

“Help, ik faal! Wat nu?”

Een inventariserend onderzoek naar negatieve gevoelens bij muziektherapeuten tijdens contactloze momenten met de dementerende cliënt in de verzonken-ik fase van dementie



A.C.G. Timmermans
0829900

30 mei 2012

Hogeschool Zuyd Heerlen
Creatieve Therapie Muziek
Faculteit Gezondheid & Zorg
Begeleiding: M.C.M. Poismans

*Ze loopt te dwalen in haar huis
Op zoek naar kamers vol herinneringen
Vroeger had alles een naam
Nu zijn het allemaal dingen*

*Van die dingen, grote en kleine
Waar ze vroeger van die dingen mee deed
Je weet wel, zo'n ding waar ze brood mee sneed
Of zo'n ding ... zie je wel dat ze 't nog weet*

*Een vlijmscherp mes snijdt door haar ziel
Verminkt haar diepste zijn
Een muis knaagt gaten in haar hoofd
Misschien zal het morgen beter zijn*

*Maar morgen loopt ze te dolen in haar hoofd
Hopeloos verloren in de doolhof van woorden
Labyrint, die zoekt die vindt*

*Vanaf nu
Ben ik de moeder
En jij het kind*

*Het kind van de dingen
Het kind vol herinneringen
Het kind dat de weg niet meer weet
Het kind dat z'n naam vergeet
Het kind dat bang is in de donkere nacht
Het kind dat naar een lief gezicht lacht
Het kind dat papjes eet
Het kind dat popjes streelt
Het kind dat langzaam oplost in een nevel van niets*

Mia Verbeelen (1999)

Inhoudsopgave

Voorwoord	5
Inleiding.....	6
1 Probleemstelling	7
1.1 Dementie	7
1.1.1 Dementie en contactloosheid	7
1.2 Muziektherapie	8
1.2.1 Muziektherapie en dementie	8
1.2.2 Muziektherapie en contactloosheid	8
1.3 Werkmodel	9
1.3.1 Therapeutische houding.....	9
1.3.2 Interventies.....	10
1.4 Theorie	11
1.4.1 Overdracht en tegenoverdracht	11
1.5 Relevantie	11
1.6 Vraagstelling.....	12
1.7 Doelstelling.....	12
2 Onderzoeksopzet.....	13
2.1 Onderzoekstype	13
2.2 Onderzoeksmethode.....	13
2.3 Onderzoekspopulatie	13
2.3.1 Steekproef.....	14
2.4 Dataverzameling	14
2.4.1 Enquête	14
2.4.2 Vraagstelling.....	15
2.4.3 Antwoordmogelijkheden.....	15
2.4.4 Lay out.....	15
2.5 Data preparatie.....	16
2.5.1 Logboek.....	16
2.5.2 Missing values.....	16
2.6 Data-analyse	16
2.7 Kwaliteit	17
3 Resultaten.....	17
3.1 Algemene gegevens	17
3.2 Contactloosheid	18
3.3 Negatieve gevoelens.....	18
3.3.1 Non-verbale interventies	19
3.3.2 Muzikale interventies.....	20
3.3.3 Verbale interventies	21
3.4 Oorzaken.....	21
4 Discussie	23
4.1 Beantwoording vraagstelling	23

4.2	Kritische terugblik	24
4.2.1	Meerwaarde	24
4.2.2	Tekortkomingen.....	25
4.3	Verklaring en interpretatie van de data	25
4.4	Integratie in nieuw werkmodel.....	29
4.4.1	Cliënt	30
4.4.2	Interactieproces.....	31
4.5	Vergelijking nieuw en oud werkmodel.....	31
4.6	Aanbevelingen.....	34
5	Samenvatting	35
	Literatuuropgave.....	36
	Bijlagen	37
Bijlage 1	Observatieschema (non)-verbale interventies	37
Bijlage 2	Enquête	38
Bijlage 3	Begeleidende brief	41
Bijlage 4	Logboek SPSS	42
Bijlage 5	Grafieken SPSS	44

Voorwoord

In september 2010 ben ik als stagiaire muziektherapie binnen gekomen bij 'De Hazelaar' in Tilburg, een verpleeg- en verzorghuis voor mensen met dementie. Het gaf me veel stof tot nadenken, dat woordje "dementie", waarachter zoveel schuil zit. Het is een gemene sluiper, die dementie. Bij de ene cliënt gaat het ziekteproces snel, bij de andere wat langzamer. Maar toch komen alle fases van de ziekte een keer voorbij. De eerste keer dat je vergeet je kleinkind van school te halen, de eerste keer dat je niet meer op dat ene woord komt. Dan begint het. Je verliest je eigen functioneren, je verliest daarmee grip op je leven en langzaam maar zeker neem je afscheid van je dierbaren. Je bent jezelf niet meer, je kent jezelf niet meer. En dat allemaal door die gemene sluiper, dementie. Dat ik de lijdende ziekteprocessen van de cliënten van zó dichtbij heb mogen mee maken, heeft mij niet ongeroerd gelaten. Juist de interesse en de vele vragen die bij me opkwamen over dementie en alles wat daar bij komt kijken, is de grootste motivatie geweest om een onderzoek te wijden aan deze aandoening.

Het onderzoek, of het zogenaamde afstudeerproject, is een onderdeel uit het opleidingsaanbod van de opleiding Creatieve Therapie Muziek voor vierdejaars studenten. Ik kan met zekerheid zeggen dat ik het onderzoek, met de bijbehorende 'ups' en 'downs', met ontzettend veel plezier, motivatie en leergierigheid heb doorlopen. Zelf ben ik dan ook heel tevreden met de gerealiseerde resultaten uit het onderzoek.

Dit onderzoek had ik echter nooit kunnen realiseren zonder de hulp van een aantal mensen, die ik daarom bij dezen graag wil bedanken. Als eerste dank ik mijn scriptiebegeleidster, Kathinka Poismans, voor de deskundige begeleiding, de kritische blik op het onderzoek en de hartelijkheid waarmee je dit gedaan hebt. Daarnaast een dankwoord voor mijn stagebegeleidster Letty van den Hombergh, voor de begeleiding gedurende het stagejaar. Ik heb enorm veel mogen zien, doen en mogen leren, waarvoor ik je nog steeds heel dankbaar ben. Zonder die kennis en ervaring had ik dit afstudeerproject nooit kunnen uitvoeren. Ook een dankwoord aan mijn familie en vrienden voor de interesse, wijze raad en steun. Dit heeft geholpen om steeds kritisch te blijven kijken naar het onderzoek, maar ook om door te zetten als ik twijfelde of ik wel op de goede weg zat. In het bijzonder wil ik mijn oudste broer Bas noemen, voor de hulp en handigheid met de computer maar ook voor het kritisch nalezen van het onderzoek en de zeer nuttige feedback. Voor het nalezen van het onderzoek wil ik ook Lisette Reinen hartelijk bedanken.

Dan een dankwoord aan alle respondenten die de tijd en moeite hebben genomen om mee te werken aan dit onderzoek. Tot slot wil ik de overige docenten en mijn studiegenoten van de opleiding bedanken. Niet alleen voor de hulp aan dit onderzoek, maar nog meer voor de afgelopen vier jaren. Jullie spontaniteit, behulpzaamheid en openheid waardeerde en waardeer ik enorm!

Anke Timmermans

Inleiding

‘Help ik faal! Wat nu?’. Het is een titel die een gedachte weergeeft, die vaak bij me op kwam als ik er niet in slaagde om contact te voelen of te krijgen met de dementerende cliënt. Het bleef op zulke momenten niet alleen bij een gedachte; faal- en onzekerheidsgevoelens kwamen bij me op en namen me in hun greep. Ik wist niet meer wat te doen.

Het onderzoek richt zich specifiek op cliënten in de laatste fase, de verzonken-ik fase van het dementieproces, waarbij cliënten vaak niet meer mobiel en geheel zorgafhankelijk zijn. Zoals ‘verzonken-ik’ al aangeeft, lijkt het alsof de cliënt verzonken is in een andere wereld. Het geen contact krijgen of de contactloosheid die optrad tussen de cliënt en mezelf, heeft veel vragen bij me opgeroepen maar het heeft ook mijn interesse gewekt in de rol van de (muziek)therapeut. Het onderzoek zal zich dan ook richten op de rol van muziektherapeut in het werken met dementerende cliënten in de verzonken-ik fase, aan de hand van de volgende hoofdvraagstelling: ‘Ervaren muziektherapeuten negatieve gevoelens tijdens contactloze momenten met de dementerende cliënten in de verzonken-ik fase en wat is de oorzaak van die gevoelens?’.

Deze scriptie, die het praktijkonderzoek met bovenstaande vraagstelling beschrijft, is logisch opgebouwd. Als eerste komt de probleemstelling aan bod, waarin wordt beschreven welk probleem zich voor deed tijdens de stageperiode en waarom ik dit probleem wilde gaan onderzoeken. Binnen de probleemstelling wordt dieper ingegaan op wat dementie nu precies is en wat muziektherapie voor deze doelgroep kan betekenen. Vervolgens zal mijn eigen manier van werken met de doelgroep aan bod komen in het zogenaamde werkmodel. Dit alles zal worden toegelicht met literatuur. Er zal een vraagstelling worden geformuleerd, passend bij dit onderzoek die tevens logisch volgt op de probleemstelling. Tot slot van dit eerste hoofdstuk zullen de doelen voor dit onderzoek beschreven staan onder het kopje ‘doelstelling’.

Daarna volgt een hoofdstuk over de onderzoeksopzet. Hierin wordt beschreven hoe mijn onderzoek in elkaar steekt en welke keuzes hierin gemaakt zijn. Eerst wordt het type onderzoek toegelicht, waarna de methode volgt die ik hiervoor gebruikt heb. Vervolgens wordt er een beknopte beschrijving gegeven van de gekozen onderzoekspopulatie en de steekproef die gebruikt is binnen het onderzoek. Verder komt de manier waarop de resultaten verzameld en verwerkt zijn aan bod.

Hoofdstuk drie beschrijft de resultaten, die verkregen zijn middels het doen van dit onderzoek. Deze resultaten zijn beschreven aan de hand van verschillende tabellen om een goed zicht te krijgen op de verkregen resultaten.

Vervolgens komt hoofdstuk vier met daarin de discussie van het onderzoek. Deze discussie zal een kritische terugblik vormen op het gedane onderzoek. Eerst zal er een beantwoording van de vraagstelling te lezen zijn, waarna de meerwaarden en tekortkomingen van het onderzoek toegelicht worden. Hierna volgt een interpretatie en verklaring van de data, die ontvangen zijn met onderbouwing van literatuur. De verkregen informatie is verwerkt in een nieuw werkmodel en vervolgens zal het oude werkmodel met het nieuwe werkmodel vergeleken worden. Tot slot volgen er aanbevelingen voor eventueel vervolgonderzoek.

Na de discussie volgt de samenvatting, waar in een notendop het probleem, de vraagstelling, de gedane acties, de resultaten en de conclusies beschreven zijn. Als laatste vindt u de literatuuropgave en de bijlagen behorende bij dit onderzoek.

Voor de leesbaarheid van de scriptie wordt er gebruik gemaakt van de term ‘cliënt’ waarmee ik in alle gevallen een individu bedoel dat lijdt aan dementie in de laatste fase van de ziekte (de verzonken-ik fase). Verder maak ik gebruik van de woorden therapeut en cliënt in mannelijke vorm waar ook vrouwelijke therapeuten of cliënten bedoeld zijn. Waar ‘de therapeut zijn’ of ‘de cliënt zijn’ geschreven staat, kan dus ook ‘de therapeut haar’ of ‘de cliënt haar’ gelezen worden.

1 Probleemstelling

1.1 Dementie

Dementie is een aandoening die valt onder de term 'psychogeriatric'. Met psychogeriatric wordt een tak van de geneeskunde bedoeld die zich bezig houdt met aandoeningen, die gepaard gaan met het geestelijke vermogen van personen op hogere leeftijd (<http://www.encyclo.nl>). Dementie is een geheugenstoornis waarbij een achteruitgang in cognitieve, emotionele en sociale vaardigheden veroorzaakt wordt (Blom & Reubsaet, 1999). Wat er gebeurt bij iemand met dementie is dat de hersendelen worden aangetast, die te maken hebben met het geheugen en het verstandelijk functioneren. Specifieker gezegd uit zich dat in taalproblemen, oriëntatieproblemen, problemen met het denken en grote gedragsveranderingen. Dementie komt in vele vormen voor, te weten: de ziekte van Alzheimer, vasculaire dementie, frontaalkwabdementie, dementie bij de ziekte van parkinson, de ziekte van Kreutzfeldt-Jacob, syndroom van Korsakov, het aids dementie complex en dementie bij de ziekte van huntington. Alzheimer is de meest voorkomende vorm van dementie (<http://www.alzheimer.nl>).

Een belangrijk kenmerk is dat dementie ongeneeslijk is. Het functioneren gaat in bijna alle opzichten achteruit. Wel bestaan er behandelingen om symptomen te verlichten, de kwaliteit van leven te verbeteren en de achteruitgang in functioneren te vertragen. De snelheid van het ziekteproces en de ontwikkeling van achteruitgang verschillen van persoon tot persoon, maar er zijn wel een drietal fasen te onderscheiden bij personen die lijden aan een dementiesyndroom. Vinke et al. (2007) onderscheiden de volgende fasen: 'het bedreigde ik', 'het verdwaalde ik' en 'het verzonken-ik'. Omdat het onderzoek zich specifiek richt op dementerende cliënten in de verzonken-ik fase, zal deze fase verdiepend in kaart worden gebracht.

Vink et al. (2007) beschrijven de verzonken-ik fase als volgt: 'In de verzonken-ik fase wordt de dementerende mens gezien als een zuigeling: het is kwetsbaar en afhankelijk van andere mensen. Het draait enkel nog om het bevredigen van de lichamelijke en emotionele behoeften. Mensen leven volledig in het nu, want verleden en heden zijn uit het geheugen gewist en het onderscheid tussen eigen persoon en de omgeving lijkt verdwenen. Ze kunnen naar hun eigen voeten kijken alsof het vreemde voorwerpen zijn. Deze fase wordt de verzonken-ik fase genoemd omdat mensen zichzelf en de wereld niet meer begrijpen maar toch intuïtief nog op zoek zijn naar warmte en veiligheid' (p. 42).

Zoals hierboven beschreven, keert de persoon met dementie in de verzonken-ik fase terug naar het begin van zijn leven: als zuigeling. Dit wordt ook wel gezien als de omkering van de levensloop. De cognitieve, handelings- en motorische vaardigheden bij dementie nemen af in de omgekeerde volgorde van de kinderlijke ontwikkeling (Verdult, 2003, p.43). De dementerende cliënt is immers een zelfstandige volwassene geweest, die als het ware zo achteruitgaat in functioneren dat hij of zij weer gelijk staat met de ontwikkeling van een kind. Het vermogen tot spreken en motorisch handelen bijvoorbeeld, komt in de laatste fase van dementie overeen met de mogelijkheden die een kind van 1 maand tot 2 jaar heeft. De dementerende mens wordt geheel afhankelijk van anderen en is enorm kwetsbaar. Sanders & Swails beschrijven dit in een onderzoek naar cliënten in de verzonken-ik fase van dementie als volgt: 'De verzonken-ik fase kenmerkt zich door personen die weinig verbaal zijn, gewicht verliezen, moeite hebben met slikken, zorgbehoevend zijn bij alle dagelijkse bezigheden, zich niet kunnen mobiliseren zonder hulp en vatbaar zijn voor ziekten zoals blaas- en longontsteking' (2011, p. 130). Vrijwel bij alle mensen in de laatste fase van dementie, is er ook sprake van incontinentie, wat inhoudt dat de persoon onvrijwillig urine en ontlasting verliest.

1.1.1 Dementie en contactloosheid

Doordat cliënten in de verzonken-ik fase geen of nauwelijks besef hebben van hun omgeving en van zichzelf, is het lastig om met hen te communiceren. Dit laat hetzelfde onderzoek van Sanders & Swails (2011) zien, omdat blijkt dat verzorgend en verplegend personeel persoonlijk meer voldoening kan halen uit werken met mensen in eerdere fasen van dementie, dan uit het werken met mensen die verkeren in de laatste fase van dementie. Dit komt doordat zij het moeilijk vinden om betekenis te geven aan de communicatie met een verzonken-ik fase cliënt. Ook is het zo deze cliënten vaak in een ander bewustzijn lijken te leven. Het lijkt alsof de cliënt een hele andere werkelijkheid ervaart van de omgeving om zich heen. Dit zorgt ervoor dat er in het contact met de verzonken-ik cliënt vaak sprake is van contactloze momenten, oftewel momenten waarbij verbinding en voeling met de dementerende cliënt ontbreekt.

1.2 Muziektherapie

1.2.1 Muziektherapie en dementie

Muziektherapie is een therapie die veel kan betekenen voor cliënten in de verzonken-ik fase van dementie. Uit onderzoek blijkt namelijk dat het muzikale geheugen bij mensen met dementie langer intact blijft dan het niet-muzikale geheugen (Smeijsters, 2006, p. 344). Hierdoor kan muziek een goede ingang zijn bij mensen met dementie. Waar cliënten door woorden niet meer uit te nodigen zijn tot contact, kan dit wel door middel van het aanbieden van muziek. Woorden hebben vaak wel nog een belangrijke functie binnen een liedvorm. Dit beschrijft Smeijsters (1992) in een onderzoek naar zingen met Alzheimer cliënten. De tekst van een lied kan de emotie van de cliënt illustreren. Het lied kan doordat het aan ervaringen in het verleden gekoppeld is, emoties losmaken zodat de cliënt deze kan uiten. Het lied prikkelt dus de emotie en het contact met de omgeving. Bovendien biedt muziek de mogelijkheid om vaardigheden aan te spreken waarover de cliënt nog wel beschikt. Door het bewegen op muziek of het luisteren naar muziek, kan de cliënt contact ervaren, zelfs wanneer dit in de laatste fase van het dementeringsproces plaats vindt.

1.2.2 Muziektherapie en contactloosheid

In het volgende voorbeeld zal ik een indruk geven over hoe contactloosheid zich manifesteerde binnen de stage. De cliënt uit het voorbeeld kreeg iedere week op woensdagmorgen een half uur individuele muziektherapie.

Met mijn gitaar zit ik op een krukje naast het bed van Mevrouw Jansen. Ik speel een tokkel in de majeur toonsoort en zing daarbij. Geen woorden, enkel klanken. Ze staart naar het raam en blijft dit doen. Minuten lang. Ik vertraag mijn spel en buig me meer naar haar toe. Dan verander ik het tempo door iets te versnellen waarbij de dynamiek in mijn spel geleidelijk toeneemt. Geen verandering. Mevrouw Jansen staart nog steeds naar het raam. Af en toe knippert ze met haar ogen. Ik voel dat er langzaam onrust binnen dringt in mijn lichaam, maar bovenal slaan mijn gedachten op hol. Wat moet ik doen? Doe ik het wel goed? Vindt Mevrouw Jansen mijn aanwezigheid en de aangeboden muziek wel aangenaam? Ik constateer onzekerheid bij mezelf. Ik kan zelfs wel zeggen dat ik het gevoel heb dat ik faal.

Bovenstaande situatie is er een die dikwijls voorkwam tijdens de momenten dat ik probeerde op non-verbale, verbale of muzikale manier contact te krijgen met de dementerende cliënt. Steeds als ik het gevoel kreeg dat er geen zichtbare reactie kwam op mijn uitnodiging om contact aan te gaan of te onderhouden, dan raakte ik in onzekerheid. Daarbij had ik het gevoel of de gedachte dat ik faalde, en voelde ik me gespannen. Ook raakte ik in een handelsverlegenheid, waarmee ik bedoel dat ik mijn eigen handelen blokkeerde. In plaats van de cliënt te blijven prikkelen en uit te lokken tot het aangaan van contact, kroop ik terug in mijn schulp. Al die gevoelens zoals onzekerheid, faalgevoelens en in handelsverlegenheid raken, wil ik in de rest van dit onderzoeksverslag benoemen als negatieve gevoelens.

Contactloosheid binnen muziektherapie is geen vreemd gegeven. Tijdens een interview met mijn stagebegeleidster, waarin ik vroeg of negatieve gevoelens ook bij andere muziektherapeuten voorkomen, werd duidelijk dat niet alleen ik met deze negatieve gevoelens te maken heb gekregen. Ook mijn stagebegeleidster heeft deze gevoelens regelmatig ervaren. Maar niet alleen uit die persoonlijke informatie blijkt dat contactloosheid een welbekend fenomeen is. In een boek van Muthesius et al. (2010) over muziek en dementie wordt contactloosheid benoemd binnen muziektherapie. Ze schrijven over contactloze momenten in het medium het volgende: 'Bij momenten van contactloosheid worden instrumenten niet waargenomen, ook al staan ze in het gezichtsveld van de cliënt. Ze prikkelen de cliënt niet. Als de therapeut de instrumenten bespeelt, is er geen zichtbaar contact in de vorm van betrokkenheid of reacties van de cliënt' (Muthesius et al., 2010, p. 196). Daarnaast maakt de cliënt geen hoorbare stemgeluiden en geeft deze geen enkele reactie op het aangeboden stemgebruik van de therapeut. Tot slot schrijven Muthesius et al. (2010) over de non-verbale interventies dat er geen oogcontact ontstaat, de cliënt wordt in slaap tot zeer onrustig aangetroffen en lichaamscontact wordt afgewezen.

De beschrijvingen van Muthesius et al. (2010) over contactloosheid binnen muziektherapie, komen overeen met de ervaringen die ik zelf heb opgedaan tijdens mijn stage. Contactloosheid manifesteerde zich doordat de cliënt sliep, geen zichtbare reacties gaf op mijn interventies of door het staren naar één punt. Verder reageerde de cliënt niet op mijn stemgebruik, zelfs als ik hierin

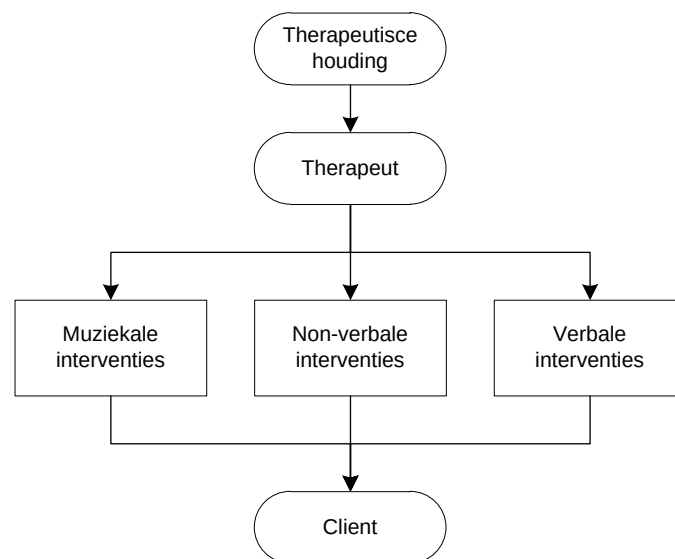
dynamiek en/of tempo verschillen maakte. Als ik probeerde lichamelijk contact te maken, werd er soms hard in mijn hand geknepen wat onrust van de cliënt weergaf. Of de hand werd losgerukt als ik probeerde mijn hand op de hand van de cliënt te leggen. Er leek op die momenten van contactloosheid een onzichtbaar muurtje tussen de cliënt en mijzelf in te staan, dat het contact blokkeerde.

Betreffende het fenomeen contactloosheid kwamen er vaak vragen bij mezelf op zoals 'In de literatuur wordt contactloosheid wel beschreven, maar hoe ervaren andere muziektherapeuten dit?', 'Waar komen negatieve gevoelens als gevolg van contactloosheid vandaan?', 'Wat zijn oorzaken voor die gevoelens en wat doen andere muziektherapeuten op het moment dat er contactloosheid is ontstaan?'.

1.3 Werkmodel

In de volgende paragraaf geef ik weer op welke manier ik zelf met dementerende cliënten in de verzonken-ik fase heb gewerkt, door middel van mijn eigen werkmodel. Het werkmodel is mede tot stand gekomen door een observatielijst (zie bijlage 1), die ik heb ontwikkeld en waarmee ik gewerkt heb binnen de stage. De observatielijst had als doel om te kijken hoe en op welke manier ik probeerde contact te krijgen en te onderhouden met de dementerende cliënt in de verzonken-ik fase. De observaties in de lijst zijn gericht op welke therapeutische houding ik aannam en welke interventies en muziektherapeutische technieken ik toepaste om de cliënt uit te nodigen tot contact.

Het werkmodel (Figuur 1-1) is opgebouwd uit de volgende elementen: therapeutische houding, therapeut, muzikale interventies, non-verbale interventies, verbale interventies en de cliënt. In het weergegeven werkmodel is te zien dat de therapeutische houding helemaal boven aan staat. Hierachter zit de gedachte dat de therapeutische houding een groot aandeel heeft in de vorming van de therapeut. Vervolgens gaan vanuit de therapeut drie verschillende interventies (muzikale interventies, non-verbale interventies en verbale interventies) naar de cliënt, waarmee ik wil aanduiden dat de therapeut interventies toepast met als doel om de cliënt daarmee te prikkelen en om de cliënt tot contactname uit te nodigen.



Figuur 1-1 Het oorspronkelijke werkmodel

1.3.1 Therapeutische houding

De therapeutische houding zie ik als een voorwaarde om de therapeut-cliënt relatie mogelijk te maken. Het is een basis om de rol van therapeut uit te kunnen oefenen. Als er geen respect of voeling naar en met de cliënt is, kan dit de therapeut-cliënt relatie in de weg staan. Mijn eigen therapeutische houding bestond uit rust, respect, empathie en echtheid. Daarbij komt ook een stukje intuïtie kijken. Rust is nodig bij dementerende mensen, omdat ze door achteruitgang op cognitief en motorisch gebied langer nodig hebben om prikkels te verwerken, wat zorgt voor een vertraagde reactie. Door in alle rust met de aandacht gefocust te zijn op de cliënt, krijgt de cliënt wellicht een

gevoel van acceptatie. Tijdens het werken met de cliënten binnen de stage, voelde ik respect naar de mensen toe. Het zijn immers ouderen, die een zelfstandig leven hebben geleid, met allemaal hun eigen verhaal. Door dementie verliezen ze vaak het leven wat ze daarvoor hebben gehad, tot en met de herinneringen aan dat leven toe. Egan (2007, p. 58) beschrijft de waarde van respect heel krachtig. Hij zegt namelijk dat respect een fundament is, waarop interventies worden gebouwd. Empathie definieer ik zelf als het kunnen begrijpen van de innerlijke wereld van de cliënt, en het vandaaruit interventies kunnen toepassen. Empathie is iets wat ik aldoende heb moeten leren door het omgaan met de doelgroep. In het begin van de stage kon ik bepaald gedrag van dementerende mensen niet goed plaatsen. Toen ik het vaker had gezien en me ook meer had verdiept in wat dementie precies inhoudt, was het gedrag van de cliënt veel begrijpelijker en kon ik me een betere voorstelling maken van de innerlijke beleving van de cliënt. Echtheid verbind ik met 'jezelf zijn'. Als je jezelf bent, jezelf accepteert, dan neem je dit mee in je interacties. Door een mix van mezelf en een mix van therapeut zijn te vermengen met elkaar, laat ik echtheid zien. Hiermee komt ook het stukje intuïtie kijken. Ik heb me tijdens de stage vaak afgevraagd hoe ik graag benaderd zou willen worden door andere mensen en naar die gedachte handelende ik dan ook in het contact met de cliënt.

1.3.2 Interventies

Een interventie wordt op een website voor definities en betekenissen (<http://www.encie.nl>) omschreven als een doelbewuste ingreep om een bepaalde zaak te verbeteren. Muziektherapeutische interventies, zoals die gebruikt zijn binnen mijn werkmodel, hadden als doel het contact tussen de dementerende cliënt in de verzonken-ik fase en mijzelf te verbeteren. De interventies die ik toegepast heb, heb ik verdeeld in drie soorten interventies, te weten: muzikale interventies, non-verbale interventies en verbale interventies. Hieronder zal ik een beschrijving geven van de manier waarop ik ieder soort interventie heb toegepast.

Muzikale interventies

De muzikale interventies waren veelal afgestemd op het gedrag van de cliënt, en de situatie die er op dat moment was. Specifieke muziektherapeutische technieken die ik toepaste, gericht op empathie, waren imitating en pacing (Bruscia, K.E., 1987). Met imitating (imiteren) herhaalde ik geluiden van de cliënt. Met pacing (aanpassen) paste ik mijn muzikale interventies aan op het zijn van de cliënt op dat moment. Ik ging mee in dezelfde intensiteit als de cliënt. Verder maakte ik voornamelijk gebruik van de gitaar, door de warme klank en de vele mogelijkheden tot sferisch spel. Ik legde vaak de gitaar op de schoot of de armen van de cliënt en bespeelde zo de gitaar zodat de trillingen voelbaar werden voor de cliënt.

Non-verbale interventies

Wat ik veel heb gebruikt in de vorm van non-verbale interventies is het lichamenlijk contact maken met de cliënt. Het wrijven of aanraken van de wang, arm en handen, of het meebewegen van de handen en armen in de cadans van de muziek gebruikte ik als prikkel tot contact. Verdere non-verbale interventies waren de mimiek op mijn gezicht en mijn betrokken houding naar de cliënt toe. Daarbij zorgde ik ervoor dat ik goed zichtbaar was voor de cliënt. Met mijn mimiek imiteerde ik gedragingen van de cliënt: als de cliënt glimlachte, deed ik dat ook etc. Daarnaast gebruikte ik non-verbale interventies om de muzikale interventies te ondersteunen.

Verbale interventies

Verbale interventies paste ik toe in de vorm van praten of fluisteren tegen de cliënt. Bij binnenkomst begroette ik de cliënt en vertelde aan hem/haar dat het weer tijd was voor muziek. Daarnaast zette ik mijn muzikale interventies kracht bij door te zingen. Een sferisch spel verstevigde ik door daarbij klanken te zingen. Anderzijds zong ik situatieliederen, die de situatie op dat moment bezongen. Dat ging meestal over het weer of ik herhaalde in mijn zang vaker de naam van de cliënt om zo contact uit te lokken.

Om contact met de cliënt te krijgen, was een motiefje of klank soms al genoeg. Andere keren probeerde ik een half uur verschillende interventies uit en zag ik geen zichtbare reacties van de cliënt. Het was een voortdurend zoeken naar de sleutels tot contact en die zoektocht was niet altijd succesvol. Zoals ik hiervoor al heb beschreven lukte het niet altijd om contact te ontlokken. Ik nam op deze momenten negatieve gevoelens bij mezelf waar en vroeg me af of het contact maken met

dementerende cliënten in de verzonken-ik fase voor iedere muziektherapeut een ‘zoektocht’ is. Ook vroeg ik me af wat muziektherapeuten precies doen als er geen reactie vanuit de cliënt komt, maar ook hoe het komt dat die negatieve gevoelens optreden omdat het immers bij het ziektebeeld dementie hoort dat er weinig reactie komt vanuit de cliënt.

1.4 Theorie

1.4.1 Overdracht en tegenoverdracht

Een mogelijke theorie die een oorzaak van het ervaren van negatieve gevoelens door de therapeut zou kunnen verklaren, is de theorie van overdracht en tegenoverdracht. Deze theorie is ontwikkeld door Sigmund Freud (1856-1939), die stelt dat overdracht en tegenoverdracht het overdragen van oude (kind)gevoelens van de cliënt op de therapeut of van de therapeut op de cliënt inhoudt. Overdracht geeft het overdragen van oude (kind)gevoelens van de cliënt op de therapeut aan, tegenoverdracht geeft het overbrengen van oude (kind)gevoelens van de therapeut op de cliënt aan (Van Delft, 2009, p. 13). Voornamelijk tegenoverdracht is van belang omdat het overdragen van oude (kind)gevoelens van de therapeut naar de cliënt vaak een reactie is op het gedrag van de cliënt. In het geval van contactloosheid krijg ik geen reactie van de cliënt, dus reageer ik door mezelf terug te trekken. Waarom trek ik me dan terug? Omdat ik vanuit oude gevoelens of ervaringen uit het verleden, ervoor kies om mezelf terug te trekken om verdere ‘afwijzing’ vanuit de cliënt te voorkomen. Deze wisselwerking tussen cliënt en therapeut wil ik in mijn onderzoek verder gaan onderzoeken. Kan de oorzaak van negatieve gevoelens bij de therapeut neergelegd worden bij deze theorie of komt er nog meer bij kijken?

1.5 Relevantie

In al het voorgaande heb ik laten zien op welke vragen ik graag een antwoord wil krijgen middels dit praktijkonderzoek. In paragraaf 1.2 heb ik laten zien dat muziektherapie veel voor dementerende cliënten kan betekenen. Echter ontbreekt hier de informatie over de manier waarop muziektherapeuten kunnen handelen in het geval van contactloosheid. Daarnaast is er niet veel relevante informatie te halen uit de literatuur. Er zijn wel onderzoeken te vinden waarin naar handvaten voor het omgaan met dementerende cliënten in de verzonken-ik fase gezocht wordt. Een onderzoek van Sanders, S., & Swails, P. (2011) bijvoorbeeld, geeft aan dat hulpverleners minder graag met dementerende cliënten in de verzonken-ik fase werken, dan met dementerende cliënten in andere fases van dementie. Dit komt doordat zij minder betekenis kunnen geven aan de communicatie met de cliënt in de verzonken-ik fase. Wat in deze onderzoeken echter niet terug te vinden is, is of muziektherapeuten negatieve gevoelens ervaren tijdens contactloze momenten met de dementerende cliënt in de verzonken-ik fase van dementie. Om daar meer inzicht in te krijgen, is dit onderzoek van groot belang.

Een ander argument dat de relevantie van het onderzoek aangeeft is het feit dat het aantal dementerende mensen in Nederland fors zal gaan uitbreiden. Deze zogenaamde vergrijzing zal ervoor zorgen dat er medio 2050 meer dan 400.000 ouderen zullen zijn die lijden aan dementie (Trimbos Instituut, 2008). Smeijsters (2007) schrijft hierover dat op deze vergrijzing ook muziektherapeuten bedacht moeten zijn, omdat het een grote vraag naar zorg zal worden. Om tegemoet te komen aan nieuwe kennis wat betreft meer en nieuwe inzichten in de muziektherapie wereld, kan dit onderzoek zeker zijn steentje bijdragen. Tot slot is dit onderzoek van groot belang om mijn eigen werkmodel te vernieuwen en daar waar het mogelijk is aan te vullen met nieuwe informatie. \

1.6 Vraagstelling

Het probleem wat zich voor heeft gedaan tijdens de stage, namelijk het ervaren van negatieve gevoelens (faal- en onzekerheidsgevoelens) tijdens contactloze momenten met de dementerende cliënt, is hoogstwaarschijnlijk een probleem waar meer muziektherapeuten mee te maken hebben. In bovenstaande probleemstelling heb ik laten zien dat er weinig literatuur te vinden is over het fenomeen contactloosheid, maar dat het wel degelijk schijnt voor te komen zoals ook Muthesius et al. dat beschrijven (zie paragraaf 2.2.2.). Mijn eigen ervaring en manier van werken heb ik uiteengezet in het werkmodel (paragraaf 2.3) en daarnaast heb ik mijn eigen verwachting voor de oorzaak van negatieve gevoelens bij muziektherapeuten beschreven. Ondanks dat ik het probleem heb onderzocht aan de hand van literatuur en mijn eigen stage-ervaring, blijven er vragen bestaan waar ik door middel van dit onderzoek een antwoord op wil verkrijgen. De vraagstelling voor het onderzoek luidt als volgt:

Hoofdvraagstelling

Ervaren muziektherapeuten negatieve gevoelens tijdens contactloze momenten met dementerende cliënten in de verzonken-ik fase en wat is de aard van die gevoelens?

Subvragen

- Hoe handelen muziektherapeuten als er contactloosheid optreedt of opgetreden is?
- Wat zijn mogelijke oorzaken van de negatieve gevoelens?

1.7 Doelstelling

Door het uitvoeren van het onderzoek zal er waarschijnlijk een beter beeld zijn over het ervaren van negatieve gevoelens door muziektherapeuten in contact met de dementerende cliënt in de verzonken-ik fase. Ook zal daarbij bekend worden hoe muziektherapeuten handelen op het moment van contactloosheid. Het wordt een opsomming van methodes, werkwijzen en interventies die muziektherapeuten zich eigen hebben gemaakt. Dit kan op de eerste plaats mijzelf erg helpen als aankomend muziektherapeut doordat het veel kennis zal opleveren en waarschijnlijk ook bevestiging als ook andere muziektherapeuten negatieve gevoelens ervaren met dementerende cliënten.

Daarnaast werkt de uitwisseling van kennis door middel van dit onderzoek enerverend voor andere muziektherapeuten, doordat ze hun eigen werkmodellen kunnen vergelijken met werkmodellen van andere muziektherapeuten. Visies en kennis kunnen uitgewisseld worden, waardoor muziektherapeuten kennis en ervaring kunnen blijven opdoen en de eigen werkmodellen waar nodig bij kunnen schaven.

Een ander belangrijk aspect is het verwerven van meer inzicht in de therapeut-cliënt relatie. Waar de zorg steeds om de cliënt blijft draaien, heeft de therapeut daar een groot aandeel in. Het is daarom essentieel om te weten wat het met de therapeut doet als er contactloze momenten ervaren worden. Naast het opdoen van meer ervaring en de uitwisseling van kennis, is het belangrijk dat er steeds meer wetenschappelijk onderzoek gedaan wordt naar muziektherapie in de ouderenzorg.

Voornamelijk omdat de doelgroep zich fors zal uitbreiden door de vergrijzing besproken in paragraaf 1.5.

2 Onderzoeksopzet

2.1 Onderzoekstype

Het type onderzoek is een inventariserend onderzoek. Dit type onderzoek stemt goed af met mijn vraagstelling omdat ik hiermee de bedoeling heb om een situatie in kaart te brengen (Baarda & De Goede, 2006, p. 102). Ik wil te weten komen of muziektherapeuten negatieve gevoelens ervaren (wat is de omvang van), hoe zij handelen op momenten van contactloosheid (hoe men omgaat met) en wat mogelijke oorzaken van die negatieve gevoelens zouden kunnen zijn (inventariseren en in kaart brengen). Nog een ander type onderzoek wat ook van toepassing is op dit onderzoek, is het beschrijvend onderzoek omdat ik een grote groep mensen heb ondervraagd over hun bevindingen met betrekking tot het werken met dementerende cliënten in de verzonken-ik fase, waarbij contactloze momenten ontstaan. Dit komt dus neer op een frequentie-onderzoeksvraag, die hoort bij beschrijvend onderzoek.

2.2 Onderzoeksmethode

De methode die ik heb gebruikt voor mijn onderzoek, is de kwantitatieve survey. Bij de kwantitatieve survey wordt vaak gebruik gemaakt van een groot aantal onderzoekseenheden en een eenmalige meting (Baarda en De Goede, 2006, pp. 132-133). Deze twee punten waren van toepassing op mijn onderzoek. Het onderzoek richtte zich op de eerste plaats op een vrij groot aantal onderzoekseenheden (89). Daarnaast was, gezien mijn vraagstelling, het eenmalig enquêteren genoeg om een antwoord te kunnen krijgen op de vraagstelling van het onderzoek. Ik wilde vast kunnen stellen of meer muziektherapeuten faalgevoelens of andere negatieve gevoelens ervaren in het werken met dementerende cliënten in de verzonken-ik fase. Daarnaast wilde ik kijken of er oorzaken zijn voor het ervaren van die negatieve gevoelens. Een eenmalige meting is dan naar mijn mening voldoende. Daarnaast was de eenmalige meting noodzakelijk door de korte tijd (circa vier maanden) waarin het onderzoek uitgevoerd en gerapporteerd moest worden. Normaal gesproken worden de onderzoeksresultaten bij een kwantitatieve survey gegeneraliseerd. Bij mijn onderzoek had ik te maken met een selecte steekproef, waarbij het niet betrouwbaar genoeg is om de resultaten te generaliseren naar alle muziektherapeuten werkzaam met dementie. Op de selecte steekproef zal ik dieper ingaan in paragraaf 3.3.1.

Een kwantitatieve survey kan verder op twee manieren worden verricht, namelijk door systematische ondervraging of observatie. De observatie, het observeren van de onderzoekseenheden om antwoord te krijgen op mijn vraagstelling, valt in mijn geval af omdat dit type van kwantitatief onderzoek niet zou passen binnen het tijdsbestek van het onderzoek. Daarom heb ik gebruik gemaakt van statistische ondervraging in de vorm van een enquête. Het verspreiden van enquêtes is een objectievere manier van onderzoek doen tegenover observeren, omdat er geen persoonlijke communicatie hoeft op te treden tussen enquêteur en respondent (de ondervraagde). De observator kan bij het observeren namelijk gemakkelijker beïnvloed worden door degene die wordt geobserveerd, omdat hij of zij zijn mening kan weergeven en daarbij misschien de observator kan meenemen in een bepaalde mening of overtuiging.

2.3 Onderzoekspopulatie

De onderzoekspopulatie voor mijn onderzoek, gezien de vraagstelling, waren alle muziektherapeuten die werkzaam zijn met alle dementerende cliënten in de verzonken-ik fase van dementie. Echter was niet iedere muziektherapeut, die werkt met dementerende cliënten in de verzonken-ik fase van dementie, geschikt om mee te doen aan mijn onderzoek. Daarom heb ik eisen gesteld aan diegene die ik uiteindelijk heb betrokken in mijn onderzoek, om zo de kwaliteit van mijn onderzoek te kunnen garanderen. Als ik namelijk muziektherapeuten had ondervraagd, die nauwelijks ervaring zouden hebben met de verzonken-ik fase cliënt, kon dit onbetrouwbare resultaten opleveren waardoor het onderzoek niet geloofwaardig genoeg zou zijn.

Hieronder de inclusiecriteria waaraan de onderzoekseenheden moesten voldoen:

- De muziektherapeut dient werkzaam te zijn met dementerende cliënten in de verzonken-ik fase van dementie
- De muziektherapeut heeft ervaring in het muziektherapeutisch werken met dementerende cliënten in de verzonken-ik fase van dementie
- De muziektherapeut is aangesloten bij een beroepsvereniging en/of werkveldgroep in Nederland.

2.3.1 Steekproef

Omdat ik niet over de financiële middelen, tijd en gegevens beschikte, was het niet mogelijk om alle muziektherapeuten werkzaam met dementerenden, die aan de inclusiecriteria voldeden, in het onderzoek te betrekken. Ik heb de keuze gemaakt om de werkveldgroep psychogeriatric uit Nederland te benaderen en enkel deze mensen te ondervragen. Deze keuze heb ik gemaakt, omdat ik van de werkveldgroep over contactgegevens beschikte en ik persoonlijk een aantal keer met deze werkveldgroep in contact ben geweest. Daardoor wist ik dat deze groep open staat voor medewerking aan onderzoek, wat voor een groot aantal respondenten zou kunnen zorgen. De werkveldgroep heeft 89 leden, waar muziektherapeuten, docenten, muziekagogen en belangstellende leden bij betrokken zijn. Hierbij heb ik rekening gehouden met de leden uit de werkveldgroep omdat ze waarschijnlijk niet allemaal aan de inclusiecriteria zouden kunnen voldoen. Een belangstellend lid bijvoorbeeld, interesseert zich waarschijnlijk voor het muziektherapeutisch beroep, maar heeft zelf geen ervaring met het muziektherapeutisch werken met dementerende mensen.

Normaal gesproken wordt er vaak voor een steekproef gekozen omdat de omvang van de populatie zo groot is, dat het voor de hand ligt om een kleinere groep daarvan te ondervragen. Dit was in het geval van mijn onderzoek niet mogelijk, omdat ik de onderzoekseenheden niet 'voor het kiezen had' en gebruik moest maken van de onderzoekseenheden waar ik gegevens van had. De steekproef die ik heb getrokken, is dan ook een selecte steekproef (Baarda en De Goede, 2006, p. 149). Een selecte steekproef heeft als nadeel dat de resultaten van het onderzoek alleen gelden voor de eenheden die betrokken zijn in mijn onderzoek. Voor mijn onderzoek betekend dit, dat de onderzoeksresultaten alleen representatief zullen zijn voor de respondenten die deelgenomen hebben aan het onderzoek.

Waar ik bij mijn steekproef rekening heb gehouden, is de kwaliteit van het onderzoek. Het is namelijk altijd zo met enquêteren dat er non-respons kan optreden. Als ik van de 89 mogelijke respondenten maar 40 mensen zou overhouden door het optreden van non-respons, is het de vraag in welke mate mijn onderzoek aan kwaliteit zou voldoen. Daarnaast is het ook vaak zo dat antwoorden die mensen geven niet overeenstemmen met de werkelijkheid omdat ze zich niet bewust zijn van hun eigen gedrag. Ook dan schort er iets aan de betrouwbaarheid van het onderzoek. Een laatste punt van aandacht was het operationaliseren van begrippen. Als onderzoeker wilde ik iets te weten komen over mogelijke negatieve gevoelens bij de muziektherapeut. Het was dus noodzakelijk dat ik het begrip 'negatieve gevoelens' concreter maakte zodat de onderzochten het begrip allemaal op dezelfde manier interpreteerde of begrepen. Doordat ik de begrippen concreter maakte, doelde ik bij alle onderzochten op dezelfde informatie en kon er geen verwarring en dus verkeerde informatie ontstaan uit het onderzoek.

2.4 Dataverzameling

2.4.1 Enquête

Gezien de hoeveelheid mensen die ik wilde ondervragen en het tijdsbestek waarin het onderzoek uitgevoerd moest worden, heb ik ervoor gekozen om een schriftelijke enquête te verspreiden (zie voor de enquête bijlage 2). Schriftelijk enquêteren kost namelijk minder geld en afnametijd dan bijvoorbeeld een mondelijke enquête, waardoor er in kortere tijd veel mensen bereikt kunnen worden (Baarda, De Goede en Kalmijn, 2007, p. 22). Wat bij een schriftelijke enquête ook een voordeel is tegenover mondeling enquêteren, is dat de anonimiteit gewaarborgd kan blijven. Doordat mensen zich anoniem voelen tijdens het invullen van een schriftelijke enquête, durven ze ook eerder eerlijke antwoorden te geven op intieme vragen of vragen over maatschappelijk ongewenst gedrag. We spreken dan van sociale wenselijkheid, wat betekent dat mensen geneigd zijn om sociaal wenselijke antwoorden te geven op vragen. Nog een voordeel is dat de vragenlijst op ieder tijdstip van de dag ingevuld kan worden, zonder dat er een afspraak moet worden gemaakt.

Een schriftelijke enquête kent natuurlijk ook zijn nadelen. In paragraaf 2.3.1 heb ik al vermeld dat er non-respons op kan treden. De vragenlijsten worden dan niet ingevuld of er worden onvolledige lijsten teruggestuurd waardoor belangrijke data zou missen. Missende data nemen logischerwijs een stuk betrouwbaarheid van het onderzoek weg.

Voor mijn eigen onderzoek heb ik gekozen om de enquêtes per mail te verspreiden naar de respondenten. De enquête is ontwikkeld met behulp van het online programma thesistools. Door te klikken op de link in de ontvangen e-mail, kwamen de respondenten automatisch bij de internetpagina met de vragenlijst. Ik heb gekozen om de vragenlijsten per mail te versturen en niet per post, omdat ik van mening ben dat post gemakkelijk zoek kan raken binnen instellingen. Per mail krijg je wel te maken met een hogere kans op non-respons, maar om dat aan te pakken heb ik een herinneringsmail gestuurd naar de respondenten om hun aan de uiterlijke sluitingsdatum van de enquête te helpen herinneren.

2.4.2 Vraagstelling

Bij een enquête staat het vast welke onderwerpen de onderzoeker aan bod wil laten komen. Dit wil zeggen dat bij een enquête de vraagstelling vast ligt waarmee ik als doel had precies die informatie te weten te komen die ik nodig had, zonder dat de ondervraagde andere informatie kon geven die niet relevant zou zijn voor mijn onderzoek. Om de enquête zo betrouwbaar en valide mogelijk te maken, wilde ik ervoor zorgen dat de ondervraagden de enquête allemaal zonder moeite konden invullen en dat ze begrepen wat ik met bepaalde begrippen bedoelde. Daarom moesten de vragen voldoen aan de volgende eisen:

- *Concrete vragen opstellen:* als de vragen in de enquête concreet zijn worden de ondervraagden gedwongen om na te denken over het onderwerp van mijn onderzoek.
- *Niet te moeilijke vragen opstellen:* eenvoudige vragen zijn goed te begrijpen en zijn daarom eerder van een antwoord verzekerd dan lastig geformuleerde vragen. Zo voorkom ik missende data of verkeerde interpretaties van vragen waardoor de betrouwbaarheid en validiteit van het onderzoek wordt verbeterd.
- *Het stellen van neutrale vragen:* de vragen moeten neutraal zijn, omdat ik iets wil weten van anderen waarbij ik de ondervraagden niet in een bepaalde richting mag meenemen. Neutrale vragen zorgen voor eerlijke antwoorden, gebaseerd op iemand zijn eigen kennis en ervaring. Dit zorgt voor een hoge validiteit en betrouwbaarheid.

Niet alleen de vragen waren belangrijk. Ook de volgorde daarvan speelde een belangrijke rol. Ik heb de vragen onderverdeeld in vier verschillende categorieën (algemeen, contactloosheid, negatieve gevoelens en oorzaken). De vragen over eenzelfde onderwerp volgde elkaar daardoor logisch. Ook heb ik daarbij rekening gehouden met welk soort vragen ik in het begin van de enquête heb gezet en welke daarna. Vragen over het kritisch kijken naar het eigen muziektherapeutisch handelen heb ik in het midden van de enquête gezet en algemene vragen zoals werkervaring en leeftijd in het begin van de enquête. Zo werden de ondervraagde niet meteen overdonderd door persoonlijke vragen.

2.4.3 Antwoordmogelijkheden

Hoewel de vraagstelling bij een enquête vast ligt, kan de gewenste informatie verkregen worden door twee verschillende soorten antwoordmogelijkheden, namelijk vrije of vaste antwoordmogelijkheden. Bij vaste antwoordmogelijkheden kruist de ondervraagde het antwoord aan dat het beste past bij de gestelde vraag. Bij een vrije antwoordmogelijkheid schrijft de ondervraagde zelf een antwoord op. Binnen mijn enquête heb ik gebruik gemaakt van zowel vrije en vaste antwoordmogelijkheden. De vaste antwoordmogelijkheden bevatten multiple-choice vragen waarbij een antwoord of meerdere antwoorden mogelijk zijn. Daarbij heb ik ook gebruik gemaakt van een aantal vrije antwoordmogelijkheden. Zo heb ik bijvoorbeeld een vraag gesteld over welke interventies muziektherapeuten toepassen en hoe ze die toepassen. Voor iedere muziektherapeut kan het natuurlijk anders zijn hoe hij/zij een interventie toepast. Vandaar dat er bij zulke vragen een vrije antwoordmogelijkheid gegeven is. De antwoordmogelijkheden zijn zorgvuldig gekozen om een zo nauwkeurig mogelijk antwoord te krijgen op de gestelde vragen.

2.4.4 Lay out

In de enquête heb ik moeilijke begrippen voorzien van een definitie, en ik heb gebruik gemaakt van een of twee inleidende zinnen bij ieder nieuw onderwerp. Dit alles om het invullen van de enquête zo gemakkelijk en duidelijk mogelijk te maken voor de respondent. Naast de vragenlijst heb ik een

begeleidende brief bijgevoegd (zie bijlage 3) met daarin kort het onderwerp en de relevantie van mijn onderzoek. In die begeleidende brief heb ik de anonimiteit van de ondervraagden gegarandeerd en vermeld dat de ingevulde gegevens vertrouwelijk behandeld worden. Naast de anonimiteit heb ik een korte instructie gegeven voor het invullen van de vragenlijst met daarbij de benodigde tijd voor het invullen van de vragenlijst. Tot slot heb ik in de brief een dankwoord, de uiterlijke terugstuurdatum en de contactgegevens van mijzelf, voor eventuele vragen of opmerkingen, vermeld.

2.5 Data preparatie

De data die verkregen is door het verspreiden van de enquêtes, is verwerkt aan de hand van het softwarepakket SPSS, dat staat voor 'Statistical Products and Service Solutions' (Baarda, De Goede en van Dijkum, 2007).

2.5.1 Logboek

Voor het invoeren van de gegevens in SPSS heb ik een logboek gemaakt. In onderstaande tabel is een gedeelte van dit logboek weergegeven. Het geheel uitgeschreven logboek kunt u vinden in bijlage 4.

In Tabel 2-1 is te zien dat ik een kolom heb gereserveerd om identificatienummers te noteren. Dit nummer is het nummer van de respondent, oftewel het nummer van een vragenlijst. Zo konden er geen gegevens door elkaar gehaald worden, en kon ik missende antwoorden nakijken en achterhalen bij de desbetreffende respondent.

Tabel 2-1 Logboek SPSS

Vraagnummer	Omschrijving	Variabele	Code
-	Identificatienummer	-	1-28
1	Geslacht	V1	1=man/2=vrouw
2	Leeftijd	V2	In jaren
3	Opleiding	V3	1=Hogeschool van Arnhem en Nijmegen/2=Stenden Hogeschool Leeuwarden/3=Hogeschool Zuyd Heerlen/4=Conservatorium ArtEz Enschede/5=Anders, n.l.
3	Opleiding anders	V3anders	Open vraag
4	Werkervaring	V4	1=0-5 jaar/2=6-10 jaar/3=11-15 jaar/4=16 jaar of meer

2.5.2 Missing values

Het komt voor dat een bepaalde vraag niet voor alle respondenten bestemd is. Deze vraag is dan logischerwijs 'niet van toepassing'. Ook komt het voor dat een respondent geen antwoord geeft op een vraag. Omdat ik als onderzoeker dan niet weet wat de reden van deze 'missing value' is, heb ik deze missing values een specifieke code gegeven in SPSS. Ik heb gebruik gemaakt van de cijfers 888 en 999, waarbij 888 aangeeft dat er niets is ingevuld en 999 geeft aan dat de vraag niet van toepassing is op de desbetreffende cliënt. Dit missing value systeem was van belang voor mijn onderzoek, omdat vanaf vraag 7 in mijn enquête de rest van de vragenlijst mogelijk niet meer van toepassing was voor een aantal respondenten. Daarnaast was het belangrijk om te weten hoeveel cliënten er nog over bleven in verband met de betrouwbaarheid van het onderzoek. Als voor bijvoorbeeld 5 van de 20 respondenten de rest van de vragenlijst wel nog van toepassing zou zijn, zouden deze 5 respondenten erg weinig zijn om betrouwbare uitspraken over te doen.

2.6 Data-analyse

Na de voorbereiding van de gegevens kon er overgegaan worden tot de eigenlijke analyse van de gegevens. Volgens Baarda en De Goede (2006) is het belangrijk om te weten te komen welk soort vraagstelling je in je onderzoek gebruikt alvorens je een statistische techniek kunt bepalen die voor het onderzoek van toepassing is. Bij mijn vraagstelling gaat het om een frequentie vraagstelling, wat iets zegt over hoe vaak of in welke mate een bepaald fenomeen voorkomt. Ik wilde op de eerste

plaats namelijk graag een antwoord op de vraag hoeveel muziektherapeuten negatieve gevoelens ervaren tijdens het werken met dementerende mensen in de verzonken-ik fase.

Na het vaststellen van het type vraagstelling, is het noodzakelijk om de aard van de gegevens te achterhalen. Dit wordt gedaan door naar het meetniveau van de vragen te kijken. De vragen van mijn enquête betreffen grotendeels een nominaal meetniveau. Bij nominale gegevens heb je alleen de optie 'tellen'. Bij een vraag over geslacht kun je bijvoorbeeld alleen maar de hoeveelheid mannen of vrouwen, die mee hebben gewerkt aan de enquête tellen. Deze frequenties kunnen gemakkelijk grafisch weergegeven worden aan de hand van cirkel- en staafdiagrammen. Naast nominale gegevens heb ik één enkele vraag gesteld met een interval meetniveau. Deze vraag betreft de leeftijd en heb ik geanalyseerd aan de hand van het berekenen van de gemiddelde leeftijd van de respondenten. Ook heb ik hierbij de modus laten zien en de mediaan, omdat de meest voorkomende leeftijd en de gemiddelde leeftijd in een opslag duidelijk te zien is. In mijn enquête heb ik een achttal gelegenheden gegeven voor het beantwoorden van open vragen of om zelf een eigen optie toe te voegen die niet bij de antwoordmogelijkheden stond (anders, n.l.:). Deze open vragen kon ik niet verwerken met SPSS, omdat aan deze vragen geen frequentie verbonden zit. Iedere respondent heeft daar een eigen antwoord ingevuld, die ik vervolgens heb gecategoriseerd.

2.7 Kwaliteit

Betrouwbaarheid

Om de betrouwbaarheid van het onderzoek zo groot mogelijk te houden, ben ik me bewust geweest van een aantal factoren, die de betrouwbaarheid zouden kunnen beïnvloeden. Baarda en De goede (2006, p. 188) zeggen dat betrouwbaarheid mogelijk beïnvloed kan worden door factoren zoals de omgeving waarin de enquête ingevuld wordt, de gemoedstoestand van de ondervraagden en het soort vragen dat er gesteld worden. Daarom heb ik gelet op wat voor vragen ik verwerkt heb in de vragenlijst. Ik heb geprobeerd om de vragen zo neutraal mogelijk te stellen. Echter is dit niet bij iedere vraag gelukt. Er zijn twee vragen in de enquête die wellicht leiden naar het geven van een sociaal wenselijk antwoord. Dit kan bijvoorbeeld het geval zijn bij de vraag: 'Vat u contactloze momenten tussen de cliënt en uzelf wel eens persoonlijk op?'.

De omgeving waarin de enquête wordt ingevuld, kan ik als onderzoeker niet controleren omdat ik niet lichamelijk aanwezig was bij het invullen van de enquêtes. Wel is bekend dat de enquêtes verstuurd zijn via de werk e-mail adressen van de respondenten. Omdat de enquêtes ingevuld zijn met gebruik van een computer, is het zeer waarschijnlijk dat de respondenten op hun werkruimte aanwezig waren waar ook een computer aanwezig is. In hoeverre dat dit het invullen van de enquête heeft beïnvloed, kan ik echter niet zeggen. Dit geldt ook voor de gemoedstoestand waarin de respondent zich bevond op het moment van het invullen van de vragenlijst.

Validiteit

Validiteit wordt door Baarda en De goede (2006, p. 196) beschreven als 'dat je meet wat je beoogt te meten'. Validiteit kan getoetst worden door de resultaten, afkomstig van mijn onderzoek, te vergelijken met een onderzoek dat hetzelfde onderwerp heeft als het mijne. Daar ontstaat echter het probleem, want ik heb nog geen ander onderzoek gevonden dat ook negatieve gevoelens bij muziektherapeuten wil onderzoeken. Wel is het zo dat ik geprobeerd heb om abstracte begrippen zoveel mogelijk onder te verdelen in verschillende vragen zodat het begrip meetbaar werd.

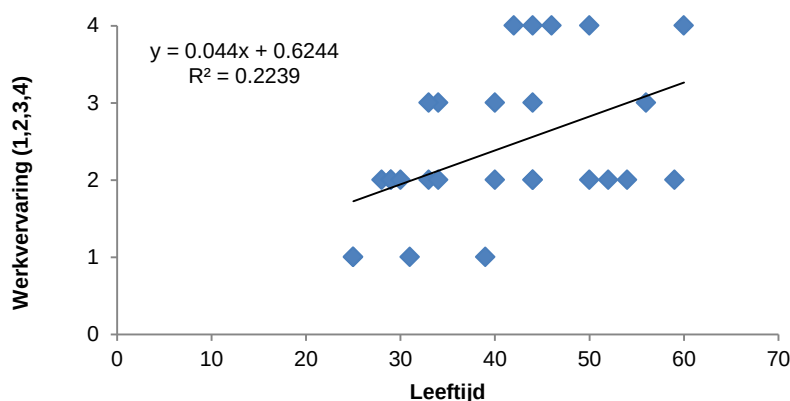
3 Resultaten

Van de 89 aangeschreven personen hebben 28 mensen de enquête ingevuld. Dit is een respons van 31,5%. De resultaten die verkregen zijn door het verspreiden van de enquêtes, zal ik aan de hand van de verschillende kopjes (algemene gegevens, contactloosheid, negatieve gevoelens en oorzaken) uit de enquête gaan beschrijven. Dit zal ik doen aan de hand van tabellen en grafieken die inzicht zullen geven in de verkregen resultaten.

3.1 Algemene gegevens

De 28 tal respondenten bestaan voor 96,4% uit vrouwen, waarvan 3,6% man is. Dit komt neer op 27 vrouwen en 1 man. De leeftijd van de respondenten ligt tussen de 25 en 60 jaar, waarvan 40,56 jaar de gemiddelde leeftijd is van het respondentenaantal. Daarbij moet vermeld worden dat één respondent geen antwoord ingevuld heeft bij de vraag over leeftijd. De gemiddelde jaren werkervaring

van de respondenten met de doelgroep dementie is 6-10 jaar. Bijna de helft van de respondenten (13 respondenten) hebben 6-10 jaar werkervaring. Dit bedraagt 46,4 % van het totale aantal respondenten. Tussen de leeftijd en de hoeveelheid werkervaring is een duidelijk verband te zien. Dit is weergegeven in Figuur 3-1, waarin de lijn aangeeft dat personen met een hogere leeftijd ook meer werkervaring hebben. De werkervaring (1,2,3,4) correspondeert met de antwoordmogelijkheden in de enquête, dus 1 = 0-5 jaar werkervaring, 2 = 6-10 jaar werkervaring, 3 = 11-15 jaar werkervaring en 4 = 16 jaar of meer werkervaring.



Figuur 3-1 Correlatie leeftijd en werkervaring

Alle ondervraagden hebben een officiële opleiding creatieve therapie met als medium muziek gevolgd. Zeven ondervraagden studeerden aan het Conservatorium ArtEz te Enschede, en maar liefst negen respondenten studeerden aan de Hogeschool van Utrecht in Amersfoort. Daarnaast zijn er twee respondenten die bij de HAN (hogeschool van Arnhem en Nijmegen) de opleiding hebben gevolgd, en twee studenten die dat gedaan hebben bij Hogeschool Zuyd te Heerlen (voorheen Sittard). Er is één respondent die in Duitsland (SRH Heidelberg) de opleiding muziektherapie heeft gevolgd en twee respondenten hebben de opleiding gevolgd bij privé school Academie de Wervel, welke reeds is gesloten.

3.2 Contactloosheid

Het resultaat op de vraag hoe contactloze momenten zich manifesteren bij de dementerende cliënt in de verzonken-ik fase is als volgt: 24 respondenten hebben ingevuld dat een contactloos moment zich manifesteert als de cliënt slaapt. Dit is 85,7% van het totaal aantal respondenten. Door 7 respondenten wordt contactloosheid gezien in de vorm van overstuur raken of het niet mee willen gaan van de cliënt als deze uitgenodigd wordt voor muziektherapie. Het contact afwijzen door de cliënt wordt door 12 respondenten als een contactloos moment gezien. Bij deze vraag was er de mogelijkheid om een eigen antwoord in te vullen. Hiervan hebben 14 respondenten gebruik gemaakt. Duidelijk is te zien dat de meeste respondenten contactloosheid herkennen aan het niet reageren van de cliënt. Daarnaast wordt er ook een aantal keer genoemd dat de cliënt in zijn eigen wereld verzonken lijkt te zijn en dat er totaal geen herkenning van de cliënt naar de therapeut te zien is. Op de vraag of contactloze momenten wel eens persoonlijk op worden gevat door de therapeut, beweert 1 respondent van wel, 17 van niet en 10 respondent zeggen dat het soms voorkomt.

3.3 Negatieve gevoelens

Op de vraag of muziektherapeuten wel eens negatieve gevoelens ervaren als er contactloosheid optreedt tussen de cliënt en de therapeut, geven 8 respondenten aan dat dit wel eens gebeurt. 8 respondenten geven aan dat zij nooit negatieve gevoelens ervaren en 12 respondenten geven aan dat zij soms negatieve gevoelens ervaren¹. Zie ook Tabel 3-1

¹ Omdat bij deze vraag bij antwoordoptie 'nee' de respondent werd verzocht om de vragenlijst niet verder in te vullen, zijn er bij de volgende resultaten steeds 20 respondenten betrokken in plaats van 28 respondenten.

Tabel 3-1 Ervaart u wel eens negatieve gevoelens (b.v.: faalgevoelens, irritatie, boosheid) als er contactloosheid optreedt tussen de cliënt en uzelf?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ja	8	28,6	28,6	28,6
	nee	8	28,6	28,6	57,1
	soms	12	42,9	42,9	100,0
	Total	28	100,0	100,0	

Er werd de respondenten gevraagd naar welke negatieve gevoelens ze ervaren. 10 respondenten zeggen dat negatieve gevoelens zich uitten door het niet meer weten wat te doen, 3 respondenten raken geïrriteerd, geen enkele respondent wordt boos, 7 respondenten hebben het gevoel dat ze falen en 2 respondenten voelen zich afgewezen. Bij de open antwoorden wordt door veel respondenten genoemd dat ze in het geval van contactloosheid andere manieren gaan zoeken om toch contact met de cliënt te krijgen. Ook zeggen respondenten te gaan twijfelen aan zichzelf. Verder worden er nog de woorden zich moe voelen, machteloos en frustratie benoemd. Dit zijn allemaal gevoelens die bij de therapeut opkomen in het geval van contactloosheid. Er is duidelijk te zien dat contactloosheid met de dementerende cliënt een grote invloed heeft op de gevoelens en/of gedachten van de therapeut.

3.3.1 Non-verbale interventies

In Tabel 4 2 op de volgende pagina is te zien dat 11 van de 20 respondenten, meer dan de helft van het respondenten aantal, non-verbale interventies het meest gebruikt in geval van contactloosheid. Bij de open antwoordmogelijkheid, waarvan 13 respondenten gebruik hebben gemaakt, is het zeer opvallend dat 12 respondenten gebruik maken van lichamelijk contact om contact te krijgen met de cliënt. Het is opvallend omdat 12 van de 13 respondenten aangeven in een eigen geformuleerd antwoord dat ze lichamelijk contact gebruiken als non-verbale interventie om contact te maken. Er mag dan ook vanuit gegaan worden dat deze interventie veel gebruikt wordt door muziektherapeuten in het werken met dementerende cliënten in de verzonken-ik fase. Het lichamelijk contact zoeken kan in de vorm van het aanraken of wrijven van de handen, arm, schouders of gezicht. Daarnaast wordt er oogcontact gezocht en wordt de situatie van de cliënt op dat moment geaccepteerd. Die acceptatie wordt door enkele respondenten genoemd als cliënt centered werken, wat betekent dat de cliënt onvoorwaardelijk wordt geaccepteerd en deze centraal staat binnen de therapie.

Tabel 3-2 Non-verbale interventies

Geef aan welke interventies u gebruikt in geval van contactloosheid

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	gebruik ik als niets heeft geholpen	2	7,1	10,0	10,0
	gebruik ik soms	7	25,0	35,0	45,0
	gebruik ik het meest	11	39,3	55,0	100,0
	Total	20	71,4	100,0	
Missing	999,00	8	28,6		
Total		28	100,0		

3.3.2 Muzikale interventies

In Tabel 3-3 is te zien dat 17 van de 20 respondenten aangeven, dat ze muzikale interventies het meest gebruiken in het geval van contactloosheid.

Tabel 3-3 Muzikale interventies

Geef aan welke interventies u gebruikt in geval van contactloosheid

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	gebruik ik als niets heeft geholpen	1	3,6	5,0	5,0
	gebruik ik soms	2	7,1	10,0	15,0
	gebruik ik het meest	17	60,7	85,0	100,0
	Total	20	71,4	100,0	
Missing	999,00	8	28,6		
Total		28	100,0		

Bij de open antwoorden is er duidelijk te zien dat er gebruik gemaakt wordt van stemgebruik, gitaar of klankstaven en improvisatie. 12 respondenten beschrijven een interventie die te maken heeft met stemgebruik. Dit kan zijn de cliënt toezingen, het zingen van de cliënt zijn/haar naam, neuriën of het toepassen van een situatielied dat letterlijk de situatie van dat moment bezingt. Gitaar wordt veel gebruikt door de respondenten als ondersteuning van het stemgebruik of om herkenbare liederen voor de cliënt mee te begeleiden. Klankschalen of klankstaven worden gebruikt om een klankbad of sfeer mee te creëren. Tot slot wordt er met de dementerende cliënten in de verzonken-ik fase veel improvisatorisch gewerkt. Dit gebeurt door de situatie waarin de cliënt zich op dat moment bevindt, te verklanken met behulp van bovengenoemde instrumenten.

3.3.3 Verbale interventies

Verbale interventies worden door 1 respondent het meest gebruikt (Tabel 3-4). Uit het voorgaande is op te merken dat muzikale en verbale interventies het meest belangrijk zijn, volgens de respondenten, binnen muziektherapie met dementerenden.

Tabel 3-4 Verbale interventies

Geef aan welke interventies u gebruikt in geval van contactloosheid

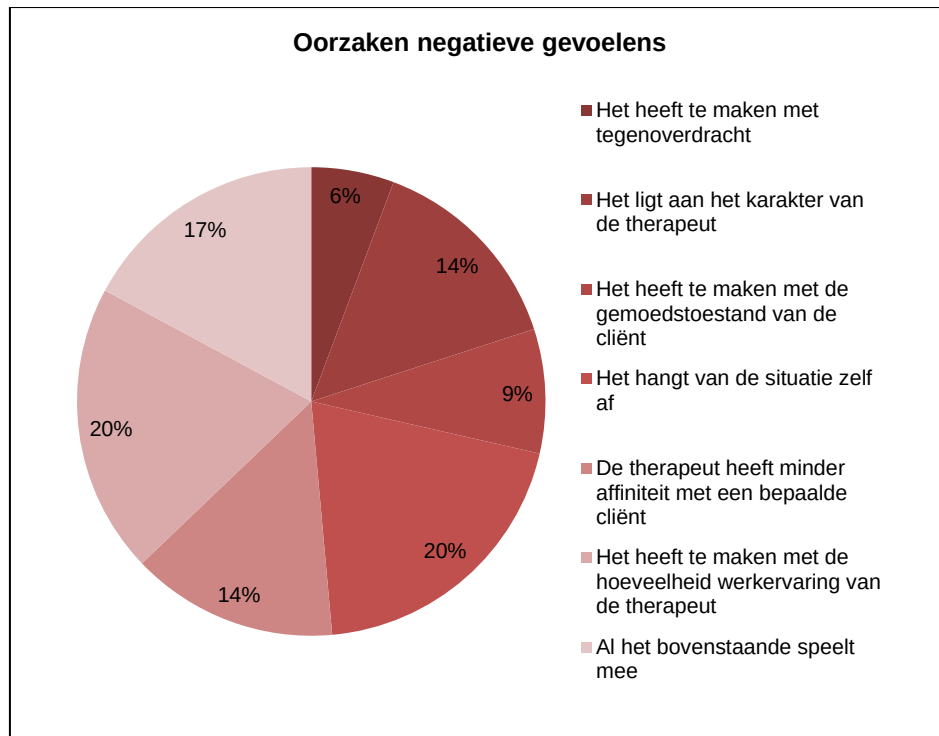
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	gebruik ik als niets heeft geholpen	9	32,1	50,0	50,0
	gebruik ik soms	8	28,6	44,4	94,4
	gebruik ik het meest	1	3,6	5,6	100,0
	Total	18	64,3	100,0	
Missing	888,00	2	3,6		
	999,00	8	28,6		
	Total	10	35,7		
Total		28	100,0		

Verbale interventies, waar 4 respondenten een eigen antwoord hebben geformuleerd, worden toegepast in de vorm van zingen of praten tegen de cliënt. Hier wordt ook weer de improvisatie in terug gezien en het cliënt centered werken doordat de therapeut de situatie van de cliënt bezingt en die accepteert of vertelt tegen de cliënt hoe de therapeut de cliënt ervaart.

Op de vraag of en welke interventies tegelijkertijd worden gebruikt, geeft 42,9% van de 20 respondenten (12 respondenten) aan dat ze muzikale en non-verbale interventies vaak tegelijkertijd gebruiken. De overige 8 respondenten, 28,6%, geven aan dat ze muzikale, non-verbale en verbale interventies tegelijkertijd gebruiken. Ook hier heb ik door middel van een open antwoordmogelijkheid gevraagd naar welke interventies tegelijkertijd gebruikt worden en op welke manier dat gebeurt. Van de open antwoordmogelijkheid hebben 14 respondenten gebruik gemaakt. Hieruit is op te maken dat de muzikale interventies die de therapeut toepast, ondersteund worden door non-verbale of verbale interventies. Dit komt voor in de vorm van zingen of het opzetten van een cd voor de cliënt, terwijl er lichamelijk contact gemaakt wordt (hand aanraken of met de handen meebewegen op het ritme van de muziek).

3.4 Oorzaken

In Figuur 3-2 wordt weergegeven waar volgens de respondenten de oorzaken voor negatieve gevoelens liggen. 7 respondenten vinden dat het ervaren van negatieve gevoelens af hangt van de situatie waarin therapeut en cliënt zich bevinden en 7 respondenten wijden het aan de hoeveelheid ervaring van de therapeut. 6 respondenten vinden dat alle genoemde antwoordmogelijkheden bij deze vraag meespelen als oorzaak voor negatieve gevoelens. In de bovenstaande resultatenbeschrijving is duidelijk te zien dat de oorzaak van negatieve gevoelens volgens de respondenten terug te vinden is bij de therapeut. Voornamelijk de hoeveelheid werkervaring lijkt hierin mee te spelen. Tevens zeggen 7 respondenten dat de oorzaak buiten de cliënt en de therapeut ligt, namelijk bij de situatie waarin cliënt en therapeut zich op dat moment bevinden.



Figuur 3-2 Wat is de oorzaak van negatieve gevoelens ervaren?

Door 8 respondenten is er een eigen antwoord geformuleerd. Daarin komt ook weer naar boven dat de oorzaak van negatieve gevoelens voornamelijk bij de therapeut ligt. 1 respondent vindt dat het te maken heeft met overdracht, waarbij de cliënt oude (kind)gevoelens overbrengt op de therapeut in plaats van andersom (de therapeut brengt oude (kind)gevoelens over op de cliënt). Daarnaast wordt er vaak de oorzaak van negatieve gevoelens gelegd bij de gemoedstoestand van de therapeut en zelfs de ontwikkeling als therapeut. Daarmee worden levensgebeurtenissen of de hoeveelheid werkervaring van de therapeut zelf bedoeld, met als beredening; als een therapeut in zijn eigen leven veel tegenslag of afwijzing kent dan zie je als therapeut de contactloosheid van de cliënt ook als een tegenslag of afwijzing. In principe is deze redenering terug te voeren naar het overdracht-tegenoverdracht principe, waarbij de cliënt geen reactie laat zien waardoor de therapeut zich afgewezen voelt of dit ziet als een tegenslag.

De laatste vraag van de enquête ging over wat de therapeut doet om de negatieve gevoelens te voorkomen of hanteerbaar te maken. 4 van de 20 repondenten gaven aan dat ze minfulness of een andere methode volgen, 2 respondenten treffen een goede voorbereiding voor een therapiesessie, 3 respondenten vertrouwen op hun werkervaring en 6 respondenten kunnen hun gedachten zo controleren dat contactloosheid niet persoonlijk wordt opgevat. Daarnaast zijn er een 7 tal respondenten die een eigen antwoord hebben geformuleerd, waarbij te zien is dat therapeuten over de negatieve gevoelens praten met collega's op de werkvloer of dat ze de situatie en de ziekte van de cliënt accepteren zodat ze steeds met een 'open blik' een nieuwe therapiesessie ingaan. Er zijn daarnaast nog twee respondenten die zichzelf beschermen voor burn-out verschijnselen door niet te veel verzonken-ik fase cliënten op één dag te plannen of een cliënt tijdelijk niet in te plannen voor muziektherapie.

4 Discussie

In dit hoofdstuk wordt kritisch teruggeblikt op het uitgevoerde onderzoek. Als eerste worden daarbij de hoofdvraag en bijbehorende deelvragen beantwoord, waarbij daarna opvallende resultaten beschreven worden. Daarna zullen de meerwaarde en de tekortkomingen van het onderzoek besproken worden en er zullen verklaringen en interpretaties van de verkregen resultaten volgen. De resultaten worden vervolgens geïntegreerd in een nieuw werkmodel waarbij het nieuwe en oude werkmodel vergeleken zullen worden. Tot slot volgen er aanbevelingen voor eventueel vervolgonderzoek.

4.1 Beantwoording vraagstelling

De hoofdvraagstelling ‘Ervaren muziektherapeuten negatieve gevoelens tijdens contactloze momenten met dementerende cliënten in de verzonken-ik fase en wat is de aard van die gevoelens?’ is volgens mij door het verrichten van dit onderzoek beantwoord. Waar ik van tevoren de verwachting had dat meerdere muziektherapeuten wellicht ook negatieve gevoelens ervaren tijdens contactloze momenten met de dementerende verzonken-ik fase cliënt, blijkt dit ook daadwerkelijk zo te zijn. Dit laten de resultaten onder andere ook zien. Niet alleen is voor mij het eerste deel van de hoofdvraagstelling hiermee beantwoord; ook heb ik een bevestiging gekregen van het feit dat ik niet de enige ben die negatieve gevoelens ervaart tijdens contactloze momenten met dementerende cliënten. Dat zorgt voor een geruststelling.

De deelvragen van het onderzoek kunnen ook beantwoord worden na het uitvoeren van dit onderzoek. De eerste deelvraag werd als volgt geformuleerd: ‘Hoe handelen muziektherapeuten als er contactloosheid optreedt of opgetreden is’? Om deze vraag te beantwoorden heb ik de respondenten specifiek om interventies, methoden, technieken en werkvormen gevraagd om meer inzicht te krijgen in de manier van handelen in het geval van contactloosheid. De opsomming van de gegeven antwoorden op deze vragen is vermeld onder kopje 3.3.1 t/m 3.3.3. De antwoorden zijn heel divers, doch is er duidelijk te zien dat veel respondenten gebruik maken van de stem (zingen, neuriën) en instrumenten zoals gitaar en klankschalen waardoor een bepaalde situatie of sfeer verklankt kan worden. De antwoorden die gegeven zijn, vormen voor mij een uitbreiding van de interventies, methoden, technieken en werkvormen die ik kan gebruiken in het muziektherapeutisch werken met de verzonken-ik fase cliënt. Deze uitbreiding is van groot belang voor de vernieuwing van mijn eigen werkmodel, waar ik later dieper op in zal gaan. De laatste deelvraag was ‘Wat zijn mogelijke oorzaken van de negatieve gevoelens’? Bij deze vraag in de enquête De meeste respondenten vinden dat het van de situatie afhankelijk is of de therapeut negatieve gevoelens ervaart of niet en ook vinden zij dat de hoeveelheid ervaring van de therapeut hierin meespeelt.

In bovenstaande tekst heb ik weergegeven of en hoe de vraagstelling van het onderzoek beantwoord is. Met de resultaten die uit het onderzoek gekomen zijn, ben ik heel erg tevreden. Alhoewel mijn enquête slechts 18 vragen bevatte, heb ik toch een breed en meer inzichtelijk beeld gekregen over het probleem, geformuleerd in de probleemstelling (hoofdstuk 1). De antwoorden die ik heb gekregen, met behulp van veel open vragen binnen de enquête, zijn concreet geformuleerd en hebben de informatie opgeleverd, die ik wilde verkrijgen met het onderzoek.

Er zijn een aantal opvallende punten te benoemen, die voortgekomen zijn uit de verkregen onderzoeksresultaten. Als eerste beweren de respondenten dat het aan de hoeveelheid werkervaring van de therapeut ligt of zij negatieve gevoelens ervaren tijdens contactloze momenten. Toch is dit in tegenstrijd met het gegeven dat respondenten die 10 of meer jaar werkervaring hebben nog steeds negatieve gevoelens ervaren, in grote of minder grote mate. Het is aannemelijk dat contactloosheid bij de cliënt een reactie oproept bij de therapeut, ook al heeft deze meer dan 10 jaar werkervaring. Daarbij zijn er natuurlijk factoren, zoals bijvoorbeeld de persoonlijke ontwikkeling van de therapeut, die er aan bijdragen in welke mate de therapeut negatieve gevoelens ervaart. Daarnaast komt de vraag op waarom muziektherapeuten aan zichzelf gaan twijfelen als er contactloosheid optreedt tussen de cliënt en de therapeut. Deze vraag kan beantwoord worden doordat therapeuten hoogstwaarschijnlijk twijfelen aan zichzelf in geval van contactloosheid en denken dat ze reacties of signalen van de cliënt niet hebben opgemerkt. Ook is het zo dat er bij contactloosheid een stilte kan optreden, die de therapeut wellicht als onprettig kan ervaren, waardoor de therapeut overhaast de stilte wil invullen of gedachten ontwikkeld die terugslaan op de therapeut (Doe ik het wel goed?, Heb ik reacties van de cliënt gemist?, Wat te doen?). Dit is terug te zien aan de resultaten die de oorzaken van negatieve gevoelens weergeven. De meeste oorzaken, volgens de respondenten, liggen namelijk

bij de therapeut. Daarbij komt bij mij de vraag op, of we als muziektherapeuten de contactloosheid bij dementerende cliënten wel genoeg accepteren. Het is immers een erkend fenomeen bij deze doelgroep. Bij voorwaardelijk accepteren van de cliënt, zou ook het accepteren van contactloosheid moeten horen. Tot slot hebben alle respondenten die meegewerkt hebben aan het onderzoek, een erkende opleiding creatieve therapie muziek gevolgd. Binnen deze opleiding wordt iedere student bekend gemaakt met de muziektherapeutische werkwijzen, methoden en technieken. Binnen mijn enquête heb ik een algemene vraagstelling toegepast, voor het geval dat respondenten geen officiële opleiding creatieve therapie gevolgd hebben. Het zou interessant zijn om te kijken of de uitkomsten specifiek zouden zijn geweest, als de vragen met betrekking tot muziektherapeutische werkwijzen, methoden en technieken ook specifiek gesteld waren.

4.2 Kritische terugblik

4.2.1 Meerwaarde

De meerwaarde van dit onderzoek is op de eerste plaats het onderzoeksonderwerp. Zoals al aangegeven in de probleemstelling is er wel veel literatuur over dementie en hoe je als hulpverlener met deze problematiek zou moeten omgaan, maar er staat nergens geschreven welke gevoelens en gedachten therapeuten kunnen ervaren in het omgaan met deze doelgroep en welke gevolgen dit heeft voor de therapeut-cliënt relatie. Door het uitvoeren van dit onderzoek is gebleken dat muziektherapeuten negatieve gevoelens ervaren tijdens contactloze momenten met dementerende cliënten in de verzonken-ik fase. Daarnaast denk ik dat deze uitkomst niet alleen voor muziektherapeuten van toepassing is, maar ook voor andere therapeuten werkzaam met een doelgroep waarbij contactloosheid voorkomt. Hierbij is te denken aan mensen met een autisme spectrum stoornis (in ernstige mate) en comapatiënten. Hierop zal ik later terugkomen in paragraaf 5.6. Naast het uitdiepen van de therapeut-rol binnen het werken met dementerende cliënten, is er ook een meerwaarde te vinden in het feit dat de therapeut-rol eens onder de loep is genomen. Zoals hierboven ook al even aangehaald, is er weinig tot geen literatuur te vinden over gevoelens die therapeuten kunnen ervaren in het werken met dementerende cliënten.

Er is ook een meerwaarde te vinden binnen de enquête. De enquête is een goede en effectieve manier gebleken om de resultaten te verkrijgen waar ik naar op zoek was. De vragenlijst bevatte in totaal 18 vragen waardoor het voor de respondent maar enkele minuutjes tijd kostte om de lijst in te vullen. Ook de opbouw en de vraagstelling was concreet en overzichtelijk. Doordat de vragen begrijpelijk en concreet gesteld waren, zijn ze door de respondenten op dezelfde manier geïnterpreteerd en ook, indien van toepassing, allemaal ingevuld. Hierdoor heb ik weinig missende antwoorden verkregen. Daarnaast heb ik er voor gekozen om veel open antwoordmogelijkheden te gebruiken. Van de 18 vragen zijn 9 vragen ingericht met een open antwoordmogelijkheid. 4 vragen zijn daarvan geheel open en de andere 5 vragen geven naast een aantal vaste antwoordmogelijkheden ook een antwoordmogelijkheid 'anders' waarbij ruimte was om een eigen antwoord te formuleren. Ik ben me ervan bewust geweest dat zoveel open antwoordmogelijkheden voor een kwantitatief onderzoek met gebruik van een vragenlijst erg veel is. Vooral voor de statistische analyse van de resultaten zijn open antwoordmogelijkheden niet gemakkelijk te verwerken.

De twee verschillende soorten antwoordmogelijkheden (vaste en open antwoordmogelijkheden) hebben er voor gezorgd dat ik verschillende antwoorden heb verkregen die uiteindelijk hetzelfde impliceren. Dit heeft een hoge interne validiteit binnen de enquête met zich meegebracht en dus ook een hogere betrouwbaarheid voor het gehele onderzoek. Een voorbeeld hiervan is bijvoorbeeld de vraag in de enquête over welke oorzaak de negatieve gevoelens hebben. Hier heb ik zelf een antwoordmogelijk gegeven die luidde: 'Negatieve gevoelens bij muziektherapeuten hebben te maken met tegenoverdracht, waarbij de therapeut oude kindgevoelens overdraagt op de cliënt'. Hiermee waren 2 respondenten het eens. Bij deze vraag had ik de respondent ook de ruimte gegeven om een eigen antwoord te formuleren. Hierbij was er een respondent die had geschreven dat als een therapeut in zijn eigen leven veel tegenslag of afwijzing kent, contactloosheid ook gezien wordt als afwijzing of tegenslag. Deze gevoelens projecteert de therapeut dan op de cliënt. In principe komt het eigen geformuleerde antwoord overeen met de vaste antwoordmogelijkheid die ik zelf gegeven had, omdat het allebei gaat om tegenoverdracht, waarbij de therapeut oude (kind)gevoelens overbrengt op de cliënt.

4.2.2 Tekortkomingen

Naast de meerwaarde kent het onderzoek zeker ook zijn tekortkomingen. Zoals in de meerwaarde beschreven heb ik een risico gelopen met de vele open antwoordmogelijkheden, wat een specifiek antwoord geeft op de vraagstelling. Toch kent die medaille ook zijn keerzijde. Door de vele open antwoordmogelijkheden was het moeilijker om de open antwoordmogelijkheden dan bij vaste antwoordmogelijkheden. Het categoriseren van de open antwoordmogelijkheden was af en toe erg lastig omdat sommige antwoorden heel specifiek geformuleerd waren en niet of nauwelijks overeen kwamen met andere antwoorden.

Met het versturen van de enquête per mail, ben ik wat onzorgvuldig geweest met wat er in de begeleidende e-mail geschreven stond. Zo heb ik wel inclusiecriteria opgesteld voor het onderzoek, maar deze heb ik niet in de e-mail of enquête vermeld. Dit heeft wellicht effect gehad op het aantal respondenten, omdat ze zich misschien afgevraagd hebben of ze wel mee konden doen aan het onderzoek maar dit nergens terug hebben kunnen lezen in de e-mail, de begeleidende brief of de enquête. Ik heb uiteindelijk twee e-mails ontvangen met de vraag of de respondent wel of niet kon deelnemen aan het onderzoek.

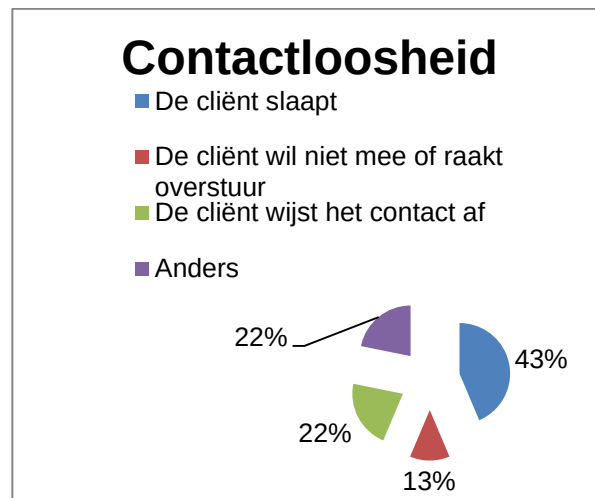
Daarnaast is er een matige respons gezien het aantal mensen waar ik een enquête naartoe heb gestuurd: van de 89 mensen hebben er uiteindelijk 28 gereageerd. De oorzaken voor het aantal respondenten zouden kunnen liggen in de enquêteverspreiding via de mail, het weglaten van de inclusiecriteria en het niet verder zoeken naar respondenten buiten de werkveldgroep. Hoewel ik nog steeds van mening ben dat enquêtes verspreiden via de post ook zijn nadelen kent, denk ik dat e-mails sneller weggeklikt worden en vervolgens vergeten worden. Dit kan ook bij mijn e-mail gebeurd zijn waardoor het respondenten aantal laag bleef. Daarnaast heb ik de contactpersoon van de werkveldgroep psychogeriatric benaderd en heb ik toestemming gevraagd voor het verspreiden van de enquête onder de leden. Ik heb echter niet verder gezocht naar mogelijke respondenten voor het onderzoek buiten de werkveldgroep, terwijl de onderzoekspopulatie voor mijn onderzoek toch vrij groot is omdat er vrij veel muziektherapeuten werken binnen de psychogeriatric

Nog een punt over de enquête is het ontbreken van een mogelijk zeer relevante vraag. Ik heb namelijk de vraag gesteld in de enquête of de respondent negatieve gevoelens ervaart. Als de respondent 'nee' invulde, dan waren de rest van de vragen niet meer van toepassing op de respondent en werd deze verzocht om de vragenlijst direct terug te sturen, zonder de vragenlijst verder in te vullen. Een belangrijke vraag, waardoor ik meer inzicht had kunnen krijgen in het wel of niet ervaren van negatieve gevoelens door andere muziektherapeuten, was de vraag waarom muziektherapeuten geen negatieve gevoelens ervaren en hoe dat dit komt. Daarnaast heb ik in de enquête gevraagd naar hoe muziektherapeuten handelen in het geval van contactloosheid. Hiervoor heb ik een open antwoordmogelijkheid gecreëert waar de respondenten de ruimte kregen om interventies aan de hand van methoden, technieken en werkvormen te beschrijven. Deze vraag ik had wat concreter kunnen maken door bij ieder soort interventie een aparte vraag te stellen, bijvoorbeeld 'Welke therapeutische technieken past u toe?' of 'Met welke methode werkt u het meest binnen de doelgroep dementie?'. Met deze wat specifiekere vragen had ik mogelijk ook concretere antwoorden ontvangen.

4.3 Verklaring en interpretatie van de data

Uit de resultaten van het onderzoek komt naar voren dat contactloosheid een erkent en veel voorkomend fenomeen is binnen het werken met dementerende cliënten. Dit is te zien in Figuur 4-1, waarbij alle 28 respondenten weergeven hoe contactloze momenten zich manifesteren bij dementerende cliënten in de verzonken-ik fase en dus indirect aangeven het fenomeen contactloosheid te erkennen. Deze erkende contactloosheid binnen de therapeut-cliënt relatie wordt in de literatuur nauwelijks of zelfs niet beschreven. De manieren waarop contactloosheid zich uit, zoals in de resultaten naar voren komt doordat de cliënt slaapt, niet mee wil, overstuurt raakt of het contact afwijst, komt echter wel naar voren in de literatuur. Blom & Reubsat (1999) beschrijven dit als probleemgedrag en beweren dat dit de meest belastende factor in de zorg is. Onder probleemgedrag wordt vooral agressiviteit en onrust verstaan. Dit probleemgedrag kan vertaald worden naar de situatie als de cliënt niet mee wil als hij/zij opgehaald wordt voor muziektherapie. Dit kan de cliënt laten merken door te schoppen of te slaan, maar ook door te schelden. Het is echter zo dat dementerende cliënten in de verzonken-ik fase vaak niet meer kunnen praten en slecht of niet mobiel zijn (Sander & Swails, 2011, p. 130). Het komt dus waarschijnlijk niet vaak voor dat een

verzonken-ik fase cliënt zal gaan schoppen of slaan. De resultaten tonen dit aan, doordat de cliënt contactloosheid laat zien door middel van niet reageren, apathisch gedrag vertonen of onbewogen zijn.



Figuur 4-1 Contactloosheid

Naast contactloosheid komt ook naar voren in de resultaten dat muziektherapeuten wel degelijk negatieve gevoelens ervaren tijdens contactloze momenten met de dementerende cliënt in de verzonken-ik fase. Van de 28 respondenten geven 20 respondenten aan soms of in meerdere mate negatieve gevoelens te ervaren. Dit is moeilijk te verklaren aan de hand van literatuur, omdat mijn ervaring is dat die specifieke literatuur over negatieve gevoelens bij muziektherapeuten er nog niet is. Wel is uit bovenstaand resultaat duidelijk te zien dat meer dan de helft, 75,5% om precies te zijn, van alle ondervraagden negatieve gevoelens ervaart. Hieruit concludeer ik dat er negatieve gevoelens ervaren worden onder de respondenten die betrokken waren in het onderzoek. Ook andere muziektherapeuten die werkzaam zijn met dementerende cliënten in de verzonken-ik fase, ervaren waarschijnlijk ook negatieve gevoelens. Daar kan ik slechts een 'verwachting' aan toevoegen en geen gegronde conclusie omdat daarvoor de steekproef die gebruikt is in het onderzoek, te klein is.

De negatieve gevoelens worden op verschillende manieren ervaren. De meeste respondenten weten in het geval contactloosheid niet meer wat ze moeten doen of ze hebben het gevoel dat ze falen. Machteloosheid, moe zijn en frustratie zijn ook gevoelens die genoemd worden. Deze vormen van negatieve gevoelens komen overeen met de gevoelens die ikzelf ervoer als er contactloosheid optrad tussen de cliënt en mezelf. Bij mij kwamen voornamelijk faalgevoelens naar boven, waardoor ik vervolgens niet meer wist wat te doen. Over de interventies die toegepast worden door muziektherapeuten in het geval van contactloosheid, is wel een verklaring te geven met behulp van literatuur. In onderstaand schema (Figuur 4-2) staan alle gegevens over de interventies nog eens op een rijtje.

Non-verbale interventies (39,3%)	Muzikale interventies (60,7%)	Verbale interventies (3,6%)
Lichamelijk contact maken (hand, arm, schouder, gezicht vastpakken of wrijven)	Stemgebruik (zingen, neuriën, herkenbare- of situatieliederen zingen)	Vertellen of praten tegen de cliënt
Oogcontact met de cliënt zoeken	Gitaarspel om liederen te ondersteunen of als ondersteuning van het stemgebruik	
Situatie accepteren waarin de cliënt zich bevindt (cliënt centered werken)	Klankstaven of klankschalen om een klankbad of sfeer te creëren.	
	Improvisatie (situatielied, meegaan in het ritme en de dynamiek die de cliënt laat zien in zijn beweging zoals ademhaling of het nabootsen van klanken die de cliënt maakt)	

Figuur 4-2 Interventies

De procenten achter iedere soort interventie laten zien welke interventies in de praktijk het meest gebruikt worden. Het zoeken naar lichamelijk contact bij een dementerende cliënt in de verzonken-ik fase, is in principe vrij logisch omdat een verzonken-ik fase cliënt terug gaat naar zijn kindertijd. Hij/zij is volledig afhankelijk van zorg, niet meer mobiel en vaak is de verbaliteit geheel verdwenen. Echter werken de zintuigen vaak nog goed. Een cliënt kan nog goed horen, voelen, zien en ruiken waardoor lichamelijk contact een prikkel kan zijn voor de cliënt. Dit geldt ook voor de muzikale interventies in algemene zin, het gehoor is vaak nog in goede staat, waardoor muziek een middel is dat een prikkel kan zijn voor de verzonken-ik fase cliënt. De interventies die beschreven zijn onder het kopje muzikale interventies in bovenstaande tabel, zijn veelgebruikte werkvormen en werkwijzen die bij dementerende cliënten ingezet worden. Het toezingen van de cliënt bijvoorbeeld is een middel dat wordt gebruikt bij ouderen die zichzelf verbaal niet meer kunnen uiten (Smeijster, 2006, p. 350). Het gebruik van situatieliederen kan de cliënt een gevoel van erkenning en acceptatie geven en past goed bij de 'cliënt centered' werkwijze die door verschillende respondenten genoemd werd. Cliënt centered wil zeggen dat hetgene wat de cliënt ervaart belangrijk is, niet de interpretatie van de deskundige. Deze term is afkomstig uit de rogeriaanse psychotherapie ontwikkeld door Rogers (Smeijsters, 2008, pp. 85-86).

Het gebruik van instrumenten zoals gitaar en klankschalen in combinatie met improvisatie is een goede manier om de cliënt zich gesteund te laten voelen in zijn situatie zoals die op dat moment is. Er worden geen eisen gesteld, maar het hier en nu wordt verklankt. Ook dit is een vorm waarmee het cliënt centered werken ingevuld kan worden, waarbij de therapeut de cliënt volledig in zijn waarde laat. Uit het bovenstaande kan geconcludeerd worden dat er bij dementerende cliënten in de verzonken-ik fase vaak gebruik gemaakt wordt van het cliënt centered werken met een focus op het 'hier en nu', waarbij acceptatie van de cliënt zijn situatie op dat moment centraal staat. Hieromheen wordt gewerkt met stemgebruik, gitaar, klankschalen en klankstaven om de situatie van de cliënt en de cliënt zelf te verklanken. Met de cliënt zelf, bedoel ik dat de therapeut bewegingen (ademhaling) of de gemoedstoestand van de cliënt op dat moment verklankt.

Als we kijken naar wat de respondenten gezegd hebben over de oorzaken van negatieve gevoelens, zien we dat de oorzaak voornamelijk bij de therapeut zelf ligt. Ook dit resultaat zal ik duidelijk maken aan de hand van een schema (zie Figuur 4-3).

Therapeut	Clïënt	Overige factoren
Tegenoverdracht 2	Gemoedstoestand cliënt 3	Het hangt van de situatie af 7
Karakter therapeut 5	Overdracht 1	Het ligt aan de scholing die de therapeut gehad heeft 1
Therapeut heeft minder affiniteit met cliënt 5		
Werkervaring therapeut 7		
Belasting therapeut 1		
Persoonlijke ontwikkeling van de therapeut 2		
Gemoedstoestand therapeut 3		

Figuur 4-3 Oorzaken negatieve gevoelens

De oorzaken zijn verdeeld over therapeut, cliënt en overige factoren. De vetgedrukte getallen achter iedere oorzaak geven de hoeveelheid respondenten aan die het eens waren met de beschreven oorzaak. Bij de vraag in de enquête mochten er meerdere antwoorden gegeven worden en ook de antwoorden geformuleerd door de respondenten zijn in bovenstaand schema opgenomen.

Uit het schema blijkt dat de meeste oorzaken van negatieve gevoelens liggen bij de therapeut. De hoeveelheid werkervaring van de therapeut is hierbij de belangrijkste oorzaak voor negatieve gevoelens volgens de respondenten. Daarnaast blijkt het karakter van de therapeut een grote rol te spelen. Niet alleen liggen oorzaken voor negatieve gevoelens bij de therapeut, maar ook bij de cliënt. Hierin wordt de gemoedstoestand van de cliënt als belangrijkste oorzaak gezien. Daarnaast zijn er in het schema oorzaken opgenomen die niet specifiek verbonden zijn aan de therapeut of de cliënt, maar die wel invloed hebben op de cliënt-therapeut relatie. De situatie is er daar een van. Zo beschrijft 1 respondent duidelijk hoe de situatie bij kan dragen aan negatieve gevoelens namelijk 'als een cliënt al veel heeft moeten doen op een dag en er heerst onrust op de afdeling, is het soms moeilijker om contact te leggen'. Dit zijn onvoorziene gebeurtenissen die het contact tussen cliënt en therapeut soms in de weg staan. Uit bovenstaand schema concludeer ik echter dat de therapeut meestal de oorzaak vormt voor het ervaren van negatieve gevoelens tijdens contactloze momenten met de dementerende cliënt. Het is moeilijk om deze conclusie te gronden door middel van literatuur, omdat deze (nog) ontbreekt. Mijn mening zegt dat de therapeut-rol al vast eens eerder onder de loep is genomen, maar niet voor muziektherapeuten met de doelgroep dementie.

De bovenstaande conclusie is waarschijnlijk van toepassing op meer muziektherapeuten die werkzaam zijn met dementerende cliënten in de verzonken-ik fase, maar zou een lage betrouwbaarheid opleveren als deze gegevens gegeneraliseerd zou worden. Hiervoor is de gebruikte steekproef van dit onderzoek te klein.

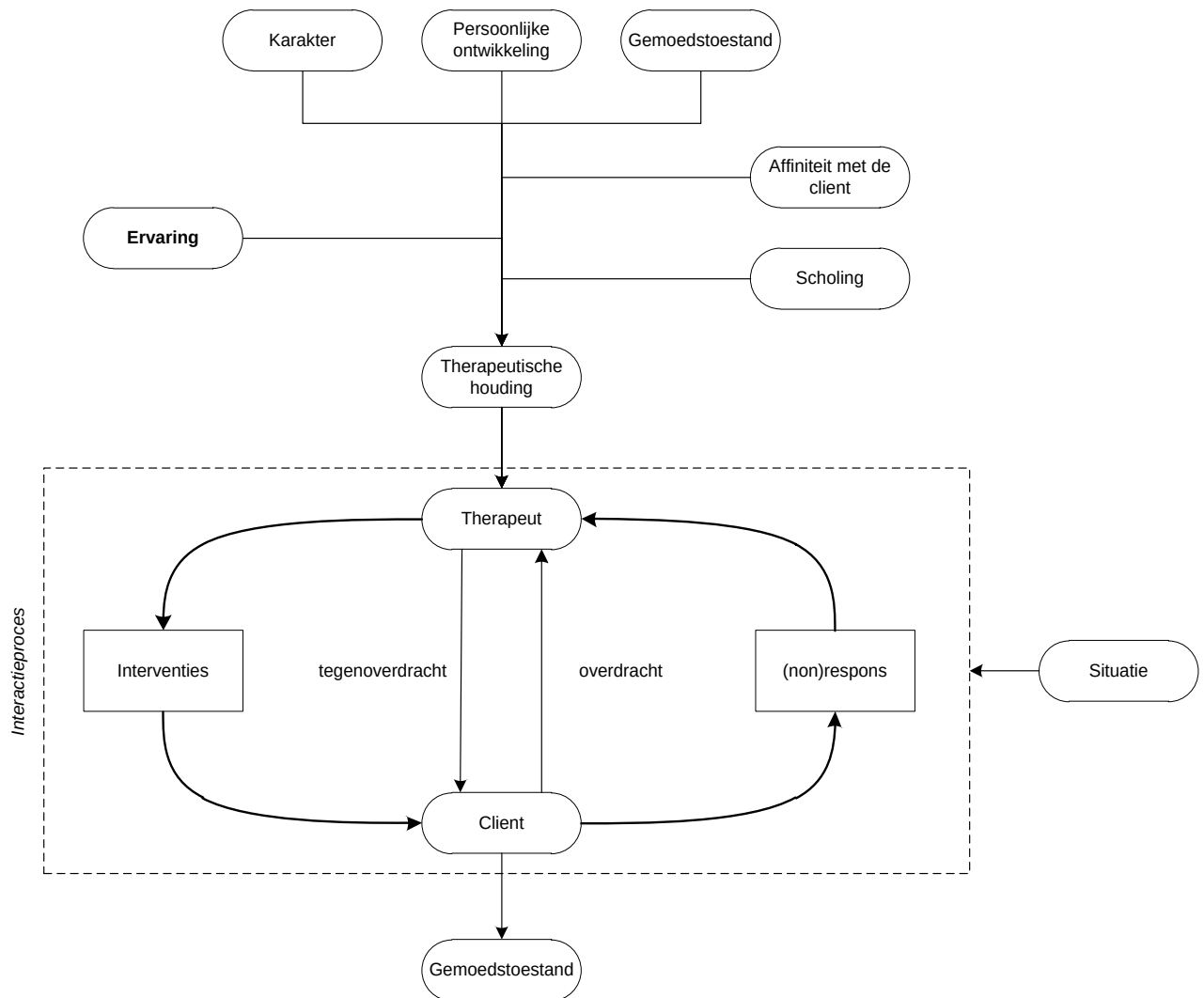
Tot slot heb ik de respondenten gevraagd naar wat zij doen om negatieve gevoelens hanteerbaar te maken of te voorkomen. Hieruit is op te maken dat de meeste respondenten hun gedachten zo proberen te controleren of te hanteren dat zij contactloosheid niet persoonlijk opvatten, waardoor zij niet zo snel negatieve gevoelens zullen ervaren. Daarnaast blijkt dat reflectie door de therapeut over zijn eigen handelen en praten over ervaringen met collega's, een veel gebruikte manier is om met negatieve gevoelens om te gaan. Uit bovenstaande kan ik opmaken dat de therapeut zijn eigen handelen met de doelgroep dementerenden steeds moet onderwerpen aan reflectie, steeds bereid moet zijn om te leren van de ervaringen die hij/zij op doet en het handelen steeds moet aanpassen naar manieren die het beste aansluiten bij de cliënt.

4.4 Integratie in nieuw werkmodel

Door het verkrijgen van de onderzoeksresultaten heb ik nieuwe inzichten gekregen in het muziektherapeutisch werken als therapeut met de dementerende cliënt in de verzonken-ik fase. Deze inzichten zijn voornamelijk gericht op factoren en eigenschappen die van invloed zijn op de therapeut, de cliënt en het interactieproces tussen beide. Zie het vernieuwde werkmodel op de volgende pagina (Figuur 4-4). Het vernieuwde werkmodel en mijn visie daarop zal ik nader toelichten aan de hand van een beschrijving over de therapeut, de cliënt en het interactieproces.

1.1.1 Therapeut

In het vernieuwde werkmodel is te zien dat er bij de therapeut een aantal factoren toegevoegd zijn. Deze factoren zijn voortgekomen uit de genoemde oorzaken van negatieve gevoelens volgens de respondenten. De factoren hebben invloed op de therapeutische houding en uiteindelijk dus ook op de therapeut en het interactieproces met de cliënt. Per factor zal ik een korte beschrijving geven van hoe die factor invloed heeft op de therapeut, cliënt of de therapiesessie. Als eerste de factor karakter. Als de therapeut ongeduldig van aard is, zal dit waarschijnlijk problemen opleveren in het werk met de doelgroep dementie. Geduld is vereist omdat dementerende cliënten trager van begrip zijn en zelfs de wereld om hen heen en zichzelf op den duur niet goed meer begrijpen. Dan de factor persoonlijke ontwikkeling. Als de therapeut veel tegenslag kent in zijn leven, dan wordt contactloosheid door deze therapeut waarschijnlijk eerder persoonlijk opgevat dan een therapeut die deze tegenslagen niet kent in zijn leven. De gemoedstoestand van de therapeut speelt ook mee. Zit de therapeut slecht in zijn vel, dan zullen negatieve gevoelens eerder ervaren worden dan wanneer de therapeut in 'topvorm' is en zich prettig voelt. Vervolgens de affiniteit met de cliënt. Deze factor is volgens mijn mening altijd aanwezig binnen een therapiesetting. Je kunt meer of minder affiniteit hebben met een bepaalde cliënt. Dit zie ik net zo als dat sommige mensen je beste vrienden zijn en andere niet. Vanuit je eigen karakter en persoonlijkheid, kies je mensen uit die daar bij aan sluiten op een bepaalde manier. Bij het werken met cliënten kun je echter niet 'kiezen', en is het de taak als therapeut om aan deze cliënten hulp aan te bieden. Scholing is



Figuur 4-4 Het vernieuwde werkmodel

volgens respondenten een factor die geen grote oorzaak vormt voor het ervaren van negatieve gevoelens, maar kan de therapeut wel beïnvloeden. Binnen de opleiding tot muziektherapeut worden de studenten voor een groot gedeelte theoretisch opgeleid en in mindere mate verwerven zij praktische kennis. Als er dan zoiets als contactloosheid optreedt bij de dementerende cliënt, kun je als therapeut niet altijd teruggrijpen naar praktische kennis die je hebt opgedaan, specifiek met betrekking tot de doelgroep dementie. Tot slot de factor ervaring, Ervaring is een belangrijke factor binnen het vernieuwde werkmodel, vandaar dat dit woord in het schema vetgedrukt is weergegeven. Volgens de respondenten is een van de belangrijkste oorzaken van het ervaren van negatieve gevoelens de hoeveelheid werkervaring. Daarbij gaan ze uit van de stelling: hoe meer werkervaring, hoe beter je weet op welke manier te handelen of om te gaan met een bepaalde situatie. Ervaring is een factor die je moet opbouwen in de praktijk en daarmee verschilt deze factor ook met de andere factoren die ik in de bovenstaande tekst heb besproken.

4.4.1 Cliënt

Waar ik in het oorspronkelijke model alleen de cliënt benoemd heb, heb ik in het vernieuwde model de cliënt beschreven met bijbehorende factor. De cliënt zijn gemoedstoestand speelt namelijk ook mee in het wel of niet optreden van contactloosheid of het ervaren van negatieve gevoelens door de therapeut. Als de cliënt ziek is, moe is door veel indrukken op een dag of erg onrustig wordt aangetroffen door de therapeut, heeft dit invloed op de interactie tussen cliënt en therapeut. Als de cliënt moe is en in een diepe slaap verkeerd, wordt er hoogstwaarschijnlijk geen reactie

waargenomen door de therapeut wat vervolgens weer kan leiden tot negatieve gevoelens bij de therapeut.

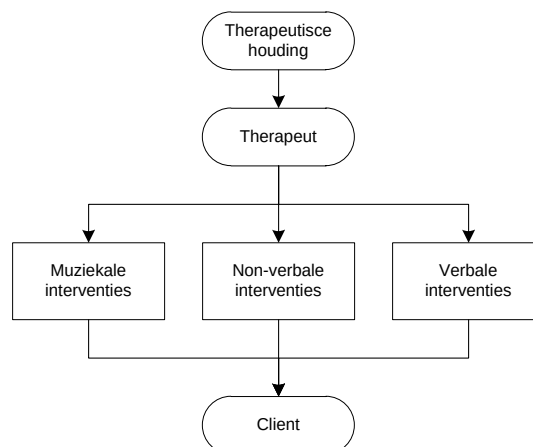
4.4.2 Interactieproces

Tot slot het interactieproces. Deze loopt, zoals te zien is in het schema, in een cirkel. Van therapeut via interventies naar de cliënt, en van de cliënt via respons of non-respons weer terug naar de therapeut. Het is niet per definitie zo dat de therapeut altijd het initiatief neemt tot contactname, dit kan natuurlijk ook gedaan worden door de cliënt. De beschreven interactie van de cliënt via non-respons naar de therapeut, zie ik ook als contact. Het niet reageren van de cliënt is een signaal of een boodschap die ontvangen wordt door de therapeut, dus is er communicatie en dus interactie waarbij therapeut en cliënt op elkaar reageren. Reageert de cliënt niet, dan probeert de therapeut andere interventies toe te passen etc. Daarnaast is er een belangrijke wisselwerking tussen de cliënt en de therapeut en andersom, namelijk het eerder beschreven overdracht- en tegenoverdracht principe. Zoals ook in de resultaten naar voren is gekomen, treedt er tegenoverdracht, maar ook overdracht op tussen de therapeut en cliënt. Tegenoverdracht (de therapeut brengt oude (kind)gevoelens over op de cliënt) vindt plaats als bijvoorbeeld de therapeut gedurende zijn ontwikkeling veel te maken heeft gekregen met afwijzing. Deze zal contactloosheid of het niet reageren van de cliënt kunnen ervaren als afwijzing en dit gevoel kan de therapeut dan overbrengen op de cliënt. Andersom is er ook overdracht aanwezig, waarbij de cliënt oude (kind)gevoelens overbrengt op de therapeut, wat kan plaatsvinden doordat het gevoel van de cliënt zoals moeheid of onmacht door de cliënt gevoeld wordt. Dit is een verrassend resultaat omdat ik zelf de verwachting had dat alleen tegenoverdracht een grote rol zou spelen en overdracht niet.

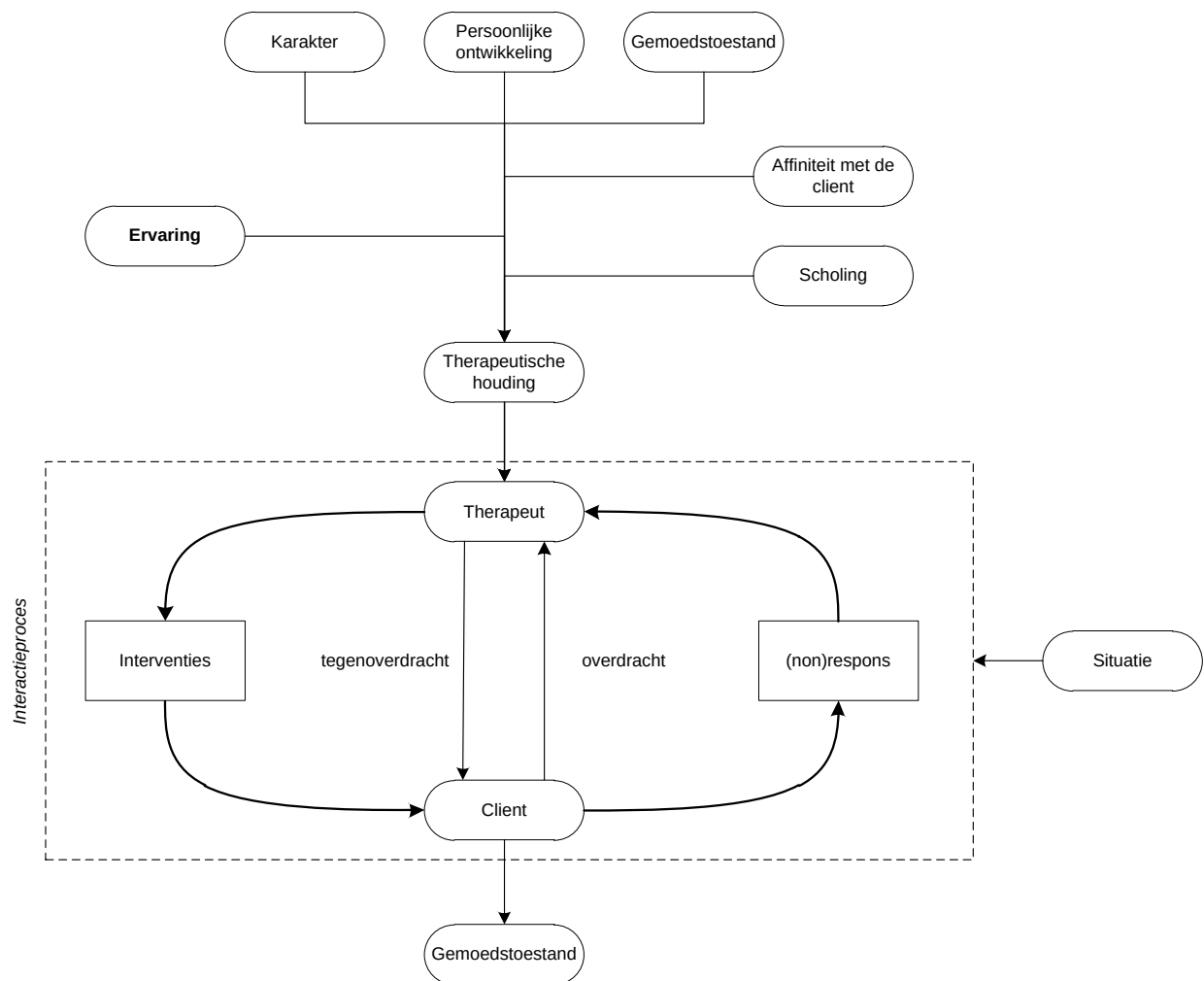
Rondom het gehele interactieproces is een stippellijn getrokken in het schema. Deze stippellijn geeft de 'situatie' aan. De situatie is een factor die niet alleen bij de therapeut hoort, maar ook niet alleen bij de cliënt. Echter heeft de factor 'situatie' wel veel invloed op de interactie tussen therapeut en cliënt. Onder situatie kunnen onvoldoende randvoorwaarden verstaan worden, zoals de locatie waar de therapie plaatsvindt. Als de therapeut noodgedwongen in de huiskamer muziektherapie aan de cliënt moet aanbieden in plaats van op diens kamer, dan kunnen mede bewoners zorgen voor overlast of storen tijdens de therapie. Hierdoor wordt het moeilijker of soms gemakkelijker om contact te krijgen met de cliënt.

4.5 Vergelijking nieuw en oud werkmodel

Om het nieuwe en oude werkmodel met elkaar te vergelijken, zijn de twee werkmodellen nog eens weergegeven (zie Figuur 5-5 en Figuur 5-6).



Figuur 5.5 oorspronkelijk werkmodel



Figuur 5.6 vernieuwde werkmodel

Duidelijk is te zien dat de resultaten, verworven door middel van dit onderzoek, hebben bijgedragen tot een flinke uitbreiding van het oorspronkelijke werkmodel. Te zien in de beide figuren is dat ik in het oude werkmodel de therapeutische houding helemaal bovenaan heb gezet. In het vernieuwde werkmodel zijn nu zes factoren toegevoegd, die de basis vormen voor de therapeutische houding. Daarnaast is er ook een factor (gemoedstoestand) bij de cliënt toegevoegd en de belangrijkste verandering is de wisselwerking tussen de therapeut en de cliënt. Waar ik in het oude werkmodel alleen de communicatie van de therapeut naar de cliënt heb beschreven, heb ik in het vernieuwde werkmodel de communicatie van cliënt naar therapeut ook beschreven. Duidelijk is te zien dat er nu een interactieproces te zien is, wat bij het oude werkmodel ontbrak. Daarnaast heeft dit onderzoek voor bevestiging gezorgd wat betreft de theorie 'overdracht tegenoverdracht' beschreven in paragraaf 1.4.1. Deze theorie, die in de praktijk erkend wordt tijdens het werken met dementerende cliënten in de verzonken-ik fase, heb ik in het vernieuwde werkmodel verwerkt door lijnen te trekken van therapeut naar cliënt (tegenoverdracht) en van cliënt naar therapeut (overdracht). Daarnaast heb ik ook het gegeven '(non)respons' toegevoegd, omdat dit het interactieproces tussen de therapeut en de cliënt weergeeft. Het geven van respons of non-respons is de reactie vanuit de cliënt naar de therapeut, welke het interactieproces instant houden. Daarnaast zorgt de non-respons voor negatieve gevoelens bij muziektherapeuten, waardoor deze factor niet mocht ontbreken in het vernieuwde werkmodel. Tot slot de interventies. De interventies zijn niet veel veranderd tegenover de beschreven interventies (paragraaf 1.3) die ik zelf toepaste in het werken met de doelgroep. De resultaten hebben echter wel gezorgd voor een bevestiging van een aantal interventies, die over het algemeen veel gebruikt worden bij dementerende cliënten. Voorbeelden hiervan zijn bijvoorbeeld het gebruik van situatieliederen, lichamelijk contact maken met de cliënt en het werken in het 'hier en nu' waarbij acceptatie van de cliënt centraal staat.

Zelf heb ik ten eerste veel meer inzicht in de rol van therapeut gekregen. In het oorspronkelijke werkmodel is te zien dat ik alleen mijn therapeutische houding heb beschreven, terwijl er veel meer factoren zijn, die uiteindelijk de therapeutische houding vormen. Alvorens ik het onderzoek uitvoerde, vroeg ik me af of mijn onderzoeksvraagstelling niet irrelevant zou zijn om te onderzoeken. Mijn gedachte was namelijk dat wanneer je (levens)ervaring opbouwt, je beter kunt omgaan met negatieve gevoelens als therapeut zijnde en je ook sneller weet hoe je moet handelen tijdens contactloze momenten met de verzonken-ik fase cliënt. Uit de resultaten van dit onderzoek blijkt ook dat ervaring een belangrijke factor is met betrekking tot het ervaren van negatieve gevoelens, maar het blijft niet alleen bij die factor. Ik vroeg me ook af, voordat ik aan het onderzoek begon, hoe het nu precies zit met je eigen persoonlijkheid en de therapeut rol. Zoals ik dat eerder in dit verslag beschreef als 'je persoonlijkheid even uitzetten en de rol van therapeut innemen', heb ik door dit onderzoek meer inzicht gekregen in hoe de samenwerking van jezelf en 'de therapeut' werkt. Je eigen karakter en je eigen persoonlijke ontwikkeling neem je mee in je werk als muziektherapeut. De rol 'jezelf' en de 'therapeut rol' kunnen niet los van elkaar gezien worden, maar hier en daar denk ik dat je af en toe moet schaven aan jezelf om het therapeutisch werk beter te maken. In het werken met de doelgroep dementie, gericht op het vernieuwde werkmodel, zou ik zelf collega's opzoeken om ervaringen in de praktijk te bespreken en om andere hun mening over bepaalde onderwerpen te horen. Ik denk dat het overleggen en samen reflecteren met collega's een adequate manier is om 'up to date' blijven in je eigen werk. Als er geen collega muziektherapeuten zouden zijn om mee te praten, dan zou ik een intervisiegroep opzoeken. De factor ervaring, die erg belangrijk blijkt te zijn in het werken met dementerende cliënten in de verzonken-ik fase, is een lastige factor. Als ik straks als muziektherapeut aan de slag ga, heb ik op de derdejaars stage na, geen enkele ervaring. Ik denk dat, voor het opdoen van ervaring, veel tijd komt kijken maar ook motivatie en leergierigheid. Me aansluiten bij een intervisiegroep en regelmatig studiedagen etc. bezoeken en met collega's mijn werk overleggen, draagt zeker bij aan het op doen van ervaring.

4.6 Aanbevelingen

Er zijn enkele aanbevelingen die ik kan formuleren voor eventueel vervolgonderzoek. In paragraaf 5.2.2. heb ik beschreven dat ik een mogelijk relevante vraag niet in de vragenlijst heb opgenomen. Ik heb namelijk gevraagd aan de respondenten of zij negatieve gevoelens ervaren, en als het antwoord 'nee' was, werden de respondenten verzocht om de vragenlijst niet verder in te vullen en meteen terug te sturen. De vraag die relevant had kunnen zijn is de vraag waarom die respondenten geen negatieve gevoelens ervaren. Het is interessant om te weten te komen waar dat aan ligt, hebben die respondenten bijvoorbeeld veel werkervaring of ligt het aan een goede gemoedstoestand? Deze vraag zou, met een vaste antwoordmogelijkheid, vrij beperkt blijven. Hiervoor zou een kwalitatief onderzoek, dus een onderzoek gericht op wát er leeft onder een doelgroep en waarom, een goede methode zijn (www.righthmarktonderzoek.nl). Door middel van een kwalitatief onderzoek zouden concrete antwoorden verkregen kunnen worden voor het waarom sommige muziektherapeuten wél negatieve gevoelens ervaren tijdens contactloze momenten met de dementerende cliënten in de verzonken-ik fase, en waarom sommige muziektherapeuten geen negatieve gevoelens ervaren met deze doelgroep. Dit zou relevant zijn als aanvulling van dit onderzoek, omdat door dit verrichte onderzoek wel naar voren is gekomen waarom muziektherapeuten negatieve gevoelens ervaren, maar de informatie waarom er geen negatieve gevoelens ervaren worden ontbreekt.

Naast de relevante aanvulling door middel van een kwalitatief onderzoek, heb ik nog een aanbeveling voor de scholing. Met scholing bedoel ik voornamelijk de opleiding Creatieve Therapie Muziek. Binnen de opleiding wordt er door middel van simulatie tussen studenten een therapiesetting nagebootst, met verschillende doelgroepen. Naast dat ik de simulatie een goede methode vind, ontbreekt voor mij ervaring met doelgroepen waarbij contactloosheid optreedt zoals bij dementerenden, cliënten met een autisme spectrum stoornis (in ernstige mate) en comapatiënten. Mijn mening is dat een muziektherapeut bij deze doelgroepen vaak ingezet wordt, door de kracht van het medium muziek. De overige media (dans & beweging, drama en beeldend) worden bij deze doelgroepen minder vaak ingezet dan muziektherapeuten. Toen ik begon aan mijn stagejaar begon ik flink aan mezelf te twijfelen als toekomstig muziektherapeut, omdat het ervaren van non-respons of contactloosheid veel met me gedaan heeft. Hier had ik tijdens de scholing nog niet veel mee te maken gehad, buiten het feit dat een opleiding natuurlijk niet alles voor kan schotelen van wat je in de praktijk tegen kunt komen. Ik zou wel wat meer stof over contactloosheid of non-respons aanbieden aan studenten, omdat juist muziektherapeuten vaak met deze doelgroepen te maken krijgen. En zoals ik zelf heb ervaren, doet non-respons veel met je als mens en dus met jou als therapeut.

5 Samenvatting

Als stagiaire muziektherapie, kwam ik ruim een jaar geleden in aanraking met de doelgroep dementie. Dementerende mensen verliezen in een lijdend ziekteproces de grip op hun leven, de wereld om hen heen en uiteindelijk ook op zichzelf. Voornamelijk de laatste fase van het ziekteproces, de verzonken-ik fase, heeft een diepe indruk achtergelaten. In deze laatste fase zijn dementerende mensen geheel afhankelijk van de zorg en lijken ze, zoals ‘verzonken-ik’ al aangeeft, verzonken in een andere wereld. Hierdoor treedt er vaak contactloosheid op, waarbij er geen contact lijkt te zijn. Bij mij hebben deze contactloze momenten veel losgemaakt in de vorm van faalgevoelens en onzekerheid over mijn eigen handelen. Binnen de probleemstelling van dit onderzoek, heb ik me dan ook afgevraagd of andere muziektherapeuten ook faalgevoelens, onzekerheid of andere negatieve gevoelens ervoeren als er contactloosheid optrad tussen hen en de cliënt in de verzonken-ik fase van dementie. Daarnaast vroeg ik me af hoe muziektherapeuten met deze gevoelens omgingen en wat de oorzaken van negatieve gevoelens zijn.

Om antwoord te krijgen op de vraagstelling heb ik gebruik gemaakt van een inventariserend onderzoek, waarmee ik als doel had om negatieve gevoelens bij muziektherapeuten in beeld te brengen. Het onderzoek is verricht aan de hand van een kwantitatieve onderzoeksmethode, waarbij ik door middel van een enquête 89 respondenten heb ondervraagd die allen voldeden aan een aantal criteria.

De resultaten heb ik geformuleerd zoals dit bij kwantitatief onderzoek van toepassing is. Er zijn verrassende resultaten uit het onderzoek gekomen waaruit te concluderen is dat de meerderheid van de ondervraagde muziektherapeuten daadwerkelijk negatieve gevoelens ervaart als er contactloosheid optreedt tussen therapeut en cliënt. Daarnaast is er een beter en inzichtelijker beeld geschept over welke specifieke interventies, verdeeld onder muzikale, non-verbale en verbale interventies, toegepast worden door muziektherapeuten op het moment dat er contactloosheid optreedt of opgetreden is. Daaruit is te concluderen dat er voornamelijk interventies worden toegepast die een beroep doen op het werken in het ‘hier en nu’ en dat het voorwaardelijk accepteren van de cliënt (cliënt centered) een belangrijk aspect is binnen het muziektherapeutisch werken met dementerende cliënten in de verzonken-ik fase. Tot slot is duidelijk geworden welke oorzaken er zijn voor het ervaren van negatieve gevoelens door muziektherapeuten. De hoeveelheid werkervaring lijkt hierin de grootste oorzaak zijn, samen met de situatie waarin therapeut en cliënt zich op dat moment bevinden.

Literatuuropgave

- Baarda, D.B., & De Goede, M.P.M. (2006). Basisboek Methoden en Technieken. Handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwantitatief onderzoek. Houten: Wolters-Noordhoff Groningen.
- Baarda, D.B., De Goede, M.P.M., & Kalmijn, M. (2007). Basisboek Enquêteren. Handleiding voor het maken van een vragenlijst en het voorbereiden en afnemen van enquêtes. Houten: Wolters-Noordhoff Groningen.
- Baarda, D.B., De Goede, M.P.M., & Van Dijkum, C.J. (2007). Basisboek Statistiek met SPSS. Handleiding voor het verwerken en analyseren van en rapporteren over (onderzoeks)gegevens. Houten: Wolters-Noordhoff Groningen.
- Blom, M. & Reubse, R. (1999). Leven met dementie. Hilversum: Teleac/NOT
- Bruscia, K.E. (1987). Improvisational models of music therapy. Springfield: C.C. Thomas Publisher
- Egan, G. (2007). Deskundig hulpverleners. Een model, methoden en vaardigheden. Assen: Van Gorcum
- Migchelbrink, F. (2007). Praktijkgericht onderzoek in zorg en welzijn. Amsterdam: uitgeverij SPW
- Muthesius, D., Sonntag, J., Warme, B., & Falk, M. (2010). Musiktherapie für Menschen mit Demenz. Musik, Demenz, Begegnung. Saarbrücken: Prisma-Verlagsdruckerei.
- Smeijsters, H. (2006). Handboek Muziektherapie. Evidence based practice voor de behandeling van psychische stoornissen, problemen en beperkingen. Houten, Nederland: Bohn Stafleu van Loghum.
- Smeijsters, H. (2008). Handboek Creatieve Therapie. Bussum, Nederland: Uitgeverij Coutinho
- Verdult, R. (2003). De pijn van dement zijn. De belevingsgerichte aanpak van probleemgedrag. Baarn: HB uitgeverij.
- Van Delft, F. (2009). Overdracht en Tegenoverdracht. Een therapeutisch fenomeen vertaald naar alledaagse psychosociale begeleiding. Barneveld: Uitgeverij Nelissen.
- Van 't Land, H., Schoenmaker, C., & De Ruiter, C. (2008) Trimbos Zakboek. Psychische stoornissen. Utrecht: De Tijdstroom.
- Vinke, H., Flens, C., & Kollaard, S. (2007). Zorgboek dementie. Meppel: Giethoorn Media Groep.

Wetenschappelijke artikels

- Sanders, s., & Swails, P. (2011). A Quest for Meaning: Hospice Social Workers and Patients with End-Stage Dementia. *Social Work*, 56 (2), 129-140.

Ongepubliceerde bronnen:

- Smeijsters, H. (1992). Muziektherapie bij Alzheimerpatiënten. Hogeschool Nijmegen: (ongepubliceerde bron).

Digitale bronnen

- Alzheimer. (n.d.). *De ziekte van Alzheimer*. Geraadpleegd op 18 mei 2012 op het World Wide Web: <http://www.alzheimer.nl/alzheimerinhetkort.html?gclid=CMjO6P7dibACFaYJtAodGEEIPQ>
- Encie. (n.d.). *Interventie*. Geraadpleegd op 21 mei 2012 op het World Wide Web: <http://www.encie.nl/definitie/Interventie>.
- Online Encyclopedie (n.d.). *Psychogeriatric*. Geraadpleegd op 3 mei 2012 op het World Wide Web: <http://www.encyclo.nl/begrip/psychogeriatric>
- Right Marktonderzoek (n.d.). *Kwalitatief Onderzoek*. Geraadpleegd op 17 mei 2012 op het World Wide Web: <http://www.rightmarktonderzoek.nl/methoden-onderzoek/kwalitatief-onderzoek>

Bijlagen

Bijlage 1 Observatieschema (non)-verbale interventies

OBSERVATIESCHEMA (NON-)VERBALE INTERVENTIES

1. Wat voor een houding neem ik aan ten opzichte van de cliënt?
 - Afwachtende, onzekere houding
 - Betrokken houding
 - Anders, n.l.:
2. Zijn mijn verbale en non-verbale interventies met elkaar in verhouding, of doe ik meer verbaal/non-verbaal?
 - Ik gebruik meer non-verbale interventies
 - Ik gebruik meer verbale interventies
3. Op welke manieren probeer ik contact te maken met de cliënt?
 - Ik zoek contact door non-verbale interventies te gebruiken
 - Ik zoek contact door verbale interventies te gebruiken
 - Ik gebruik non-verbale en verbale interventies om contact te krijgen
4. Hoe probeer ik contact met de cliënt verbaal te onderhouden?
 - Ik vraag veel aan de cliënt
 - Ik nodig de cliënt verbaal uit
 - Ik herhaal wat de cliënt zegt
5. Welke muzikale technieken gebruik ik voornamelijk om contact te maken en te onderhouden met de cliënt?
 - Imiteren
 - Spiegelen
 - Ritmische of tonale ondersteuning/kader bieden
 - Anders, n.l.:
6. Hoe is mijn positie in de ruimte?
 - Ik sta dichtbij de cliënt(en), ze kunnen mij zien en volgen wat ik vertel
 - Ik sta ver weg van de cliënt(en), ze kunnen mij lastig zien moeilijk volgen wat ik vertel
7. Heb ik de randvoorwaarden goed in orde, wat kan er verbeterd worden?
 - Ja
 - Nee
 - Opmerking:
8. Hoe zit ik er zelf bij in het muzikale spel?
 - Ik ben expressief in mijn muzikale spel, wat de cliënt uitnodigt om mee te spelen
 - Ik heb een gesloten houding, waardoor ik mijzelf buiten het muzikale spel plaats
 - Anders, n.l.:

Overige opmerkingen:

Bijlage 2 Enquête

Enquête

Algemeen

1. Wat is uw geslacht?

Man

Vrouw

2. Wat is uw leeftijd?

3. Aan welke hogeschool heeft u een opleiding (creatieve therapie) gevolgd?

- ☐ Hogeschool van Arnhem en Nijmegen (HAN)
- ☐ Stenden Hogeschool Leeuwarden
- ☐ Hogeschool Zuyd Heerlen
- ☐ Conservatorium ArtEz Enschede
- ☐ Anders, n.l.:

4. Hoeveel jaar werkervaring heeft u binnen het werken met dementerende cliënten in de verzonken-ik fase van dementie?

- ☐ 0-5 jaar
- ☐ 6-10 jaar
- ☐ 11-15 jaar
- ☐ 16 jaar of mee

Contactloosheid

Contactloosheid is een veelvoorkomend fenomeen dat voorkomt tussen muziektherapeut en de dementerende cliënt. Met contactloosheid wordt in deze enquête het ontbreken van verbinding en feeling met de dementerende cliënt bedoeld.

5. Hoe manifesteren zich volgens u contactloze momenten bij de dementerende cliënt in de verzonken-ik fase? (meerdere antwoorden mogelijk).

- ☐ De cliënt slaapt
- ☐ De cliënt wil niet mee of raakt overstuur als u hem/haar uitnodigt of bezoekt voor muziektherapie
- ☐ De cliënt wijst het contact af en laat dat door middel van een duidelijke reactie zien (b.v.: schoppen, gillen, blik afwenden)
- ☐ Anders, n.l.:

6. Vat u contactloze momenten tussen de cliënt en uzelf wel eens persoonlijk op?

- ☐ Ja
- ☐ Nee
- ☐ Soms

Negatieve gevoelens

7. Ervaart u wel eens negatieve gevoelens (b.v.: faalgevoelens, irritatie, boosheid) als er contactloosheid optreedt tussen de cliënt en uzelf?

(Let op: indien u 'nee' invult, bent u klaar met het invullen van de vragenlijst. Druk op de button 'versturen' aan het einde van deze enquête)

- ☐ Ja
- ☐ Nee
- ☐ Soms

8. Geef antwoord op de volgende vraagstelling (meerdere antwoorden mogelijk).

Als er contactloosheid optreedt tussen de cliënt en mezelf dan:

- ☐ Weet ik niet meer wat ik moet doen

- ☐ Raak ik geïrriteerd
- ☐ Word ik boos
- ☐ Heb ik het gevoel dat ik faal
- ☐ Voel ik me afgewezen
- ☐ Anders, n.l.:

9. Geef met behulp van een cijfer aan welke interventies u gebruikt in het geval van contactloosheid.

3 = gebruik ik het meest

2 = gebruik ik soms

1 = gebruik ik als niets heeft geholpen

Non-verbale interventies _____

Muzikale interventies _____

Verbale interventies _____

10. Indien u bij vraag 9 heeft ingevuld dat u non-verbale interventies het meest gebruikt, beschrijf dan kort hoe u die interventies toepast (b.v.: methoden, technieken, werkvormen)

11. Indien u bij vraag 9 heeft ingevuld dat u muzikale interventies het meest gebruikt, beschrijf dan kort hoe u die interventies toepast (b.v.: methoden, technieken, werkvormen)

12. Indien u bij vraag 9 heeft ingevuld dat u verbale interventies het meest gebruikt, beschrijf dan kort hoe u die interventies toepast (b.v.: methoden, technieken, werkvormen)

13. Welke interventies gebruikt u vaak tegelijkertijd om het contact te bevorderen tussen de cliënt en uzelf?

- ☐ Muzikale en non-verbale interventies
- ☐ Non-verbale en verbale interventies
- ☐ Muzikale, non-verbale en verbale interventies
- ☐ Ik gebruik de genoemde interventies niet tegelijkertijd

14. Indien u bij vraag 13 heeft ingevuld dat u meerdere interventies tegelijkertijd gebruikt, beschrijf dan kort hoe u die interventies toepast (b.v.: methoden, technieken, werkvormen)

Oorzaken

Ondanks het feit dat we als therapeut weten dat er soms weinig respons verwacht kan worden bij dementerende cliënten in de verzonken-ik fase van dementie, kunnen we ons dat wel persoonlijk aantrekken en daardoor negatieve gevoelens waarnemen bij onszelf.

15. Waar heeft dat volgens u mee te maken?

- ☐ Het heeft te maken met tegenoverdracht, waarbij de therapeut oude kindgevoelens overdraagt op de cliënt
- ☐ Het ligt aan het karakter van de therapeut
- ☐ Het heeft te maken met de gemoedstoestand van de client
- ☐ Het hangt van de situatie zelf af
- ☐ De therapeut heeft minder affiniteit met een bepaalde cliënt
- ☐ Het ligt aan de scholing, waarbij alleen theoretische kennis is verworven en te weinig praktische kennis
- ☐ Het heeft te maken met de hoeveelheid ervaring van de therapeut
- ☐ Al het bovenstaande speelt mee
- ☐ Anders, n.l.:

16. Wat doet u om die negatieve gevoelens bij uzelf te voorkomen of hanteerbaar te maken?

- ☐ Mindfulness of een andere methode die u helpt om bij uzelf te zijn
- ☐ Een goede voorbereiding treffen voor een therapiesessie
- ☐ U vertrouwt op uw werkervaring
- ☐ U kunt uw gedachten zo controleren of hanteren dat u contactloosheid niet persoonlijk opvat
- ☐ Anders, n.l.:

17. Vragen/opmerkingen

18. Indien u de resultaten van dit onderzoek in de vorm van een scriptie in digitale vorm wenst te ontvangen noteer hieronder dan uw e-mail adres:

Bijlage 3 Begeleidende brief

ACG Timmermans

Velterstraat 2
6091 NH Leveroy
0829900timmermans@hszuyd.nl



Betreft: praktijkonderzoek muziektherapie

Leveroy, maandag 5 maart 2012

Geachte heer/mevrouw,

Momenteel zit ik in het afsluitende vierde jaar van de opleiding Creatieve Therapie muziek van Hogeschool Zuyd in Heerlen. Als afstudeerproject krijgen we als student de opdracht om een praktijkgericht onderzoek te doen. Niet alleen om kennis te maken met het doen van onderzoek, maar nog belangrijker is het om als student een steentje bij te dragen aan de ontwikkelingen rondom vaktherapie. Mijn onderzoek betreft een inventariserend onderzoek naar negatieve gevoelens bij muziektherapeuten tijdens contactloze momenten met dementerenden cliënten binnen muziektherapie.

Als het dementeringsproces vordert en daarbij de verschillende stadia van dementie doorlopen worden, breekt de zogenaamde laatste fase aan van dementie. Onder ons beter bekend als 'de verzonken-ik fase'. In deze fase wordt de dementerende mens gezien als een zuigeling: het is kwetsbaar en afhankelijk van anderen mensen. Ze leven volledig in het hier en nu, omdat het verleden en heden uit het geheugen is gewist. Zelfs het onderscheid tussen de eigen persoon en de omgeving lijkt verdwenen. De taal van de muziek kan echter wel nog enorm veel bieden aan deze mensen. Tijdens mijn stage in het derde studie jaar heb ik dan ook ontzettend veel geleerd van de doelgroep psychogeriatric in het algemeen, maar juist ook van de dementerende cliënt in de verzonken-ik fase. Want wat doet het met je als muziektherapeut als je weinig signalen waarneemt die duiden op een contact tussen jou en de cliënt door middel van de muziek die je aanbiedt? Hoe is de werking tussen cliënt en therapeut, in hoeverre neem je daar jezelf in mee?

Om op de bovenstaande vragen een antwoord te krijgen, heb ik een vragenlijst ontwikkeld. Om het onderzoek te laten slagen en om de kwaliteit van het onderzoek te kunnen garanderen is uw bijdrage van groot belang. Graag zou ik middels de vragenlijst een beroep willen doen op uw ervaring als muziektherapeut, wat buiten wetenschappelijk onderzoek van zeer grote waarde is voor het ontwikkelen van nog meer kennis en inzicht. De vragenlijst zal een kleine 10 minuten van uw tijd in beslag nemen. De gegevens worden strikt vertrouwelijk behandeld. Wanneer u de resultaten van dit onderzoek in de vorm van een scriptie in digitale vorm wenst te ontvangen, kunt u uw email adres vermelden aan het einde van de vragenlijst.

Graag zou ik de ingevulde enquête binnen twee weken, dus vóór maandag 19 maart 2012 willen ontvangen in mijn mail box. Het email adres daarvoor is: 0829900timmermans@hszuyd.nl
Voor eventuele vragen kunt u contact met mij opnemen via het bovenstaande emailadres.

Bij voorbaat hartelijk dank voor uw medewerking aan dit onderzoek!

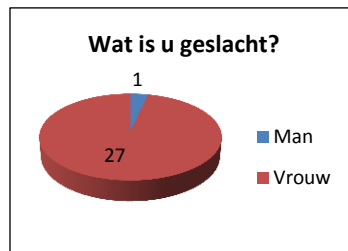
Met vriendelijke groet,
Anke Timmermans

Bijlage 4 Logboek SPSS

Vraagnummer	Omschrijving	Variabele	Code
-	identificatienummer	-	1-28
1	geslacht	V1	1=man/2=vrouw
2	leeftijd	V2	In jaren
3	opleiding	V3	1=Hogeschool van Arnhem en Nijmegen/2=Stenden Hogeschool Leeuwarden/3=Hogeschool Zuyd Heerlen/4=Conservatorium ArtEz Enschede/5=anders, n.l.:
3	opleidinganders	V31	0=nee/1=ja
4	werkervaring	V4	1=0-5 jaar/2=6-10 jaar/3=11-15 jaar/16 jaar of meer
5	contactloosheid cliënt, slaapt	V51	0=nee/1=ja
5	contactloosheid cliënt, overstuur raken	V52	0=nee/1=ja
5	contactloosheid cliënt, contact weigeren	V53	0=nee/1=ja
5	contactloosheid cliënt, anders	V54	0=nee/1=ja
6	contactloosheid persoonlijk opvatten	V6	1=ja/ 2=nee/ 3=soms
7	ervaren van negatieve gevoelens	V7	1=ja/ 2=nee/ 3=soms
8	Negatieve gevoelens, niet meer weten wat te doen	V81	0=nee/1=ja
8	Negatieve gevoelens, geïrriteerd raken	V82	0=nee/1=ja
8	Negatieve gevoelens, boos raken	V83	0=nee/1=ja
8	Negatieve gevoelens, faalgevoelens	V84	0=nee/1=ja
8	Negatieve gevoelens, zich afgewezen voelen	V85	0=nee/1=ja
8	Negatieve gevoelens, anders	V86	0=nee/1=ja
9	Gebruik non-verbale interventies	V91	1=gebruik ik als niets heeft geholpen/2=gebruik ik soms/3=gebruik ik het meest
9	Gebruik muzikale interventies	V92	1=gebruik ik als niets heeft geholpen/2=gebruik ik soms/3=gebruik ik het meest
9	Gebruik verbale interventies	V93	1=gebruik ik als niets heeft geholpen/2=gebruik ik soms/3=gebruik ik het meest
13	Gebruik interventies tegelijkertijd	V13	1=gebruik ik als niets heeft geholpen/2=gebruik ik soms/3=gebruik ik het meest
15	Oorzaken, tegenoverdracht	V151	0=nee/1=ja
15	Oorzaken, karakter therapeut	V152	0=nee/1=ja
15	Oorzaken, gemoedstoestand cliënt	V153	0=nee/1=ja
15	Oorzaken, situatie afhankelijk	V154	0=nee/1=ja
15	Oorzaken, minder affiniteit met bepaalde cliënt	V155	0=nee/1=ja
15	Oorzaken, scholing	V156	0=nee/1=ja
15	Oorzaken, ervaring therapeut	V157	0=nee/1=ja
15	Oorzaken, bovenstaande speelt allemaal mee	V158	0=nee/1=ja
15	Oorzaken, anders	V159	0=nee/1=ja

16	Wat doen muziektherapeuten om negatieve gevoelens hanteerbaar te maken	V16	1= mindfulness of een andere methode die u helpt om bij uzelf te zijn/2=een goede voorbereiding treffen voor een therapiesessie/3=u vertrouwt op uw werkervaring/4=u kunt uw gedachten zo controleren of hanteren dat u contactloosheid niet persoonlijk opvat/5=anders, n.l.:
----	--	-----	--

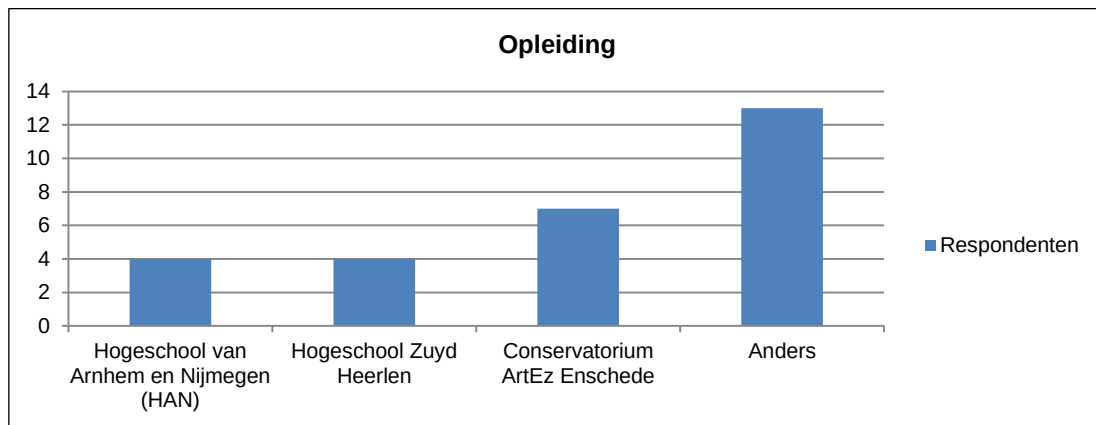
Bijlage 5 Grafieken SPSS



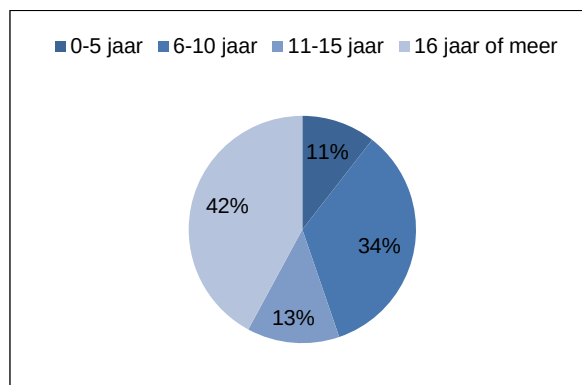
Figuur 0-1 Geslacht

Tabel 0-1 Leeftijd

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Wat is uw leeftijd?	27	25	60	40,56	10,453
Valid N (listwise)	27				



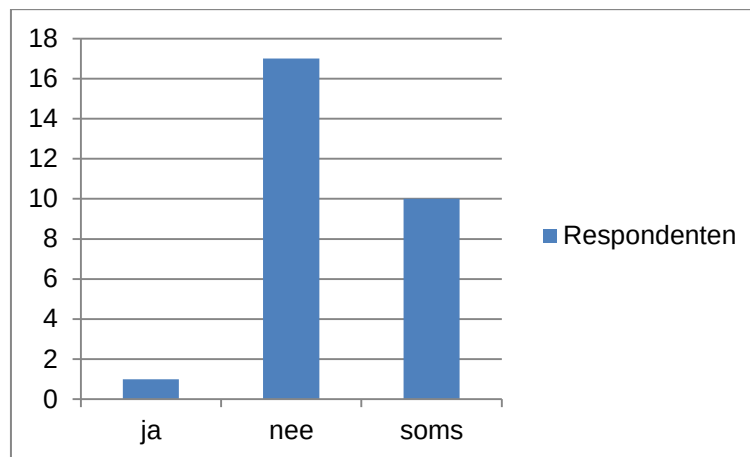
Figuur 0-2 Aan welke hogeschool heeft u de opleiding creatieve therapie gevolgd?



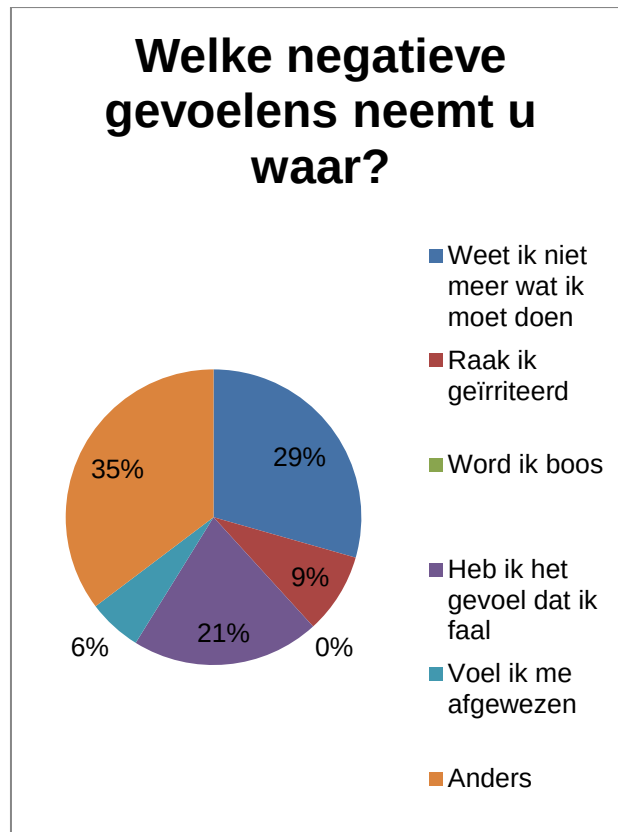
Figuur 0-3 Werkervaring



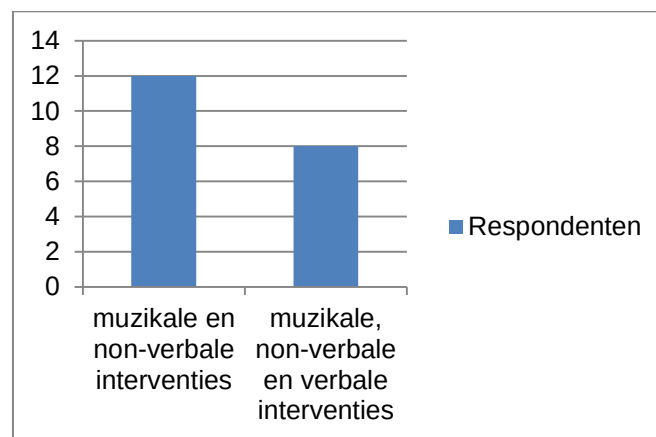
Figuur 0-4 Hoe manifesteren zich volgens u contactloze momenten bij dementerende cliënten in de verzonken-ik fase?



Figuur 0-5 Vat u contactloze momenten tussen de cliënt en uzelf wel eens persoonlijk op?

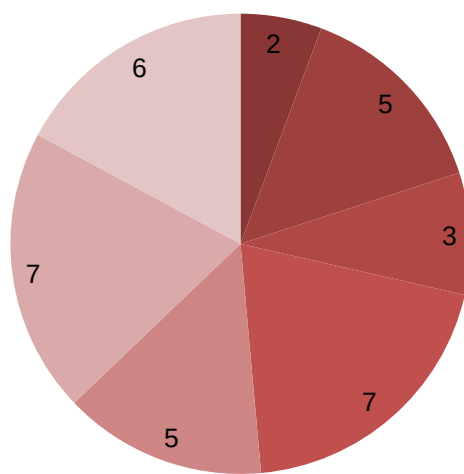


Figuur 0-6 Welke negatieve gevoelens neemt u waar als er contactloosheid optreedt?



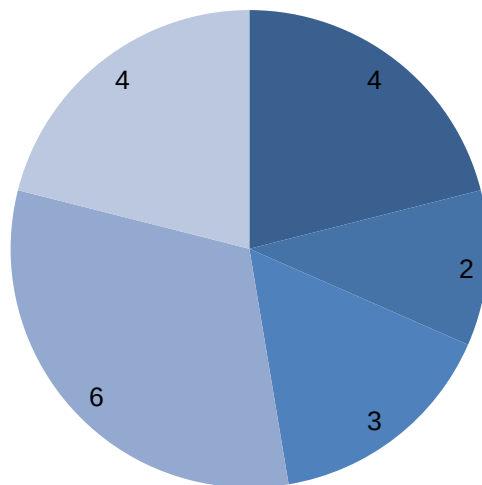
Figuur 0-7 Welke interventies gebruikt u vaak tegelijkertijd om het contact te bevorderen tussen de cliënt en uzelf?

Oorzaken negatieve gevoelens



- Het heeft te maken met tegenoverdracht
- Het ligt aan het karakter van de therapeut
- Het heeft te maken met de gemoedstoestand van de cliënt
- Het hangt van de situatie zelf af
- De therapeut heeft minder affiniteit met een bepaalde cliënt

Figuur 0-8 Wat zijn volgens u oorzaken voor het ervaren van negatieve gevoelens?



- Mindfulness of een andere methode
- Een goede voorbereiding treffen voor een therapiesessie
- U vertrouwt op uw werkervaring
- U kunt uw gedachten zo controleren of hanteren dat u contactloosheid niet persoonlijk opvat
- Anders

Figuur 0-9 Wat doet u om negatieve gevoelens bij uzelf te voorkomen of hanteerbaar te maken?