amsterdam: Boom.
- Delfos, M. F. (2010). *Een vreemde wereld: over autisme, het syndroom van asperger en PDD-NOS. Voor ouders, partners, hulpverleners, en mensen zelf*. Amsterdam: Uitgeverij SWP.
- Donk, C. van der. & Lanen, B. van. (2015). *Praktijk onderzoek in zorg en welzijn* (tweede druk). Bussum: Uitgeverij Coutinho.
- Ende, W.G. van der, Nieuwenhuis, L.A.A., Vlucht, S.E. van der, Patijn, M.L., Smelt, C., Tel-Vos, P. (2016a). *Kinderen en jongeren met affectregulatieproblemen*. Geraadpleegd op 14 februari 2017, van <http://www.affectregulerendevaktherapie.nl/>
- Ende, W.G. van der, Patijn, M., Engels, M., Kruijf, C. de & Laat, A. de. (2016b) *Affectregulerende Vaktherapie muziek ter vermindering van gedrags- en emotionele problemen bij kinderen van 4 t/m 12 jaar met problematische gehechtheid*. Geraadpleegd op 23 februari 2017, van <http://www.affectregulerendevaktherapie.nl/wp-content/uploads/2016/04/ArVT-Muziek-Gehechtheid-6-4-2016.pdf>
- FVB. (2017). *FVB Kennisnetwerk Affectregulerende Vaktherapie*. Geraadpleegd op 23 februari 2017, van <https://fvb.vaktherapie.nl/fvb-kennisnetwerk-affectregulerende-vaktherapie>
- FVB. (2017). *Over de FVB*. Geraadpleegd op 23 februari 2017, van <http://www.vaktherapie.nl/>
- GGZtotaal (z.d.). *DSM 5*. Geraadpleegd op 29 mei 2017, van http://www.ggztotaal.nl/pg-29166-7-89824/pagina/dsm_5.html
- Gillberg, C. & Peeters, T. (2003). *Autisme: Medisch & Educatief*. Amsterdam: Houtekiet
- Hamers, P., Leeuwen, K. van, Braet, C. & Verhofstadt-Denève, L. (2003). *Moeilijke kinderen of kinderen die het moeilijk hebben?: Evidence-based werken, niet zo evident!* Garant: Apeldoorn
- Hill, D. (2015). *Affect Regulation Theory: A Clinical Model*. New York/London: W. W. Norton & Company.
- Meer, K. van, Neijenhof, J. van, Bouwens, M. (2001). *Elementaire sociale vaardigheden*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

- Migchelbrink, F. (2016). *Handboek praktijkgericht onderzoek: zorg, welzijn, wonen en werken*. Amsterdam: Uitgeverij SWP
- NAS (2016). *Autisme: What is autism?*. Geraadpleegd op 4 juni 2017, van <http://www.autism.org.uk/about/what-is/asd.aspx>
- NJI. (2017). *Nederlands Jeugdinstituut*. Geraadpleegd op 23 februari 2017, van <http://www.nji.nl/>
- NJI. (2017). *Methodiekontwikkeling*. Geraadpleegd op 23 februari 2017, van <http://www.nji.nl/Methodiekontwikkeling>
- Nederlandse Vereniging voor Autisme, NVA. (z.d.). *Prevalentiecijfers over autisme*. Geraadpleegd op 29 mei 2017, van <http://www.autisme.nl/over-autisme/onderzoek-naar-autisme/prevalentiecijfers-over-autisme.aspx>
- NVvMT. (2009). *Wat is muziektherapie?* Geraadpleegd op 22 mei 2017, van <http://www.nvvmt.nl/muziektherapie/muziek-en-therapie>
- Schachtschabel, H. (2010). *Buitenbeentjes: Psychische stoornissen bij kinderen en adolescenten*. Amsterdam: Boom.
- Peeters, T. (2009). *Autisme: van begrijpen tot begeleiden*. Amsterdam: Houtekiet
- Sandmann, C., Landsman-Dijkstra, J., & Cox, R. F. A. (2016). *Bewustzijn van prikkelverwerkingsproblematiek bij mensen met het autismespectrumstoornis en het mogelijke verband met self-efficacy en participatie*. University of Groningen: Science Shop
- Schmeets, M.G.J. & Verheugt-Pleiter, J.E. (2005). *Affectregulatie bij kinderen: Een psychoanalytische benadering*. Assen: Koninklijke Van Gorcum.
- Sicile-Kira, C. (2003). *Autisme bij kinderen: De complete gids voor ouders en hulpverleners*. Houten: MOM/Unieboek
- Smeijsters, H. (2006). *Handboek muziektherapie: evidence based practice voor de behandeling van psychische stoornissen, problemen en beperkingen*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Stern, D. (2010). *Forms of Vitality: Exploring Dynamic Experience in Psychology, the Arts, Psychotherapy, and Development*. New York: Oxford University Press Inc.
- Tubbing, L. (z.d.). *Hoe interviews te coderen*. Geraadpleegd op 10 mei 2017, van <http://deafstudeerconsultant.nl/hoe-interviews-te-coderen/>

Ulbricht, C. (2013). *Music Therapy for Health and Wellness: Music has been studied as an integrative therapy for many conditions*. Geraadpleegd op 4 juni 2017, van <https://www.psychologytoday.com/blog/natural-standard/201306/music-therapy-health-and-wellness>

Vermeulen, P. & Degrieck, S. (2015). *Mijn kind heeft autisme: gids voor ouders, leerkrachten en hulpverleners*. Tiel: Uitgeverij Lannoo nv.

Zeevalking, M. (2000). *Autisme: Hoe te verstaan, hoe te begeleiden?* Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Zoon, M. & Pots, C. (2011). *Wat werkt bij combinaties van psychische stoornissen*. Geraadpleegd op 23 februari 2017, van http://www.nji.nl/nl/Download-NJi/Wat-werkt-publicatie/Watwerkt_combinatiesvanstoornissen.pdf

Bijlage A: Zoekschema literatuuronderzoek

Het literatuuronderzoek is transparant gemaakt door een zoekschema te gebruiken. Hierin staat duidelijk welke zoektermen gebruikt zijn in welke zoekmachines. Omdat er soms meer dan 1000 zoekresultaten zijn gevonden, zijn niet alle bronnen geanalyseerd. Het kan dus zijn dat er meer bronnen bruikbaar waren, dan nu is gebruikt. Soms is er ook niet meer verder gekeken, wanneer de gezochte informatie gevonden was. Belangrijk om te vermelden is dat alleen internetbronnen, zoals websites en artikelen zijn opgenomen in het zoekschema. Boeken zijn niet opgenomen in het zoekschema.

Deelvraag 1

Wat is Affectregulerende Muziektherapie?

Datum	Zoekterm	Databank	Aantal gebruikte bronnen	Waarom geschikt?
08-05-17	"Affectregulerende vaktherapie muziek"	Google	1	Dé methode beschrijving van ArVT muziek
09-05-17	"Wat is muziektherapie"	Google	1	NvVMT uitleg over muziektherapie
22-05-17	Affectregulatie	Google scholar	2	Uitleg over affectregulatie
04-06-17	music therapy for who	Google	1	Uitleg belang muziek

Deelvraag 2

Het zoekschema voor de deelvraag: Wat is ASS en hoe ziet een verstoorde affectregulatie eruit bij kinderen met ASS? Voor deze deelvraag zijn er weinig internetbronnen gebruikt. Er is vooral gebruik gemaakt van boeken over autisme.

Datum	Zoekterm	Databank	Aantal bruikbare bronnen	Waarom geschikt?
08-05-17	Autisme prikkelverwerking	Google scholar	1	Uitleg stoornis in prikkelverwerking
09-05-17	Autisme (2008 – 2017)	HANquest	2	1. Onderzoek naar prikkelverwerking 2. Autisme uitleg
29-05-17	Prevalentiecijfers autisme	Google	1	Recente prevalentiecijfers autisme

Bijlage B: Het interview

Voor de muziektherapeut

Onderstaande ontvangt de muziektherapeut een paar dagen voor het interview.

Inleiding

Dit halfjaar durende onderzoek wordt aangestuurd door het Kennisnetwerk Affectregulerende Vaktherapie. Uit de praktijk blijkt dat de ArVT-methode voor meerdere doelgroepen wordt gebruikt en door meerdere vaktherapeutische disciplines. Door het erkenningstraject van het NJI zal een niet DSM-doelgroepgerichte beschrijving niet goedgekeurd worden, wat betekent dat ArVT nog niet opgenomen kan worden in het zorgpakket. Er moet voor elke DSM-doelgroep een beschrijving komen waarin duidelijk wordt hoe ArVT wordt ingezet bij die doelgroep.

Het doel van dit onderzoek is om voor affectregulerende muziektherapie een aanvullende beschrijving te hebben voor de behandeling van kinderen van 6 tot 18 jaar met een autismespectrumstoornis (ASS). In deze beschrijving wordt duidelijk hoe affectregulerende muziektherapie wordt ingezet bij deze doelgroep. Deze kinderen hebben hier veel baat bij, omdat ze een betere behandeling krijgen, waardoor ze zich nog beter kunnen ontwikkelen op het gebied van affectregulatie. Daarnaast zijn ouders en zorginstellingen beter geïnformeerd, wanneer de werkwijze met ASS duidelijk beschreven is.

De resultaten zullen worden verkregen via interviews met muziektherapeuten die affectregulerende muziektherapie inzetten bij kinderen van 6 tot 18 jaar met ASS. De gegevens en resultaten uit dit interview zullen alleen anoniem en vertrouwelijk aan derden bekend gemaakt worden. Audiomateriaal wordt uitsluitend gebruikt voor de analyse. U kunt elk moment zonder opgave van redenen uw deelname aan dit onderzoek beëindigen. Deze voorwaarden zijn vastgelegd in een informed consent en wordt door beide partijen ondertekend.

Interviewvragen

1) Hoe ziet u de verstoorde affectregulatie in muziektherapie terug bij kinderen met ASS?

2) Hoe zet u affectregulerende muziektherapie in bij kinderen met ASS? Zijn er bepaalde aanpassingen nodig in de methode om het beter aan te laten sluiten bij kinderen met ASS?

2.1. Hoe zet u de fases uit de module (zoals in de bijlage) in bij kinderen met ASS?

Denk hierbij aan:

2.1.1. Is er een bepaalde focus voor een fase? Zo ja, welke?

2.1.2. Is de volgorde van de fases aangepast? Zo ja, hoe?

2.1.3. Zijn de fases zelf aangepast? Zo ja, hoe?

Of zijn er nog andere specifieke aanpassingen?

2.2. Zijn er specifieke werkvormen uit de affectregulerende muziektherapie die u vaak inzet specifiek bij kinderen met ASS? Welke zijn dit?

2.2.1. Zijn er specifieke muzikale interventies⁶ die u vaak inzet bij kinderen met ASS binnen affectregulerende muziektherapie? Denk bijvoorbeeld aan Bruscia technieken.

2.3 Hoe lang geeft u de behandeling van affectregulerende muziektherapie bij kinderen met ASS? En hoe lang duurt één sessie en vindt deze, zoals in de methode staat beschreven, wekelijks plaats?

3) *In de methode staat beschreven dat de muziektherapeut een ‘mentaliserende houding’ aanneemt, wat betekent dat de therapeut het kind laat zien hoe het kan voelen en denken over zichzelf en de ander.*

3.1. In hoeverre neemt u een mentaliserende houding aan bij het werken met kinderen met ASS?

3.2. Wat is nog meer kenmerkend aan uw houding wanneer u specifiek werkt met kinderen met ASS?

4) Waarom past affectregulerende muziektherapie bij deze doelgroep?

5) Heeft u nog specifiek iets gemist in de methode wanneer u werkt met kinderen met ASS?

6) Wilt u nog iets toevoegen?

Voor onderzoeker: Interview handboek

Procedure in het kort

1. Welkom heten en bedanken voor het tijd vrij maken voor het interview
2. Audio opname starten
3. Inleiding op papier geven, zodat de persoon het nog even door kan lezen. (ondertussen alles klaar hebben staan)
4. Doel van het onderzoek nog even kort benoemen
5. Samen informed consent doornemen en formulier laten ondertekenen.
6. Audio opname starten.
7. Interview afnemen aan de hand van de interviewvragen
8. Audio opname stop zetten.
9. Bedanken en afsluiten.

Benodigdheden

1. Informed consent formulier (ook gemaild als bijlage)
2. Document met inleiding en topic lijst (ook gemaild als bijlage)
3. Document met bestaande interventie van ArVT muziek (ook gemaild als bijlage)
4. Audio apparatuur + extra batterij

Houding onderzoeker

Als onderzoeker is het van groot belang dat zoveel mogelijk informatie wordt verkregen door middel van het open interview. De houding van de onderzoeker is daarbij erg belangrijk. Houdingsaspecten als openheid, belangstelling, volledige aandacht en respect vallen onder de basisvoorwaarden voor het open interview. Daarnaast is het belangrijk aanvaardend en niet-oordelend te zijn. Dit is niet alleen belangrijk naar de respondent toe, maar dit is ook

⁶ Interventie: in een situatie, in dit geval muzikale situatie, ingrijpen om te zorgen dat iets verandert (Encyclo, 2017).

belangrijk voor objectiviteit en betrouwbaarheid van de resultaten. Verder zijn houdingsaspecten als inleving en stimulatie belangrijk. Hiervoor is een goede kennis van zaken onmisbaar. Door te weten waar je over praat, kun je ook invoelen in wat de respondent vertelt (Migchelbrink, 2016).

Gesprekstechnieken

Bij een open interview is het belangrijk om actief te luisteren. Er wordt naast luisteren naar wat er letterlijk wordt gezegd, ook geluisterd naar wat er niet wordt gezegd. Lichaamstaal en non-verbale communicatie zijn daarbij heel belangrijk. Het houdingsaspect inleving is hierbij dus ook van belang. Door verbaal en non-verbaal aan te moedigen toon je belangstelling voor wat de respondent vertelt en geef je aan de gedachtegang te volgen. Non-verbaal kan dat bijvoorbeeld zijn: knikken, glimlachen en oogcontact maken. Verbaal kunnen dat reacties zijn als 'ja', 'nee', 'aha', 'precies' of korte vragen als 'en?' of aansporingen zoals 'ga door' en 'vertel verder' (Migchelbrink, 2016).

Andere belangrijke gesprekstechnieken zijn herhalen en samenvatten. Door te herhalen wat de ondervraagde heeft gezegd, wordt de ondervraagde bewust van wat hij of zij heeft gezegd en kan hij of zij nog verdere toelichting geven (Migchelbrink, 2016). Samenvatten wordt vooral gebruikt om te controleren of beide personen hebben begrepen wat er wordt bedoeld (Meer, Neijenhof & Bouwens, 2001).

Het interview

Allereerst welkom bij het interview. Heel fijn dat u mee wilt werken met het onderzoek. Hierbij heb ik de inleiding nog even op papier, deze kunt u nog even doorlezen als u dat wilt. [geven van inleiding op papier] Daarnaast zal ik het doel van het onderzoek nog even kort benoemen [starten audio-opname]:

Inleiding (op papier)

Dit halfjaar durende onderzoek wordt aangestuurd door het Kennisnetwerk Affectregulerende Vaktherapie. Uit de praktijk blijkt dat de ArVT-methode voor meerdere doelgroepen wordt gebruikt en door meerdere vaktherapeutische disciplines. Door het erkenningstraject van het NJI zal een niet DSM-doelgroepgerichte beschrijving niet goedgekeurd worden, wat betekent dat ArVT nog niet opgenomen kan worden in het zorgpakket. Er moet voor elke DSM-doelgroep een beschrijving komen waarin duidelijk wordt hoe ArVT wordt ingezet bij die doelgroep.

Het doel van dit onderzoek is om voor affectregulerende muziektherapie een aanvullende beschrijving te hebben voor de behandeling van kinderen van 6 tot 18 jaar met een autismespectrumstoornis (ASS). In deze beschrijving wordt duidelijk hoe affectregulerende muziektherapie wordt ingezet bij deze doelgroep. Deze kinderen hebben hier veel baat bij, omdat ze een betere behandeling krijgen, waardoor ze zich nog beter kunnen ontwikkelen op het gebied van affectregulatie. Daarnaast zijn ouders en zorginstellingen beter geïnformeerd, wanneer de werkwijze met ASS duidelijk beschreven is.

De resultaten zullen worden verkregen via interviews met muziektherapeuten die affectregulerende muziektherapie inzetten bij kinderen van 6 tot 18 jaar met ASS. De gegevens en resultaten uit dit interview zullen alleen anoniem en vertrouwelijk aan derden bekend gemaakt worden. Audiomateriaal wordt uitsluitend gebruikt voor de

analyse. U kunt elk moment zonder opgaaf van redenen uw deelname aan dit onderzoek beëindigen. Deze voorwaarden zijn vastgelegd in een informed consent en wordt door beide partijen ondertekend.

Het doel van dit onderzoek is om voor affectregulerende muziektherapie een aanvullende beschrijving te hebben voor de behandeling van kinderen van 6 tot 18 jaar met een autismespectrumstoornis (ASS). In deze beschrijving wordt duidelijk hoe affectregulerende muziektherapie wordt ingezet bij deze doelgroep. Dit zodat het NJI de methode kan goedkeuren en op kan laten nemen in het zorgpakket. Zij zullen de methode zonder aanvullende specifieke DSM-doelgroepgerichte beschrijvingen niet gaan goedkeuren.

De resultaten zullen worden verkregen via interviews met muziektherapeuten die affectregulerende muziektherapie inzetten bij kinderen van 6 tot 18 jaar met ASS. De gegevens en resultaten uit dit interview zullen alleen anoniem en vertrouwelijk aan derden bekend gemaakt worden. Audiomateriaal wordt uitsluitend gebruikt voor de analyse. U kunt elk moment zonder opgaaf van redenen uw deelname aan dit onderzoek beëindigen. Deze voorwaarden zijn vastgelegd in een informed consent en wordt door beide partijen ondertekend. Als het goed is heeft u deze al ontvangen en kunnen wij nu even kort doornemen.

Dan gaan we nu starten met het interview.

Interviewvragen

1) Hoe ziet u de verstoorde affectregulatie in muziektherapie terug bij kinderen met ASS?

2) Hoe zet u affectregulerende muziektherapie in bij kinderen met ASS? Zijn er bepaalde aanpassingen nodig in de methode om het beter aan te laten sluiten bij kinderen met ASS?

2.1. Hoe zet u de fases uit de module (zoals in de bijlage) in bij kinderen met ASS?

Denk hierbij aan:

2.1.1. Is er een bepaalde focus voor een fase? Zo ja, welke?

2.1.2. Is de volgorde van de fases aangepast? Zo ja, hoe?

2.1.3. Zijn de fases zelf aangepast? Zo ja, hoe?

Of zijn er nog andere specifieke aanpassingen?

2.2. Zijn er specifieke werkvormen uit de affectregulerende muziektherapie die u vaak inzet specifiek bij kinderen met ASS? Welke zijn dit?

2.2.1. Zijn er specifieke muzikale interventies⁷ die u vaak inzet bij kinderen met ASS binnen affectregulerende muziektherapie? Denk bijvoorbeeld aan Bruscia technieken.

→ Wat versta je zelf onder werkvorm

→ aanvullen

2.3 Hoe lang geeft u de behandeling van affectregulerende muziektherapie bij kinderen met ASS? En hoe lang duurt één sessie en vindt deze, zoals in de methode staat beschreven, wekelijks plaats?

⁷ Interventie: in een situatie, in dit geval muzikale situatie, ingrijpen om te zorgen dat iets verandert (Encyclo, 2017).

3) *In de methode staat beschreven dat de muziektherapeut een 'mentaliserende houding' aanneemt, wat betekent dat de therapeut het kind laat zien hoe het kan voelen en denken over zichzelf en de ander.*

3.1. In hoeverre neemt u een mentaliserende houding aan bij het werken met kinderen met ASS?

3.2. Wat is nog meer kenmerkend aan uw houding wanneer u specifiek werkt met kinderen met ASS?

4) Waarom past affectregulerende muziektherapie bij deze doelgroep?

5) Heeft u nog specifiek iets gemist in de methode wanneer u werkt met kinderen met ASS?

6) Wilt u nog iets toevoegen?

Dit was het interview. Nogmaals heel erg bedankt.