



Patiëntenperspectief op muziektherapie:

De patiënt als expert

Een kwalitatieve survey naar ervaringen van ernstig depressieve patiënten met de cliëntgerichte muziektherapeutische behandeling in de psychiatrie

S. F. Lillpopp (1659898)

Academie voor Vaktherapie

Afstudeerrichting muziek

Zuyd Hogeschool Heerlen, Faculteit Gezondheidszorg

Opdrachtgever: J. Müller-Steffan

1^e examiner: V. Brüls

2^e examiner: E. Lemmens

Begeleidende docenten:

D. Abellie-Boseling

T. Van Rossum

29 mei 2020

Verklaring eigen werk

Voorwoord

De meningen van patiënten over therapieën en hun werkzaamheden lijken in grote instellingen, zoals de psychiatrie, minder belangrijk te zijn dan de inschattingen van behandelaars.

Ik ben vooral benieuwd naar wat patiënten als belangrijke eigenschappen van muziektherapie waarnemen en of dit overeenkomt met de bevindingen vanuit de literatuur. Vinden patiënten dezelfde dingen belangrijk als hun behandelaars? Wat is hun perspectief op muziektherapie? In het kader van het veranderende gezondheidssysteem waarin de patiënt meer meespraak en verantwoordelijkheid voor zijn eigen gezondheid krijgt, is dit een belangrijk thema. Ook muziektherapeuten moeten weten wat patiënten belangrijk vinden, om zo beter in te kunnen gaan op hun verwachtingen van de behandeling.

Deze scriptie is geschreven in het kader van mijn afstudeeropdracht van de Hbo-opleiding Zuyd Hogeschool Vaktherapie te Heerlen. Het onderzoek betreft het in kaart brengen van patiëntenmeningen over de cliëntgerichte muziektherapie, die binnen het “Alexianer Krankenhaus Aachen” wordt aangeboden en het vervolgens aanraden van adviezen voor de muziektherapeut. Ik heb ontzettend veel geleerd in vijf maanden en daarom wil ik van dit moment gebruik maken om een aantal zorgzame mensen te bedanken.

Allereerst wil ik Dieuwertje Abeling-Boselie, mijn afstudeerbegeleidster, bedanken voor de professionele begeleiding vanuit school en voor het bieden van zowel handvatten als ook geruststellingen in een nieuwe en drukke periode. Daarnaast wil ik mijn medestudenten bedanken voor de feedbackmomenten.

In het bijzonder wil ik graag mijn opdrachtgever Jörg Müller-Steffan bedanken voor zijn begeleiding tijdens mijn afstudeerperiode. Hij is een inspiratie voor mij geweest en ik wil hem bedanken voor de hartelijkheid, steun en inzet, waardoor ik me altijd welkom voelde.

Tot slot wil ik alle respondenten bedanken die hebben meegewerkt aan de interviews die gedaan zijn binnen dit onderzoek.

Ik kijk met veel plezier terug op mijn afstudeerperiode en deze afstudeeropdracht heeft mijn eigen therapeutisch handelen sterk beïnvloed.

Ik wens u veel leesplezier.

Sophia Lillpopp

Heerlen, 29 mei 2020.

Inhoudsopgave

Samenvatting	1
Inleiding.....	3
1. Probleemstelling	4
1.1 Aanleiding.....	4
1.2 Onderzoekscontext	6
1.3 Zoekstrategie	8
1.4 Probleemgebiedverkenning	9
1.5 Belangrijkste begrippen.....	10
1.6 Rol van het medium.....	11
1.6.1 Muziektherapie en depressie.....	12
1.7 Noodzaak voor aanvullend onderzoek	15
1.8 Vraagstelling.....	17
1.9 Doelstelling.....	17
2. Onderzoeksdesign.....	18
2.1 Onderzoekstype	18
2.2 Onderzoeksmethode	19
2.3 Dataverzameling	20
2.3.1 Onderzoekspopulatie.....	24
2.3.2 Ethische aspecten	26
2.4 Datapreparatie.....	28
2.5 Data-analyse	29
2.6 Kwaliteit	31
3. Resultaten.....	34
3.1 Resultaten vanuit interviews met cliënten	34
3.1.1 Ervaringen gericht op Cliënt.....	35
3.1.2 Ervaringen gericht op Therapeut.....	41
3.1.3 Ervaringen gericht op Medium	47
3.1.4 Driehoek vanuit patiënten ervaringen.....	52
3.2 Resultaten vanuit interview met de muziektherapeut.....	54
3.2.1 Driehoek vanuit muziektherapeut	59
4. Discussie	60
4.1 Interpretatie van de resultaten.....	60
4.1.1 Cliëntgerichte benadering	61

4.1.2 Interpretatie van de patiëntenervaringen.....	63
4.2 Kritische reflectie	73
4.3 Terugkoppeling naar de opdrachtgever	78
4.4 Conclusies & Aanbevelingen	80
4.4.1 Beantwoording van de vraagstelling.....	80
4.4.2 Aanbevelingen voor de opdrachtgever & de praktijk	82
4.4.3 Aanbevelingen voor beroepsontwikkeling.....	83
4.4.4 Aanbevelingen voor vervolgonderzoek	86
4.4.5 Integratie van de resultaten in het eigen vaktherapeutisch handelen	87
Literatuurlijst	93
Bijlagen.....	98
Bijlage A: Informatiebrief & Toestemmingsverklaring	98
Bijlage B: Topiclijsten.....	104
Bijlage C: Voorbeeld open codering	107
Bijlage D: Voorbeeld axiale codering	110
Bijlage E: Codebomen.....	112
Bijlage F: Logboek	114
Bijlage G: Zoekgeschiedenis	134
Bijlage H: Akkoordformulier opdrachtgever & scriptiebegeleider	138
Bijlage I: Schema's.....	139
Bijlage J: Verklaring geheimhouding en Nederlandse gedragscode	140

Samenvatting

In het kader van een afstudeeropdracht voor de HBO-opleiding vaktherapie is een onderzoek van 20 weken gedaan. Dit onderzoek richt zich op het probleem dat er nog weinig bekend is over het patiëntenperspectief op muziektherapie. In de psychiatrie “Alexianer Krankenhaus Aachen” zorgt dat voor vragen met betrekking tot de meerwaarde van muziektherapie binnen de algehele instelling. De behandelende muziektherapeut heeft de patiëntenperspectief nodig om zijn eigen handelen te kunnen evalueren en zodoende zijn vak verder te kunnen profileren. De hoofdvraag van dit onderzoek luidt als volgt:

“Wat zijn de ervaringen van volwassen depressieve cliënten, huidige episode ernstig zonder psychotische symptomen met de cliëntgerichte muziektherapeutische behandeling binnen de psychiatrische instelling: Alexianer Krankenhaus, Aachen?”

Als onderzoeksmethode werd een kwalitatieve survey gebruikt en werden patiëntenervaringen door middel van semi-gestructureerde interviews verzameld. Op deze manier kon het patiëntenperspectief op de cliëntgerichte muziektherapie, die binnen de instelling wordt hanteert, verkend worden.

Er werden interviews met zes cliënten gehouden (tussen de 24 en 60 jaar oud), die allemaal in muziektherapeutische behandeling waren en gediagnosticeerd waren met een recidiverende depressieve stoornis. De focus van de open interviews lag op de ervaringen en meningen van cliënten met betrekking tot de cliëntgerichte muziektherapeutische behandeling, die door meneer Müller-Steffan werd gegeven.

Uit de resultaten kwamen zeven aspecten voort die respondenten in de muziektherapie als belangrijk en waardevol achten: individuele ervaringen, de groep, de therapeutische houding, de deskundigheid van de muziektherapeut, de werkvormen, de afleiding van gedachtepatronen en het lokaal.

Deze aspecten hebben tot vier hoofduitspraken geleid die de beantwoording van de vraagstelling vormen:

1. De therapeutische houding & het lokaal creëren een veilige context
2. Groepsgevoel ontstaat door samenwerking
3. Individuele behoeftes staan centraal
4. Afleiding van gedachtepatronen leidt tot stemmingsverbetering

Deze ervaringen werden met de doelstellingen van de behandelende muziektherapeut vergeleken en er werden duidelijke overeenkomsten gevonden.

Concluderend werd in dit onderzoek duidelijk dat muziektherapie door depressieve patiënten als positief wordt ervaren en wezenlijk bijdraagt aan de psychiatrische behandeling in het “Alexianer Krankenhaus Aachen”.

Inleiding

Hoe ervaren patiënten de muziektherapeutische behandeling die ze ontvangen?

Er bestaat nog weinig literatuur over de ervaringen met muziektherapie door de ogen van klinisch opgenomen patiënten.

De aanleiding voor dit onderzoek was om deze ervaringen te inventariseren om zodoende het patiëntenperspectief op de muziektherapeutische behandeling in het “Alexianer Krankenhaus” in Aken, Duitsland te verkennen.

In hoofdstuk 1 wordt de probleemstelling beschreven, waarin er gericht wordt op de aanleiding voor het onderzoek, de beschrijving van de doelgroep, de gekozen zoekstrategie voor relevante literatuur, de rol van muziektherapie en de uiteenzetting van bestaande literatuur. Aan het eind van hoofdstuk 1 worden de vraagstelling en doelstelling van dit onderzoek geformuleerd.

Het tweede hoofdstuk omvat het onderzoeksdesign met daarin opgenomen het onderzoekstype, de onderzoeksmethode, de onderzoekspopulatie, de dataverzameling, de datapreparatie en de data-analyse.

In hoofdstuk 3 worden de resultaten uit dit onderzoek weergegeven. De patiëntenervaringen worden gepresenteerd en met elkaar vergeleken. Het hoofdstuk eindigt met een korte weergave van therapeutische doelstellingen, die uit een interview met de muziektherapeut naar voren zijn gekomen.

In hoofdstuk 4 worden de resultaten vanuit de patiënten interviews en het therapeuten interview kritisch met elkaar vergeleken. De resultaten worden verklaart en geïnterpreteerd, de vraagstelling wordt beantwoord, de uitvoering van het onderzoek wordt kritisch gereflecteerd en er worden aanbevelingen voor vervolgonderzoek uitgesproken. Tot slot ga ik in op mijn eigen visieontwikkeling, die met dit onderzoek is gegroeid.

Aan het eind van deze scriptie is een lijst met gebruikte literatuur en een aantal bijlagen te vinden, waar in de tekst naar verwezen wordt.

1. Probleemstelling

1.1 Aanleiding

Tijdens mijn stagejaar in het “Alexianer Krankenhaus” in Aken heb ik vooral met cliënten gewerkt die met een depressieve stoornis gediagnosticeerd waren. Ik heb dus zelf de ervaring opgedaan hoe het is om met deze doelgroep te werken en tegen welke problemen de cliënten meestal aan lopen. Veel cliënten gaven aan moeite te hebben om uit bed te komen, zodat ze op tijd naar de therapie konden komen. Volgens de Internationale Statistische classificatie van ziekten en met gezondheid verband houdende problemen, de ICD 10 (WHO Geneve & WHO-FIC CC Bilthoven, 2016), zijn verminderde energie en afgenomen activiteit twee symptomen van een depressieve stoornis en dus typisch voor dit ziektebeeld.

Toch gaven de cliënten aan het eind van een muziektherapie sessie aan dat ze zich beter voelden, meer energie hadden of niet meer moe waren. De 50 minuten muziektherapie hadden dus blijkbaar hun stemming verbeterd. Dit was een interessante ontwikkeling: Hoezo veranderde de muziektherapie volgens hun de stemming zo erg?

Voor mijn eigen handelen als vaktherapeut is dit onderzoek zinvol, omdat het patiënten perspectief op de (cliëntgerichte) muziektherapie informatie oplevert over waar cliënten op letten en wat zij belangrijk vinden. Voor mij was de uitvoering van het onderzoek interessant, omdat ik zo nog beter zicht kreeg op wat patiënten belangrijk en waardevol vinden.

In de praktijk komt naar voren dat ik vooral uitga van de inbreng van iedere cliënt. Ik ga empathisch in op ieders ervaringen en neem vooral een ondersteunende en accepterende houding aan. Mijn eigen vaktherapeutisch handelen sluit daarom aan bij de Rogeriaanse werkwijze. De Rogeriaanse werkwijze houdt volgens Smeijsters (2008) in dat de vaktherapeut ingaat op de wijze waarop de cliënt zijn problemen ervaart. Wat de cliënt zelf ervaart is belangrijk, niet de interpretatie van de deskundige. De echtheid en authenticiteit van de therapeut, maar ook van de cliënt spelen een belangrijke rol. De therapeut accepteert de cliënt binnen deze werkwijze onvoorwaardelijk (Rogers, 1957) en dit is een van mijn eigen belangrijkste waarden. Er wordt dus duidelijk dat mijn motivatie voor het onderzoek vooral voortkomt uit mijn eigen werkwijze als vaktherapeut en mijn eigen overtuigingen. Omdat ik het in mijn werkwijze al belangrijk vindt hoe de cliënt zijn problemen ervaart, is het niet verwonderlijk dat ik op gebied van onderzoek ook benieuwd ben naar de ervaringen en meningen van patiënten.

Ook gezien de actuele ontwikkelingen in de gezondheidszorg is het verkrijgen van patiëntenervaringen van groot belang.

Gezien het nieuwe gezondheidsconcept van de *positieve gezondheid*, wordt “gezondheid” sinds een aantal jaren gedefinieerd als het vermogen zich aan te passen en eigen regie te voeren in de uitdagingen van het leven (Boot, 2018).

Binnen dit nieuwe concept vindt er in de gezondheidszorg een verschuiving plaats van de pathogene focus, die zich richt op risicofactoren van ziektes, naar een salutogene focus, die zich richt op gezondheidsbevordering (Lindström & Eriksson, 2011; Mittelmark et al., 2017). Deze gezondheidsbevorderende benadering richt zich volgens Lindström en Eriksson (2011) tevens op veerkracht, empowerment en samenwerking met patiënten. De zorgvraag van de patiënt staat daardoor meer centraal.

Ook volgens Friedli (2009) wordt de cliëntervaring van gezondheid en welzijn meer leidend voor de moderne opvattingen over mentale gezondheid. En volgens Bähler en Oosterveld (2013) worden behandelafspraken via de shared decision making getroffen, waardoor de cliënt evenzoveel invloed op de behandeldoelen heeft als de behandelaar. Door deze ontwikkeling wordt de patiënt meer betrokken bij zijn behandeling.

Met deze ontwikkeling moeten ook vaktherapeuten mee gaan en daarom is het belangrijk de ervaringen en motivaties van cliënten te inventariseren. Met de verkregen motivaties zouden therapeuten kunnen werken om zo de behandeling beter af te kunnen stemmen op de behoeftes van cliënten.

De opdrachtgever van dit onderzoek was Jörg Müller-Steffan, een cliëntgericht werkende muziektherapeut die in het “Alexianer Krankenhaus” in Aken werkt. De term “cliëntgerichte muziektherapie” wordt verder uitgelegd in paragraaf 1.6.

Het doel van de opdrachtgever was door middel van het onderzoek feedback van de patiënten te verkrijgen om zodoende zijn therapeutisch handelen te kunnen evalueren.

Bovendien werden de ervaringen van cliënten met de muziektherapeutische behandeling geïnventariseerd, om de meerwaarde van muziektherapie binnen de instelling vanuit het patiënten perspectief in te kunnen schatten. Vanuit de opdrachtgever bestond al de hoop dat dit onderzoek bij zou dragen aan de profilering van muziektherapie binnen het “Alexianer Krankenhaus”. Bij verdere profilering zou het van belang zijn, om zijn handelen te kunnen verhelderen en verduidelijken naar de kliniek en de werkzame onderdelen van de muziektherapie te verduidelijken. Dit kan met behulp van dit onderzoek gedaan worden.

1.2 Onderzoekscontext

In dit onderzoek vormden cliënten die volgens de ICD-10 met een recidiverende depressieve stoornis, huidige episode ernstig zonder psychotische symptomen gediagnosticeerd waren, de onderzoekseenheden. Door deze diagnose als inclusiecriteria te gebruiken, is het onderzoek op een bepaalde doelgroep gericht en kan in de conclusie een uitspraak gemaakt worden over een kleine, geselecteerde populatie.

De keuze voor de doelgroep depressie werd in overleg met de opdrachtgever gemaakt (persoonlijke communicatie, 09 september 2019) en kwam voort uit twee redenen: de diagnose wordt in de instelling vaak gesteld dus er was een grote kans op voldoende respondenten. En de onderzoeker heeft in haar stagejaar onder ander met depressieve patiënten gewerkt en vond het interessant deze doelgroep verder te onderzoeken.

Wereldwijd lijden 300 miljoen mensen aan een depressie en is deze stoornis de hoofreden voor arbeidsongeschiktheid. In erge gevallen leidt een depressie tot suïcide en het wordt gelinkt aan 800.000 suïcides per jaar (World Health Organization, 2018).

Een recidiverende depressieve stoornis wordt gekenmerkt door herhaalde depressieve episoden. Zo'n depressieve episode wordt volgens de ICD-10 gekenmerkt door “stemmingsverlaging, verminderde energie en afgenomen activiteit. Het vermogen tot plezier, belangstelling en concentratie is verminderd en opvallende vermoeidheid na zelfs minimale inspanning komt veel voor. Slaap is doorgaans verstoord en eetlust is afgenomen. Gevoel van eigenwaarde en zelfvertrouwen zijn bijna altijd verminderd en gedachtes over schuld of waardeloosheid zijn, zelfs bij de lichte vorm, dikwijls aanwezig” (WHO Geneve & WHO-FIC CC Bilthoven, 2016, V.24). Bij een ernstige episode zonder psychotische symptomen (F32.2) zijn verscheidene symptomen duidelijk aanwezig en kwellend. “Typerend zijn verlies van zelfwaardering en gedachten van waardeloosheid of schuld. Gedachten over en daadwerkelijke suïcide komen veel voor en een aantal 'somatische' symptomen is doorgaans aanwezig” (WHO Geneve & WHO-FIC CC Bilthoven, 2016, V.24).

De recidiverende depressieve stoornis, huidige episode ernstig zonder psychotische symptomen (F33.2) betekent dus, dat zich depressieve episoden al in het verleden kenmerkten, maar de actuele episode ernstig is.

Vanwege deze beschrijvende diagnose en de daarmee samenhangende klachten en (sociale) beperkingen, waren de cliënten opgenomen in de psychiatrie.

De instelling is een acuut ziekenhuis voor psychiatrie, psychotherapie en psychosomatiek en dekt alle psychische stoornissen bij volwassen leeftijd (Alexianer Aachen GmbH, z.d.-a).

De instelling noemt op hun website als doel een psychische en psychosociale stabilisatie te bereiken en door de therapieën de vaardigheden van de cliënten te bevorderen (Alexianer Aachen GmbH, z.d.-b).

De patiënten die deel hebben genomen aan dit onderzoek waren tussen de 24 en 60 jaar oud, zowel mannen als vrouwen, en namen deel aan het therapieaanbod dat standaard bestaat uit farmacologische, dag structurerende en psycho sociale behandelingen (Alexianer Aachen GmbH, z.d.-a). Verder waren ze klinisch opgenomen op een semi-gesloten afdeling of een dagbehandeling. De duur van behandeling verschilt per cliënt, maar de bevraagde cliënten waren al minstens 4 weken opgenomen in de psychiatrie, voordat de interviews in maart plaats hebben gevonden.

1.3 Zoekstrategie

PICO-Vraag: Hoe kan muziektherapie bijdragen aan de behandeling van een depressieve stoornis bij volwassenen?

Zoektermen: Op basis van de PICO-vraag werd er een begrippenlijst gemaakt (zie Bijlage G).

Er werd gekeken naar de vier aspecten binnen de vraag: Muziektherapie, Volwassenen, Depressieve stoornis en Behandeling. Er zijn ook, waar mogelijk, synoniemen gebruikt voor de woorden. Zo is er ook gezocht naar “vaktherapie” en al haar varianten.

Vaktherapie kan bijvoorbeeld muziektherapie zijn, maar ook beeldende of dramatherapie. Er is gezocht met Nederlandse termen, maar deze zijn ook meermaals vertaald naar het Engels. Dit principe is voortdurend gebruikt; er is gekeken naar de termen in de PICO-vraag en haar synoniemen en vertalingen, en deze gecombineerd met elkaar. Dit is ook terug te zien in Bijlage G: Zoekgeschiedenis.

In het zoekproces is er sprake geweest van Boolean Search. Dit houdt in dat de resultaten nauwkeuriger worden gefilterd met behulp van specifiekere woordkeuzes. Zo kan er bijvoorbeeld gezocht worden naar “music therapy” AND “depression” OR “mood regulation”. Met behulp van de AND en OR werd de zoekopdracht specifieker. Dit is ook terug te zien in Bijlage G. Gedurende het proces is de onderzoeker begonnen zich meer te focussen op patiëntenervaringen en cliëntgerichte muziektherapie.

Daarom werd de PICO-vraag aangepast: Wat zijn de ervaringen van depressieve patiënten met de cliëntgerichte muziektherapie? Daarmee werd de zoekopdracht gespecificeerd.

Er is voornamelijk gebruik gemaakt van de databank DiZ (Discovery Service for Zuyd Hogeschool), vanwege de grote hoeveelheid aan artikelen. Veel andere databanken staan hier namelijk ook in, zoals ScienceDirect en PubMed. Op deze manier kunnen meerdere databanken tegelijkertijd bekeken worden. Tevens is Google Scholar gebruikt, wanneer er weinig (bruikbare) resultaten te vinden waren in de DiZ. Google Scholar gaf in het algemeen meer resultaten, maar dit kon ook juist met terugwerkende kracht werken, gezien té veel resultaten niet te overzien waren.

Verder werd er via hand search gebruik gemaakt van de bibliotheek van Zuyd Hogeschool, Nieuw Eyckholt, omdat die bibliotheek tevens veel informatie heeft over de doelgroep depressie.

1.4 Probleemgebiedverkenning

In deze paragraaf worden de bevindingen uit de probleemgebiedverkenning uiteengezet op basis van relevante en recente onderzoeksliteratuur.

Een onderzoek van McCaffrey (2018) onderzoekt het patiëntenperspectief op muziektherapie in psychiatrische inrichtingen. De patiëntenervaringen worden gelinkt aan zinvolle activiteit, uitdaging, wederkerigheid en frustratie. Dit onderzoek richt zich niet op een bepaalde doelgroep en inventariseert maar zes patiëntenervaringen, waardoor de uitkomsten niet generaliseerbaar zijn.

MacDonald (2015) exploreerde de ervaringen van patiënten met groepsmuziektherapie binnen een psychiatrische inrichting. Ook in deze studie werden zes patiënten geïnterviewd en was het onderzoek niet gericht op een bepaalde doelgroep. De resultaten werden in 16 thema's weergegeven: ontspanning, helende balsem, concentratie, veiligheid, gezamenlijke ervaringen, wederzijdse behoefte naar ondersteuning, de intrinsieke waarde van muziek, muzikaal leren, coping met het hier en nu, motivatie, connectie met anderen, zelfbewustzijn, lessen voor de toekomst, waarde van het luisteren en vertrouwen, zelfexpressie en negatieve ervaringen. MacDonald concludeert in zijn onderzoek dat deze 16 thema's als therapeutische factoren werken en gerelateerd kunnen worden aan de therapeutische relatie tussen de cliënt en de muziek, de therapeut, andere groepsleden, zichzelf of op spiritueel gebied.

Een heel recent onderzoek van Schneider, Scheytt, Delhey, Pokorny en Von Wietersheim (2020) heeft de ervaringen van 23 patiënten verzameld, die in een psychosomatische dagbehandeling waren opgenomen. In de resultaten werden aanwijzingen gevonden voor de betekenis van Yalom's groepspsychotherapeutische factoren: 'Groepscohesie', 'Inzicht' en 'Catharsis'. De onderzoekers concluderen dat de meeste patiënten de muziektherapie als een waardevolle en belangrijke therapiefactor hebben ervaren.

De huidige kennis over patiëntenervaringen met muziektherapie verschilt dus per onderzoek, maar er zijn ook kenmerken die gelinkt zouden kunnen worden aan elkaar, bijvoorbeeld het aspect van de medecliënten, dat in ieder onderzoek word genoemd.

1.5 Belangrijkste begrippen

Cliëntgerichte	De cliëntgerichte muziektherapie is sterk beïnvloed door de
Muziektherapie	Rogeriaanse psychotherapie, ook <i>client-centered therapy</i> genoemd en focust zich op de relatie tussen therapeut en cliënt (Wigram, Pedersen, & Bonde, 2002)
Cohesie	De aantrekkingskracht van een groep voor haar leden (Remmerswaal, 2006).
Muziektherapie	“Muziektherapie is het klinisch, op wetenschappelijk, praktijkgericht onderzoek en ervaringskennis gebouwd gebruik van muzikale interventies om individuele doelstellingen te verwezenlijken van verandering, ontwikkeling, stabilisatie of acceptatie op emotioneel, gedragsmatig, cognitief, sociaal of lichamelijk gebied, vanuit een therapeutische relatie door een professional, die een erkende muziektherapie opleiding heeft afgerond” (Hakvoort, 2017, p.11).
Waarde	Waarden zijn belangrijke principes, levensdoelen en ideeën over de samenleving (Van der Pligt & De Vries, 1995).

1.6 Rol van het medium

Muziektherapie wordt zowel in groepen, als ook individueel ingezet en muziektherapeutische methodes zijn actief of receptief. Actieve methoden houden in dat participanten muziek maken, door bijvoorbeeld te improviseren, te recreëren en te componeren, terwijl receptieve methoden inhouden dat naar muziek geluisterd wordt (Bruscia, 2014). Zowel in actieve als ook in receptieve methodes zijn de participant en therapeut actief betrokken en vindt er muzikale interactie plaats tussen de therapeut en de patiënt/groep (Silverman, 2015).

Binnen actieve muziektherapie wordt vaak de methode improvisatie ingezet. Door Wigram (2004) wordt muzikale improvisatie gedefinieerd als iedere combinatie van geluiden, die binnen een kader van begin en eind gecreëerd worden. Klinische improvisatie wordt verder gedefinieerd als muzikale improvisatie die gebruikt wordt binnen een vertrouwde en supportieve omgeving om de behoeftes van cliënten te bevestigen (Wigram, 2004). Dit kan door op instrumenten te spelen, de stem te gebruiken of met het lichaam of andere objecten geluiden te maken. Deze methode werkt vooral door de zelfexpressie te bevorderen en de participatie in de groep te stimuleren (Bruscia, 2014).

Recreërende methodes houden in dat een bestaand muziekstuk gereproduceerd wordt door op instrumenten te spelen of door de eigen stem te gebruiken (Bruscia, 2014). Deze methode wordt vooral in een bandvorm toegepast, waarbij een groep als muzikale band samenspeelt.

Binnen receptieve methodes is de patiënt ontvanger van muziek: Hij luistert naar live of opgenomen improvisaties of composities in verschillende muziekrichtingen. De cliënt wordt aangemoedigd ernaar te luisteren en daarop te reageren (verbaal, zwijgend of anders) (Bruscia, 2014).

Vaak worden methodes en technieken gecombineerd binnen een therapiesessie (Aalbers et al., 2017) en dit gebeurt ook in het Alexianer ziekenhuis in Aken.

Cliëntgerichte muziektherapie

Vanuit persoonlijke communicatie met meneer Müller Steffan, de behandelende muziektherapeut in het Alexianer ziekenhuis (persoonlijke communicatie, 09 september 2019), eigen observaties en raadpleging van literatuur (Smeijsters, 2008) werd door de onderzoeker gesteld dat de therapeutische houding, methodes en interventies die meneer Müller-Steffan inzet, overeenkomen met de invalshoek vanuit de cliëntgerichte muziektherapie. In het kader van dit onderzoek werd gekozen om de muziektherapeutische methode van meneer Müller-Steffan te definiëren, om zodoende een gedetailleerde en

generaliseerbare uitspraak te kunnen maken over de resultaten. De onderzoeksvraag richt zich daarom ook specifiek op cliëntgerichte muziektherapie.

In het volgende wordt deze stroming in het kort uitgelegd.

De cliëntgerichte muziektherapie is sterk beïnvloed door de Rogeriaanse psychotherapie, ook *client-centered therapy* genoemd en focust zich op de relatie tussen therapeut en cliënt (Wheeler, 1981; Wigram et al., 2002). De therapeut wordt door de cliënt als authentiek, niet oordelend en warm ervaren (Wheeler, 1981).

De cliënt maakt zijn eigen keuzes tijdens het proces en krijgt meespraak. Hij bepaalt wat hij wil onderzoeken en hoe hij de therapie wil invullen (Wigram et al., 2002).

De therapeut accepteert de keuzes van de cliënt en helpt de cliënt zijn innerlijke ervaringen muzikaal en verbaal te uiten (Smeijsters, 2008; Wheeler, 1981).

Wanneer improvisatie als non verbaal communicatiemiddel wordt gebruikt, zal de therapeut de cliënt dan niet in een bepaalde richting sturen, maar de improvisatie verbaal en muzikaal ondersteunen en reflecteren (Wheeler, 1981).

De therapeutische principes echtheid, onvoorwaardelijke acceptatie en empathie worden door de gebruikte literatuur naar voren gehaald (Smeijsters, 2008; Wheeler, 1981).

De literatuur benoemt dat het (her)ontdekken van werkelijke gevoelens, gedachtes, wensen en mogelijkheden een doel is en alleen bereikt kan worden wanneer de therapeut hem onvoorwaardelijk accepteert (Smeijsters, 2008).

Deze onvoorwaardelijke acceptatie en empathie wordt in de Rogeriaanse psychotherapie door middel van woorden duidelijk gemaakt. Empathie in de muziektherapie vindt volgens Smeijsters (2008) plaats in het medium. De muziektherapeut ondersteunt de cliënt door middel van muzikale empathische technieken, ontwikkeld door Bruscia (1987), waardoor de cliënt zijn eigen gevoel in de muziek van de muziektherapeut herkent.

1.6.1 Muziektherapie en depressie

Het werkingsmechanisme van actieve muziektherapie bij depressie is dat de cliënt via de therapeut-cliënt relatie ervaart van, en inzicht krijgt in zijn relationele en interactionele problemen door te praten over zijn muzikale gedragspatronen (Laansma & Riemke, 2006; Odell-Miller, 1995). Hij leert en oefent zich te organiseren, probleemoplossend gedrag toe te passen, verantwoordelijkheid te nemen, te communiceren, zijn aandacht te vergroten en

gevoelens van eigenwaarde en succes waar te nemen (Bruscia, 2014). Volgens Punkanen (2011) is het doel van actieve muziektherapie emoties te uiten door muzikale structuren en klanken te maken en daardoor het stresslevel te verminderen. Dit zijn doelstellingen die aansluiten bij de algehele behandeling van depressie (Houtman, 2002).

Receptieve muziektherapie werkt voor depressieve cliënten doordat de verschillende muzikale stimuli een verschuiving in het bewustzijn veroorzaken, het voorstellingsvermogen en de zinnen stimuleert, stemmingen en gevoelens opwekt, het lichaam beïnvloed, lichamelijke of mentale energie stimuleert of juist verdooft, lichamelijke activiteit stimuleert of weerhoudt, interactie stimuleert en de introspectie, reflectie en begrip oproept (Aalbers et al., 2017; Bruscia, 2014).

Voor depressieve cliënten heeft actieve muziektherapie een hogere drempel dan receptieve muziektherapie, want luisteren is in hun beleving makkelijker; het vraagt geen speciale vaardigheden (Laansma & Riemke, 2006). Echter vraagt receptieve muziektherapie wel cognitieve vaardigheden. Concentratieproblemen en verminderde geheugenfuncties zijn kenmerkend voor deze doelgroep en worden door de receptieve muziektherapie getraind (Laansma & Riemke, 2006).

Experimentele studies die het effect van receptieve muziektherapie in de behandeling van depressie onderzochten, concludeerden dat het luisteren van muziek effectief was en de depressieve symptomen reduceerde door ontspannend en emotie veranderend te werken (Ashida, 2000; Siedlecki, 2005).

Studies die het effect van actieve muziektherapie onderzochten, concludeerden dat het actief maken van muziek, bijvoorbeeld door muziek instrumenten te bespelen, belangrijk is voor cliënten omdat innerlijke spanningen en gevoelens expressief geuit kunnen worden (Erkkilä et al., 2011).

Kenmerken van depressie zijn apathie, leegte of überhaupt niets meer voelen. Muziektherapie levert hier een wezenlijke bijdrage: Muziek representeert emoties, kan stemmingen afspiegelen en deze veranderen of versterken (Laansma & Riemke, 2006). In samenhang met het ontstaan van depressie kunnen niet verwerkt verlies of naar binnen gerichte woede een rol spelen. Muziek biedt de mogelijkheid deze gevoelens tot uiting te brengen (Laansma & Riemke, 2006).

Het onderzoek van Erkkilä et al. (2011) laat zien dat depressieve cliënten die muziektherapie krijgen naast een standaard behandeling, significant beter worden dan de controlegroep die geen muziektherapie krijgt naast de standaard behandeling. Volgens het onderzoek lijkt het

van belang te zijn dat depressieve patiënten binnen muziektherapie de mogelijkheid hebben om actief te worden. Dit lijkt een belangrijk factor te zijn bij het omgaan met problemen die gerelateerd zijn aan depressie (Erkkilä et al., 2011).

Ook in een review van Aalbers et al. (2017) wordt duidelijk dat muziektherapie, wanneer deze toegevoegd wordt aan de standaardbehandeling van depressie, de symptomen verbetert: De cliënten kunnen hun emoties beter reguleren. Het onderzoek laat zien dat het toevoegen van muziektherapie bij de behandeling van depressie ten minste op korte termijn voordelig is voor de patiënten. Echter wordt in dit onderzoek aanbevolen verder onderzoek te doen naar de werkingsmechanismen van muziektherapie voor depressie.

Er is dus nog meer onderzoek nodig die de werkingsmechanismen van muziektherapie met betrekking tot depressie verder verkennen. Deze mechanismen worden in deze scriptie vanuit patiëntenperspectief verkend.

Vanuit de neurobiologische kant stellen Thaut, McIntosh en Hoemberg (2014) dat muziek een bepaalde invloed heeft op ons brein. Daardoor worden lichamelijk complexe, cognitieve, affectieve en senso-motorische processen gestimuleerd.

Volgens Altenmüller en Schlaug (2015) beïnvloedt en verandert muziek de activiteit in multisensorische en motorische regio's in de frontaalkwab, de pariëtaalkwab en de occipitale kwab in ons brein. De frontaalkwab is involved in het houden van attentie, in het plannen van motorische handeling, in het integreren van auditorische informatie en in specifieke menselijke vaardigheden, zoals imitatie en empathie. De laatste twee spelen een grote rol in het verkrijgen van muzikale vaardigheden en emotionele expressie.

Interessant voor het werken met depressieve cliënten is hierin, dat muziek op neurobiologische manier invloed heeft op empathie, emotionele expressie en het verdelen van attentie.

1.7 Noodzaak voor aanvullend onderzoek

Cliëntgerichte muziektherapie heeft weinig aandacht in de literatuur en er zijn geen geïnventariseerde ervaringen van cliënten met deze methode te vinden. Voor muziektherapeuten die door de cliëntgerichte stroming volgens Rogers beïnvloedt zijn, is het daarom van groot belang dat er onderzoek naar wordt gedaan.

Uit de recente onderzoeken die zich tot nu toe richten op patiëntenervaringen, komt naar voren dat patiënten de muziektherapie als waardevol ervaren. Maar gezien de doelgroep meestal niet goed gedefinieerd is en ook de muziektherapeutische oriëntatie van de behandelende muziektherapeuten niet uitgewerkt is, kunnen deze onderzoeken nog geen valide uitspraak over generaliseerbare uitkomsten maken.

Daarom is nauwkeuriger onderzoek van belang, dat zich richt op een goed gedefinieerde doelgroep en een goed gedefinieerd muziektherapeutisch aanbod.

Zowel de cliëntgerichte benadering, alsook de positieve gezondheid richten de focus op de samenwerking tussen cliënt en therapeut. Binnen de cliëntgerichte stroming staat de cliënt met zijn behoeftes in het middelpunt (Rogers, 1957) en ook binnen de gezondheidszorg komt de zorgvraag van de patiënt meer centraal te staan (Samaritter & Van Hooren, 2017).

Vanwege deze redenen zou de cliëntgerichte stroming toekomstig mogelijk nog meer populariteit vinden onder vaktherapeuten. Daarom is aanvullend onderzoek gericht op deze stroming van belang voor het beroep. Sterker nog: Het inventariseren van patiëntenervaringen past heel goed in de actuele trend binnen de gezondheidszorg, waarin de patiënt centraal komt te staan.

Of de cliëntgerichte muziektherapie ook in de praktijk daadwerkelijk aansluit bij de hulpvraag en de doelen van de patiënt en dus ook op de positieve gezondheid, kan het beste onderzocht worden door patiëntenervaringen te inventariseren.

Gezien dit nog te weinig is gedaan (Schneider et al., 2020) is onderzoek op dit gebied van grote noodzaak.

Ook voor patiënten is aanvullend onderzoek van belang.

Het onderzoek van Samaritter en Van Hooren (2017) benadrukt het belang van betrokkenheid en inspraak van de cliënt in zijn eigen zorgproces. Het onderzoek veronderstelt dat zich in de Nederlandse geestelijke gezondheidszorg een ontwikkeling heeft voorgedaan die de gepersonaliseerde zorg en de zorgvraag van de patiënt meer centraal plaatst. Daaruit concluderen Samaritter en Van Hooren (2017) dat cliënten zich vooraf informeren over een

therapie en ook ervaringen van andere cliënten willen lezen om tot een geïnformeerde keuze te komen. Deze ervaringen gaat dit onderzoek inventariseren.

Naast het voordeel, dat patiënten zich op deze manier kunnen informeren, gaat dit onderzoek ook voor cliënten in het Alexianer ziekenhuis van voordeel zijn: De behandelende muziektherapeut heeft dit onderzoek in opdracht gegeven, om het eigen handelen te evalueren om zijn zorgaanbod zodoende nog beter af te kunnen stemmen op de behoeftes vanuit depressieve patiënten.

In overleg met de opdrachtgever werd duidelijk dat verkregen feedback door onderzoek veel objectiever is dan feedback die hij van patiënten opvraagt. Bovendien kan de verkregen feedback door onderzoek bijdragen aan de profilering van muziektherapie binnen de instelling: Collega's die het onderzoek lezen krijgen daardoor inzichten in het werkingsmechanisme van muziektherapie.

Voor mij als beginnend professional is aanvullend onderzoek op gebied van patiëntenervaringen evenzo van belang. Gezien ik me oriënteer aan de houdingsaspecten van de Rogeriaanse psychotherapie, heb ik een persoonlijke interesse in de patiëntenervaringen met de cliëntgerichte muziektherapie. Door meer informatie te verkrijgen over wat patiënten binnen deze muziektherapeutische stroming als waardevol of juist onaangenaam ervaren, kan ik me als beginnend professional vanaf het begin al beter richten op hun behoeftes.

1.8 Vraagstelling

Hoofdvraag:

Wat zijn de ervaringen van volwassen depressieve cliënten, huidige episode ernstig en zonder psychotische symptomen met de cliëntgerichte muziektherapeutische behandeling binnen de psychiatrische instelling: Alexianer Krankenhaus, Aachen?

Subvraag

Hoe kan de muziektherapeutische stroming van meneer Müller-Steffan gedefinieerd worden?

1.9 Doelstelling

De doelstelling van dit onderzoek is om de ervaringen van depressieve patiënten met de cliëntgerichte muziektherapie te beschrijven voor de instelling: Alexianer Krankenhaus, Aachen.

Het subdoel is om de muziektherapeutische stroming van meneer Müller-Steffan te definiëren.

Middels dit onderzoek wordt data verzameld rondom de ervaringen die depressieve cliënten met muziektherapie hebben.

Dit zal uiteindelijk meer vorm kunnen geven aan het methodisch handelen van de muziektherapeut, doordat zowel het medium muziek als ook de therapeutische houding gericht afgestemd kunnen worden op de behoeftes van een cliënt.

De muziektherapeut kan met het verkregen patiëntenperspectief dus zijn therapeutisch handelen evalueren en zijn vak in de instelling sterker profileren door de verkregen data uit dit onderzoek aan collega's te laten zien.

Verder gaat dit onderzoek kennis opleveren die voor mij persoonlijk heel belangrijk is:

De ervaringen van de patiënten gaan me helpen om mijn eigen methodisch handelen te evalueren en aan te passen. Gezien ik me aan de cliëntgerichte stroming oriënteer, kan ik de data gebruiken om de behoeftes van patiënten meteen in mijn handelen te integreren.

2. Onderzoeksdesign

2.1 Onderzoekstype

Er is gekozen voor een inventariserend onderzoekstype met een kwalitatieve survey als onderzoeksmethode. Dit onderzoekstype past bij de onderzoeksvraag omdat deze zich puur op het inventariseren van de ervaringen van cliënten richt. Volgens Boeije (2014) richt inventariserend onderzoek, ook wel beschrijvend onderzoek genoemd, zich op het beschrijven van een situatie. Dit wordt binnen dit onderzoek aan de hand van semi-gestructureerde interviews gedaan.

De geïnventariseerde meningen en ervaringen met muziektherapie werden geanalyseerd, zodat aan het eind een beschrijving van het patiëntenperspectief op muziektherapie gegeven kon worden. Dit overzicht werd zo weinig mogelijk geïnterpreteerd of gekleurd door de mening van de onderzoeker.

Volgens Baarda et al. (2013) is het voordeel van een kwalitatief onderzoek dat het karakter van een bepaalde problematiek of situatie goed beschreven kan worden, omdat voorbeelden gegeven worden. Zo blijft de onderzoeker dicht bij de realiteit. Dit wordt volgens Baarda et al. (2013) de ecologische validiteit van kwalitatief onderzoek genoemd. Dit onderzoek blijft dicht bij de praktijk en er worden voorbeelden door de respondenten gegeven. Zo kan de ecologische validiteit gewaarborgd worden.

2.2 Onderzoeksmethode

De gekozen onderzoeksmethode: kwalitatieve survey, komt voort uit de empirisch-analytische kwalitatieve onderzoeksstroming. Dit houdt volgens Baarda et al. (2013) het vaststellen van feiten in.

Het doel van de kwalitatieve survey is volgens Baarda et al. (2013) vooral het beschrijven van verschijnselen. De vragen die binnen interviews worden gesteld zijn open en niet gestandaardiseerd (Migchelbrink, 2013).

Volgens Boeije (2014) gaat het bij een kwalitatieve survey om het beschrijven van de diversiteit aan gevoelens, gedachten en gedragingen, niet om de frequenties. Zo wordt er een beeld geschetst van een specifieke groep, op basis van een beperkt aantal interviews.

De kwalitatieve survey is daarom zo toepasselijk voor dit onderzoek, omdat de meningen van een concrete groep patiënten verzamelt en beschreven worden. Op deze manier kan de onderzoeksvraag het beste beantwoord worden. Door open vragen te stellen is er bewust ruimte voor de bevraagde patiënt om in eigen woorden over zijn ervaringen met de muziektherapie te vertellen.

Volgens Fischer en Julsing (2019) is het belangrijk dat de onderzoeker zo veel mogelijk onbevangen en onbevooroordeeld te werk gaat. Dit werd in dit onderzoek toegepast door de eigen mening over het onderwerp niet in de interviews te uiten en door objectief te blijven.

2.3 Dataverzameling

Data werd voornamelijk in vorm van open interviews met zes respondenten verzameld met als doel patiëntenervaringen te verkrijgen.

Aanvullend werd de behandelende muziektherapeut, Jörg Müller-Steffan, geïnterviewd om zo zijn methode en houding te kunnen definiëren. De muziektherapeutische houding was de context waarin de patiëntenervaringen in de discussie geplaatst werden.

In het onderstaande wordt ingegaan op de dataverzamelingstechnieken. Deze zijn geldig voor zowel de interviews met patiënten alsook het interview met de muziektherapeut.

Omdat de individuele ervaringen van de respondenten geïnventariseerd moesten worden, werden open interviews gevoerd.

Er werd gekozen voor een mondeling interview omdat deze gekenmerkt wordt door een grote mate van flexibiliteit (Baarda et al., 2013).

Door een mondeling interview te houden, werden de ervaringen van de respondenten het beste onderzocht. Indien iemand een vraag niet snapte kon deze mondeling op een andere manier geformuleerd worden. Er kon verder doorgevraagd worden wanneer iemand een onvolledig antwoord gaf en er werden ook vanuit de respondenten nieuwe gespreksonderwerpen verkregen. Zo werd de impliciete kennis (tacit knowledge) van de respondenten het beste verkregen (Boeije, 2014).

De respondenten werden niet in een groep, maar individueel bevraagd zodat diverse meningen hoorbaar werden en achteraf vergeleken konden worden.

Het voordeel van individuele gesprekken is dat de respondenten zich niet laten beïnvloeden door hun groepsgenoten en volgens Baarda et al. (2013) durven ze meer te vertellen omdat ze zich in een individueel gesprek minder voor hun mening of persoonlijke ervaring schamen.

Door voor individuele interviews te kiezen werd dus gehoopt meer persoonlijke, individuele ervaringen te verkrijgen. Vooral wanneer het gaat over persoonlijke ervaringen en gevoelens kan het in een groep moeilijker zijn om open te praten, maar hierop was de vraagstelling juist gericht.

De interviews vonden plaats in het muziektherapie-lokaal en er was niemand anders aanwezig dan onderzoeker en respondent. De interviews duurden tussen de 20 en 55 minuten, dat was afhankelijk van hoe uitgebreid de respondenten antwoord gaven en hoeveel ze vanuit zichzelf vertelden.

De zes respondenten werden bewust gekozen om een hoge mate aan variatie in de populatie te verkrijgen. Na ieder interview werd gereflecteerd of er voldoende variatie werd verkregen met de manier van vragen en de keuzes kwa respondenten. Het onderzoek werd dus tussendoor gecontroleerd. Dit wordt stapsgewijze iteratie van dataverzameling genoemd (Baarda et al., 2013).

Er werd gebruik gemaakt van een open interview techniek. De onderzoeker zorgde voor een brede verkenning door open te blijven voor hetgeen wat de respondenten verder nog belangrijk vonden om te zeggen.

Het was belangrijk om te ondervinden welke aspecten van cliëntgerichte muziektherapie de respondenten als waardevol ervaren of welke niet. De onderzoeker wilde hun vrije, eigen mening inventariseren en daarom werden open vragen gesteld.

De data werd vastgelegd door middel van een opname van het interview. Het interview is opgenomen met opname apparatuur. Hiervoor werd weer de toestemming van iedere respondent gevraagd. Met een opname kon het interview terug geluisterd en getranscribeerd worden.

Dit had als voordeel dat de onderzoeker tijdens het interview de volledige aandacht kon geven aan het stellen van vragen en het opmerkzaam beluisteren van de antwoorden.

De onderzoeker hoopte hiermee te bereiken dat de respondenten zich gehoord en serieus genomen voelden.

In dit onderzoek werd voor een een-moment opname gekozen. Dit wil zeggen dat de onderzoeker met iedere respondent één keer een interview af heeft genomen (Baarda et al., 2013). De onderzoeker wilde geen ontwikkelingen onderzoeken, maar ervaringen inventariseren en daarom was een een-moment opname het geschiktste om de onderzoeksvraag te beantwoorden.

De onderzoeker heeft voor een topicinterview gekozen. Dit houdt in dat de vraagmethode open is, maar dat de onderwerpen wel vastgelegd zijn. De onderzoeker had dus een lijst met topics die aan bod moesten komen, maar ze was vrij de vragen zelf te formuleren: Topiclijsten laten volgens Boeije (2014) altijd ruimte open zodat de onderzoeker zich aan kan passen aan de respondent.

De onderwerpen die zijn vastgelegd, komen voort uit de literatuur, die in paragraaf 1.6 is gebruikt. De topics waren daarom toegespitst op cliëntgerichte muziektherapeutische aspecten.

In Tabel 1 is een deel van de gebruikte topiclijst te zien.

Aan het begin van ieder interview werd de open vraag gesteld, hoe de respondent de muziektherapie algemeen heeft ervaren. Terwijl de respondent op deze vraag reageerde, kon de onderzoeker de lijst als oriëntatie gebruiken om door te vragen of een nieuw thema in te brengen.

Tabel 1

Voorbeeld vertaalde topiclijst.

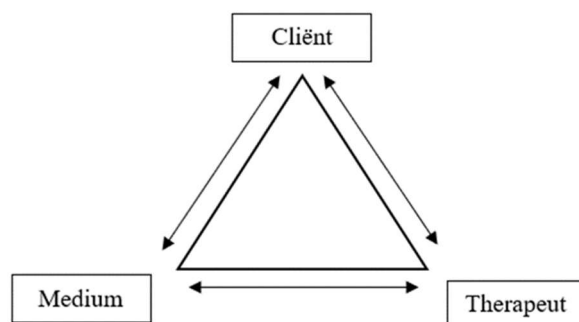
Wat zijn u ervaringen met de muziektherapie in het Alexianer ziekenhuis?

Begrip	Factoren	Aspecten vanuit literatuur	Mogelijke vragen
Cliëntgerichte muziektherapie	Cliënt	Relatie met therapeut	Gericht op mening en ervaring
		Relatie met de groep	
		Eigen keuzes	
		Meespraak	Was dit goed of storend voor u?
		Invulling van therapie	

Deze topiclijst was dus het meetinstrument en bevatte verschillende items met betrekking tot de ervaringen met cliëntgerichte muziektherapie. Voor de gehele topiclijst, zie Bijlage B.

De opgestelde topiclijst bevatte verder al eerste richtinggevende begrippen, ook wel sensitizing concepts genoemd (Baarda et al., 2013). De topiclijst werd onderverdeeld in de drie factoren: Cliënt- Therapeut- Medium. Smeijsters (2008) geeft aan, dat binnen alle drie de factoren doelgericht en methodisch gewerkt wordt aan de problematiek en dat er een dynamiek bestaat tussen deze factoren.

Gezien deze dynamiek volgens Smeijsters (2008) in iedere therapie sessie meespeelt, werd ervoor gekozen ook de vragen onder te verdelen in deze factoren. In Figuur 1 wordt verduidelijkt hoe deze drie factoren in relatie staan tot elkaar en wordt de dynamiek tussen de factoren uitgebeeld.



Figuur 1. De creatieftherapeutische driehoek. Aangepast overgenomen uit Handboek Creatieve Therapie (p.50) door H. Smeijsters, 2008, Bussum: Countinho. Copyright 2000, Uitgeverij Countinho.

Aan de hand van dit model konden de topics binnen de topiclijst overzichtelijk ingedeeld worden. Het model wordt gedurende de scriptie herhaald gebruikt om de coderingen te ordenen en de resultaten overzichtelijk gestructureerd weer te geven.

Daarom zijn het ook de eerste richtinggevende begrippen (sensitizing concepts): Ze werden in eerste instantie gebruikt om de topiclijst te ordenen, maar geven ook al een richting voor de analyse.

Daardoor werd gebruik gemaakt van de splitsingstechniek: een begrip werd in subtopics opgesplitst en dat geeft een overzicht van alle topics die gerelateerd zijn aan een bepaald begrip (Baarda et al., 2013). Deze topiclijst werd in de interviews gebruikt als een checklist zodat alle onderwerpen aan bod kwamen.

Door docenten en de opdrachtgever deze topiclijst te laten beoordelen zorgde de onderzoeker voor de inhoudsvaliditeit. Deze wordt volgens Van Buuren, Hummel, Slootmaker en Berkhout (2009) gewaarborgd door vakgenoten die beoordelen of het meetinstrument (de topiclijst) de verschillende aspecten van het begrip goed weerspiegelt.

Tijdens het interview kunnen volgens Baarda et al. (2013) ook belangrijke nieuwe gespreksonderwerpen naar voren komen waarop het onderzoek in kan gaan. Zo'n onderwerp kan dan bij het volgende interview al ingebouwd worden. Zo wordt het onderzoeksproces constant geëvalueerd en dit maakt het karakter van een kwalitatief onderzoek uit.

Muziektherapeut

Om de methode vast te stellen, die de behandelende muziektherapeut (meneer Müller-Steffan) gebruikt, werden eerst informeel gesprekken met hem gevoerd (persoonlijke communicatie, 09 september 2019).

Vanuit het informele contact werd duidelijk dat de therapeut bepaalde therapeutische interventies bewust inzet. Er werd daarom gekozen om hierover formeel contact aan te gaan en een interview met de muziektherapeut te voeren.

Dit interview werd op dezelfde manier gevoerd als de interviews met respondenten. Het was ook een topic interview.

Het interview werd echter per telefoon uitgevoerd omdat het COVID-19 virus en de daarmee verbonden maatregelen persoonlijk contact onmogelijk maakten.

De topiclijst die werd gebruikt tijdens het interview is te vinden in bijlage B.

Er werden vragen gesteld, zoals: “Hoe gedraag je je als therapeut?”, “Wat doe je?” en “Waarom kies je daarvoor?” Zo werden zijn therapeutische houding, doelen en interventies verkend. Het interview werd op dezelfde manier als de respondenteninterviews opgenomen, getranscribeerd en geanalyseerd.

Op de uitkomst wordt ingegaan in de resultaten.

2.3.1 Onderzoekspopulatie

Alle respondenten waren ambulante of stationaire opgenomen in het Alexianer ziekenhuis. Er werd gekozen om patiënten te interviewen die volgens de ICD-10 met een recidiverende depressieve stoornis, huidige episode ernstig zonder psychotische symptomen (F33.2) gediagnosticeerd waren. Zo kon een concrete uitspraak gemaakt worden over een kleine, geselecteerde populatie: de operationele populatie. Een tweede inclusiecriteria was dat de respondenten aan minstens vijf muziektherapiesessies hadden deelgenomen.

Een exclusiecriteria was een comorbide aandoening, zoals verslaving naast de depressieve stoornis. Daardoor zou de onderzoekspopulatie te groot worden en de depressie niet meer op de voorgrond staan, waardoor de resultaten van het onderzoek niet generaliseerbaar waren geweest.

In het selectieproces van respondenten werd gebruik gemaakt van gerichte steekproeven met een maximum aan variatie: Er werd gericht op zoek gegaan naar verschillende waarnemingseenheden die het beste aansluiten op de onderzoeksvraag (Baarda et al., 2013).

Om de dependability in vorm van “thick description” te waarborgen werd er binnen de geselecteerde onderzoekspopulatie gezorgd voor diversiteit van respondenten.

Daarom werd er gelet op diversiteit qua behandelgeschiedenis, sociale achtergronden, cultuur, leeftijd en geslacht.

In het volgende wordt dieper ingegaan op de grootte van de waarnemingseenheden. In kwalitatief onderzoek gaat de onderzoeker volgens Boeije (2014) zolang door met de interviews tot hij of zij geen nieuwe informatie meer krijgt. Op dit punt spreekt men van saturatie, dus inhoudelijke verzadiging (Baarda et al., 2013). Omdat beperkt tijd was voor de onderzoeksfase werden niet meer dan zes interviews afgenomen. De saturatiepunt werd daardoor niet helemaal bereikt, maar er werden voldoende onderzoekseenheden betrokken om een gevalideerde uitspraak te kunnen maken over de resultaten.

Verder werd dit onderzoek goed geïntroduceerd om een informed consent te waarborgen (Baarda et al., 2013). Er werd vanaf het begin absolute anonimiteit gegarandeerd, het doel en de relevantie van dit onderzoek werden schriftelijk uitgelegd, er werd vooraf beschreven wat de deelname aan het onderzoek inhoudt, hoeveel tijd het kost en wat er gedaan wordt met de gegevens. Dit gebeurde eerst mondeling, en voordat de interviews begonnen in vorm van een introductiebrief en toestemmingsformulier vanuit Zuyd Hogeschool en het Alexianer ziekenhuis (zie Bijlage A).

Binnen het selectieproces was er één weigering om mee te doen aan het onderzoek. Als reden werd aangegeven dat de cliënt niet eens was met haar gekregen diagnose. De zes overblijvende cliënten hebben meteen toegestemd en waren bereid een interview met de onderzoeker te voeren.

Alle respondenten werden in het muziektherapie-lokaal geïnterviewd. Dit werd bewust gedaan om zo de herinneringen van de respondenten op te frissen.

Door het theoriegerichte selectieproces werd ervoor gezorgd dat de onderzoekseenheid representatief was voor de doelgroep: Cliënten met een recidiverende depressieve stoornis, huidige episode ernstig zonder psychotische symptomen (F33.2). Dit verhoogd de mogelijkheid de uitkomsten te kunnen generaliseren. Aan de hand van de gekozen respondenten wordt op de eerste blik duidelijk dat er minder mannen dan vrouwen geïnterviewd werden (zie Tabel 2).

Dit komt overeen met de stelling vanuit de World Health Organization (2018) dat vrouwen waarschijnlijker een depressie krijgen dan mannen.

In Tabel 2 zijn de gegevens van de zes respondenten overzichtelijk weergegeven. Meer informatie over de respondenten is te vinden in Bijlage F.

Tabel 2*Gegevens respondenten*

Respondent	Leeftijd	Geslacht	Sociale achtergrond	Diagnose	Aantal MT-sessies
1	24	Vrouw	Duits Abitur	F33.2	7
2	46	Vrouw	Turks, sinds 1996 in Duitsland	F33.2	5
3	31	Vrouw	Afgesloten studie	F33.2	16
4	60	Vrouw	Maatschappelijk werker	F33.2	5
5	37	Man	-	F33.2	3
6	53	Man	Werkloos	Matige depressieve episode (F32.1)	8

2.3.2 Ethische aspecten

De cliënten hadden sowieso twee keer per week muziektherapie gekregen, daarom hadden ze geen voordeel aan het meedoen aan de interviews.

De respondenten hebben vrijwillig aan het onderzoek meegedaan en expliciet toestemming gegeven in de vorm van informed consent (Boeije, 2014).

Er werd een informatiebrief aan de respondenten voorgelegd en ze werden gevraagd om een toestemmingsverklaring te ondertekenen (zie Bijlage A).

De respondenten werden voorgelicht over het doel en de werkwijze van het onderzoek, waardoor ethisch correct gehandeld werd.

Bovendien werden vanuit Zuyd Hogeschool een verklaring tot geheimhouding en de Nederlandse gedragscode voorwaardelijk gesteld aan het onderzoek en door de onderzoeker ondertekent (zie Bijlage J).

Verder werd de anonimiteit gewaarborgd doordat binnen dit onderzoek geen namen verwerkt werden. Volgens Baarda et al. (2013) moet niet te herkennen zijn wie welke informatie heeft verstrekt en daarom werden metingen niet aan personen gekoppeld. Verder mochten de uitkomsten van het onderzoek geen nadelig effect voor de respondenten hebben (Baarda et al., 2013). Er werd goed stil gestaan bij dit punt en er werd duidelijk dat niemand van de respondenten schade kon nemen aan de uitkomsten van het onderzoek. Verder moest erop gelet worden dat de respondenten in de interviews niet vanuit sociale wenselijkheid antwoordden, maar vanuit hun eigen ervaringen vertelden. Vooral bij mensen met depressieve stoornissen is het belangrijk om hier goed op te letten door vragen zo min mogelijk suggestief te stellen.

Door zich onafhankelijk van de inrichting op te stellen, maakte de onderzoeker tevens duidelijk dat ze een extern persoon was en dat de mening van de respondenten alleen voor het onderzoek werd gebruikt.

2.4 Datapreparatie

In een interview hebben de respondenten niet alleen verbaal gecommuniceerd.

In een gesprek tussen mensen gebeurt altijd meer: We maken ook gebruik van non-verbale communicatie. Omdat er in het interview over individuele ervaringen gepraat werd kon het gebeuren dat een cliënt een affect uiting maakte.

Het gebeurde dat een respondent over een instrument vertelde maar de naam niet wist. Dan was het mogelijk om daarop te wijzen en de onderzoeker kon de naam zeggen.

De onderzoeker heeft ervoor gekozen om een geluidsopname te maken en dus het non-verbale gedrag niet op te nemen (bijvoorbeeld met een video camera). Een video camera geeft meteen het gevoel geobserveerd te worden en is niet zo makkelijk te negeren.

Het non-verbaal gedrag was echter niet relevant voor de beantwoording van de onderzoeksvraag omdat het de verbale uitingen alleen ondersteunde. Een geluidsopname was daarom voldoende en de onderzoeker kon zich gericht focussen op het doorvragen en luisteren.

Door het interview op te nemen kon de onderzoeker het interview achteraf in zijn geheel transcriberen. Er werd ervoor gekozen geen delen te selecteren, maar alles precies uit te schrijven om zodoende alle ervaringen en uitingen van de respondenten mee te kunnen nemen naar de analyse.

De transcribatie werd door de onderzoeker zelf uitgevoerd met behulp van het transcriptie programma: Listen N write.

In de eerste interviews werden pauzes, klemtonen en tussenwoordjes allemaal mee getranscribeerd. Nadat duidelijk werd, dat dit geen toegevoegde waarde had, werden de tussenwoordjes en klemtonen bij de laatste drie interviews niet meer mee getranscribeerd.

2.5 Data-analyse

De data-analyse is een proces waarin we het waargenomen analyseren en het geanalyseerde reflecteren. Dit proces wordt voortdurend herhaalt en heet iteratief proces (Baarda et al., 2013). In dit onderzoek gingen cliënten dieper op aspecten van muziektherapie in, waar niet expliciet naar gevraagd werd. Tijdens de analyse viel dit op en werd dit aspect toegevoegd in de topiclijst. Zo maakte ik continu gebruik van het iteratief proces.

In dit onderzoek werd gebruik gemaakt van de codering principes van de Grounded Theory, ontwikkeld door Glaser en Strauss (1967). Een open houding van de onderzoeker is hier belangrijk en wat er op conceptueel niveau bedacht en geïnterpreteerd wordt moet gecontroleerd worden in het empirisch materiaal (Wheeler, 2005). Betrokken op dit onderzoek betekent dat: De interpretaties en conclusies die ontstonden zijn gebaseerd op de interview protocollen.

Door open te coderen ging de onderzoeker niet op zoek naar bevestiging van wat er al bekend was, maar stond ze open voor thema's en aspecten die ze vooraf nog niet in het vizier had. Door in de exploratiefase (de eerste fase van het coderen) open te coderen kon de onderzoeker in kaart brengen welke elementen van het interview van belang waren voor het beantwoorden van de onderzoeksvraag. Door in codes samen te vatten wat er als belangrijk geacht werd, werd een overzicht van thema's verkregen (Boeije, 2014).

Om aan deze beschrijvende codes te komen, werden drie verschillende manieren van open coderen toegepast: In vivo coderen, gericht coderen en samenvattend coderen.

In vivo coderen houdt in dat de belangrijke woorden in het interview letterlijk als code over worden genomen. Het voordeel hiervan is dat de codes die toegekend worden dicht bij het materiaal blijven (Baarda et al., 2013). Een tweede manier is het gericht coderen. Hierbij worden codes gezocht die van belang zijn voor het beantwoorden van de onderzoeksvraag, maar deze worden niet letterlijk overgenomen van het materiaal: De onderzoeker kan de codes dus meer laten aansluiten bij de terminologie (Baarda et al., 2013). Het samenvattend coderen houdt in dat de onderzoeker probeert te verwoorden wat de kern is van een segment en dit kernwoord vormt vervolgens de code (Baarda et al., 2013).

Deze drie manieren van open coderen werden afwisselend toegepast tijdens het coderen van de interviews. Volgens Baarda et al. (2013) is het belangrijk om tussen de verschillende manieren van open coderen af te wisselen om zo vanuit verschillende kanten naar het materiaal te kunnen kijken.

Op basis van de sensitizing concepts, die al in de topiclijst werden opgesteld, werden de open codes al in eerste categorieën geordend.

Omdat de interviews in het Duits werden afgenomen, is ervoor gekozen de open codes ook in het Duits te maken om dichter aan de woordkeuzes van de patiënten te blijven.

In een volgende stap werden alle open codes naar het Nederlands vertaald, zodat de volgende fase in het Nederlands uitgevoerd kon worden.

Binnen de specificatiefase werd axiaal gecodeerd. Door de losse codes van het open coderen in een structuur te plaatsen, werd er duidelijk hoe de codes verder gegroepeerd konden worden (Smeijsters, 2006). Met behulp van constante vergelijking werden de overeenkomsten en verschillen tussen de codes geordend. Gelijktijdig werd er gezorgd voor datareductie: Het aantal codes werd minder door ze samen te vatten maar ook door te kijken welke codes belangrijk waren voor de beantwoording van de onderzoeksvraag. Zodra er codes werden gevonden die niet belangrijk waren voor het beantwoorden van de vraag, werden deze geschept en niet verder mee genomen in de analyse. Volgens Boeije (2014) wordt de data daardoor overzichtelijker.

Door de codes in hiërarchische boomstructuren te ordenen werden de overeenkomsten tussen de codes duidelijker en overzichtelijker en werden samenhangen duidelijk (Baarda et al., 2013).

Binnen de reductiefase werden de ontwikkelde concepten toegepast om zo te komen tot een systematische beschrijving van het onderzoeksobject (Baarda et al., 2013). In dit onderzoek werden dus de gestructureerde, gegroepeerde codes toegepast om tot een systematische beschrijving te komen van de ervaringen van de respondenten met cliëntgerichte muziektherapie. In de resultaten wordt deze beschrijving weergegeven.

2.6 Kwaliteit

Een belangrijk thema is het waarborgen van betrouwbaarheid (trustworthiness) in onderzoek. In het volgende wordt ingegaan op hoe de kwaliteit van dit onderzoek gewaarborgd werd.

Het eerste kwaliteitscriterium waarop wordt ingegaan is Confirmability.

Confirmability houdt volgens Smeijsters (2006) in dat een buitenstaander moet kunnen volgen hoe de resultaten tot stand zijn gekomen.

Door een logboek bij te houden, werden alle methodische keuzes, de ontwikkeling van de theorie en de afgebakende codes vastgesteld. Daardoor zorgde de onderzoeker voor overzicht en transparantie in het onderzoeksproces.

De transcripties van alle interviews werden op figshare opgeslagen en kunnen op aanvraag inzichtelijk gemaakt worden.

Verder werd in het logboek opgeschreven in hoeverre persoonlijke verwachtingen en persoonlijke motivatie de interpretaties zouden kunnen beïnvloeden. Door dit in een logboek te benoemen kon de onderzoeker hierover reflecteren en kon hij waarborgen dat de resultaten van het onderzoek op een objectieve manier tot stand zijn gekomen. Dit logboek is terug te vinden in Bijlage F en is onderverdeeld in een begrippenmemo, profielfmemo, theoriememo, methodememo en recapitulatiememo. Verder zijn voorbeelden van de open en de axiale codering opgenomen in de bijlagen (zie Bijlage C & Bijlage D). Zo kan een buitenstaander nauwkeurig volgen hoe de resultaten tot stand zijn gekomen.

Om de Credibility van een onderzoek te waarborgen, moeten de resultaten voor de respondenten geloofwaardig zijn (Smeijsters, 2006). Daarom werd in dit onderzoek gebruik gemaakt van triangulatie en member-checking.

Binnen dit onderzoek is er geen methodetriangulatie gebruikt, maar triangulatie binnen één databron:

Door theoretical sampling toe te passen, werd de diversiteit in de onderzoekspopulatie gewaarborgd. De patiënten verschilden in eigenschappen (leeftijd, geslacht, achtergrond, aantal sessies) en daardoor kon een volledig beeld van patiëntenervaringen beschreven worden. Voor dit onderzoek is dit van belang, omdat de resultaten daardoor beter gegeneraliseerd kunnen worden.

Ook met de therapeut werd een interview afgenomen, om zodoende de patiëntenervaringen te kunnen plaatsen binnen zijn doelstellingen. De data werd dus uit verschillende invalshoeken verzameld.

Door de bevindingen door de respondenten te laten toetsen, werd gebruik gemaakt van member-checking (Baarda et al., 2013). Echter werd de member-check meteen na het voeren van een interview gehouden: De onderzoeker heeft samengevat wat zij als belangrijke aspecten heeft waargenomen in het interview. De respondenten konden dan toestemmen of nog aanvullingen geven.

Met de geïnterviewde muziektherapeut kon een uitgebreidere member-check worden gedaan: de data-analyse vanuit zijn interview werd aan hem voorgelegd en hij kon de gedane interpretaties en conclusies toetsen.

Volgens Smeijsters (2006) houdt dependability in, dat de resultaten zo compleet mogelijk moeten zijn en de uitkomsten gecontroleerd moeten worden. Peer debriefing is een strategie om dit te waarborgen. Dit houdt in dat er vakgenoten ingeschakeld worden die de bevindingen van de onderzoeker toetsen (Baarda et al., 2013). Dit is een belangrijke strategie, omdat de onderzoeker zelf het belangrijkste instrument is binnen kwalitatief onderzoek. De onderzoeker heeft bepaalde verwachtingen en waarden, waardoor het belangrijk wordt het werk door, niet direct bij het onderzoek betrokken, collega's te laten lezen (Boeije, 2014).

Ten eerste werden de bevindingen van de onderzoeker besproken en gediscussieerd met medestudenten. Dit vond in wekelijkse intervisies plaats en er werden deels ook vaktherapiestudenten van andere media ingeschakeld.

Verder werd de onderzoeker vanuit Hogeschool Zuyd begeleidt in het onderzoeksproces. Hier werd een terugkoppeling met vakdocenten gehouden, waardoor peer debriefing een essentiële strategie werd om de betrouwbaarheid van dit onderzoek te waarborgen.

De methodes en interpretaties werden door vakdocenten kritisch beoordeeld.

Verder werden de codebomen die door het axiaal coderen zijn ontstaan, in deze scriptie als bijlage toegevoegd (zie Bijlage E). Ook de gebruikte topiclijst en een voorbeeld van zowel de open codering alsook de axiale codering werden in de bijlagen opgenomen (zie Bijlagen B, C, & D). Daarmee werd de dependability op een derde manier gewaarborgd: een neutrale lezer zou de conclusies begrijpen omdat de documenten in de bijlagen aanwezig zijn. Iemand die geen kennis heeft over de studie zou dus wel de conclusies na kunnen gaan en het onderzoek kunnen repliceren.

Authenticity werd gewaarborgd doordat er open interviews gehouden werden. De respondenten kregen daardoor de mogelijkheid om in te gaan op de aspecten van cliëntgerichte muziektherapie die zij belangrijk vonden. De respondenten hebben dus een

faire kans gehad om hun visie in te brengen en dit is volgens Smeijsters (2006) de definitie van authenticity. Verder is dit kwaliteitscriterium voor dit onderzoek van groot belang: De vraagstelling richt zich op de ervaringen van depressieve cliënten en de authenticiteit van hun antwoorden is essentieel voor beantwoording van de vraagstelling.

Transferability houdt in dat de resultaten zo uitgewerkt moeten zijn dat het mogelijk is te beoordelen waarin een nieuwe context verschilt of overeenkomt (Smeijsters, 2006).

Er werd een zo gedetailleerd mogelijke beschrijving gegeven van onder andere de onderzoeksobjecten en de methodes die gebruikt zijn. Volgens Maso en Smaling (1998) is het de lezer die bepaalt of de onderzoekssituatie overdraagbaar is naar de eigen te onderzoeken situatie. Doordat de resultaten gedetailleerd zijn uitgewerkt, kan de lezer bepalen hoe overdraagbaar dit onderzoek voor zijn situatie is.

Tot slot biedt literatuurstudie een houvast voor interpretaties en konden bevindingen met literatuur onderbouwd en getoetst worden (Baarda et al., 2013).

Met behulp van begripsvaliditeit werd nagegaan of de toepassing van het meetinstrument tot resultaten leidde die ook vanuit de theorie te begrijpen zijn (Van Buuren et al., 2009). Zo werden conclusies en begrippen aan de hand van de literatuur bevestigd.

3. Resultaten

In dit hoofdstuk zullen de resultaten van de gevoerde interviews worden beschreven.

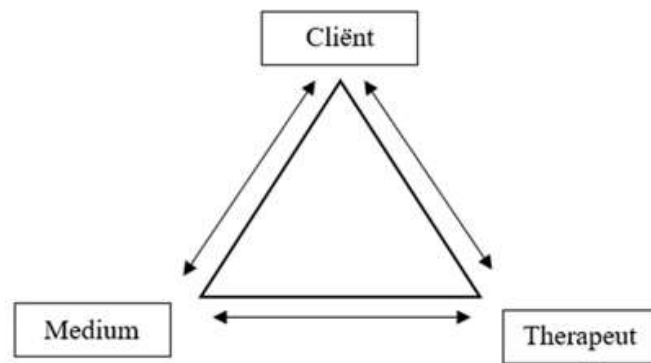
In paragraaf 3.1 wordt ingegaan op de resultaten van de patiënteninterviews. De analyses van de zes patiënteninterviews zijn hierin met elkaar vergeleken en vormen de inventarisatie van de patiëntenervaringen met de muziektherapie. De overkoepelende kerncategoriën met bijbehorende subthema's worden in de vorm van figuren weergegeven en in de lopende tekst toegelicht.

In paragraaf 3.2 wordt ingegaan op de resultaten van het interview met de muziektherapeut en op deze manier wordt zijn therapeutische houding geïnventariseerd.

Om de anonimiteit te waarborgen, worden ook in dit hoofdstuk geen namen genoemd. De respondenten worden met de benaming R1-R6 beschreven.

3.1 Resultaten vanuit interviews met cliënten

Iedere respondent benoemde de volgende overkoepelende kern categorieën: “Individuele ervaringen”, “Groep”, “Therapeutische houding”, “Deskundigheid”, “Werkvormen”, “Afleiding van gedachtepatronen” en “Lokaal”. Binnen de analyse werden deze kerncategorieën met elkaar vergeleken en samengevat. Iedere kerncategorie heeft verschillende subcategorieën die helpen om het begrip nauwkeuriger te kunnen beschrijven. In het volgende worden de kerncategorieën met bijbehorende subcategorieën toegelicht. Om de leesbaarheid van dit hoofdstuk te vergroten, is ervoor gekozen de categorieën te sorteren in drie factoren: Cliënt- Therapeut- Medium (zie Figuur 1).

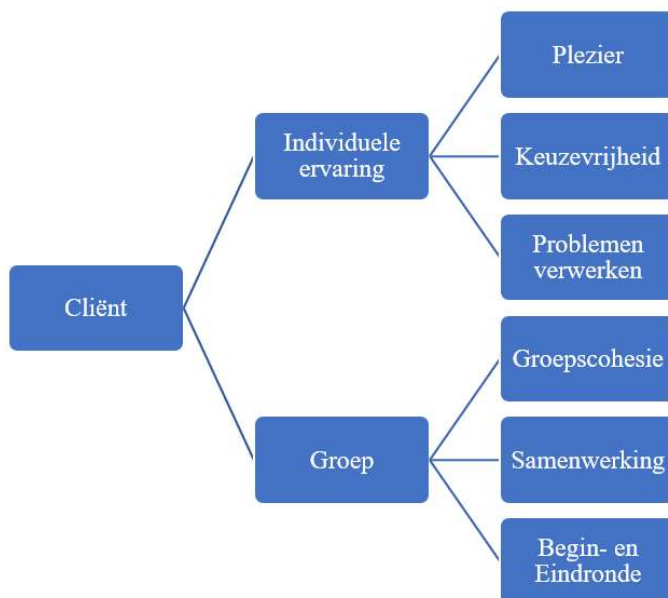


Figuur 1. De creatieftherapeutische driehoek. Aangepast overgenomen uit *Handboek Creatieve Therapie* (p.50) door H. Smeijsters, 2008, Bussum: Countinho. Copyright 2000, Uitgeverij Countinho.

Figuur 1 werd binnen deze scriptie al gebruikt om de topiclijst en eerste sensitizing concepts op te stellen en de verkregen codes uit de interviews te ordenen. Daarom is ervoor gekozen de resultaten binnen dit model weer te geven.

3.1.1 Ervaringen gericht op Cliënt

Binnen de factor cliënt zijn twee thema's te onderscheiden: "Individuele ervaring" en "Groep". Deze laten zich onderverdelen in subcategorieën (zie Figuur 2). In het volgende worden deze categorieën verder uitgelegd.



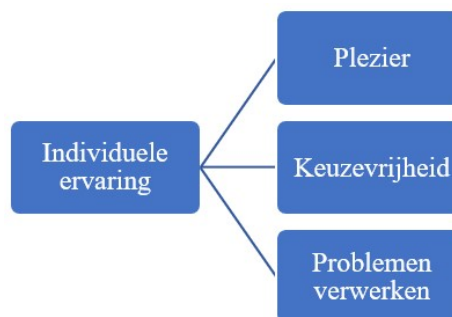
Figuur 1. Boomstructuur Cliënt.

Individuele ervaring

De kerncategorie “Individuele ervaring” laat zich onderverdelen in drie subcategorieën: Plezier, Keuzevrijheid en Effect (zie Figuur 3). Deze zullen hieronder verder uitgewerkt worden.

Plezier

Door iedere respondent werd benoemd dat de muziektherapie als positief en plezierig werd ervaren. Alle respondenten beschrijven een duidelijke stemmingsverbetering en benoemen aspecten zoals voorpret en aanhoudende, goede stemming.



Figuur 2. Boomstructuur Individuele ervaring.

“Het heeft me eigenlijk altijd goed gedaan, ik ben er eigenlijk altijd beter uit gegaan dan binnen gekomen” (R4). R4 geeft aan de muziektherapie met een betere stemming te verlaten, dan ze 50 minuten eerder was binnen gekomen.

R2 geeft aan altijd een goed gevoel te krijgen door naar muziek te luisteren of door te zingen:

“Door naar muziek te luisteren of zingen, heb ik altijd een goed gevoel . . .

Ik hou van muziek”.

Ook R5 beschrijft de muziektherapie met een goed humeur te verlaten, vanwege het plezier dat hij binnen de sessie heeft ervaren:

Onderzoeker: Wanneer je hier weg gaat . . . laat je dan alle gevoelens die zijn ontstaan hier of neem je die mee?

R5: Ik ben daar soms mee naar buiten gegaan, omdat ik hier plezier had, bijvoorbeeld door op de gitaar te spelen en dan was ik op dat moment ook blij dat we zoiets deden en volgende keer weer zoiets kunnen spelen . . . En dat doet me ook goed, algemeen muziek doet me soms goed.

R6 benoemt een ontwikkeling in het effect:

Aan het begin was het zo: Wanneer het voorbij was, had je er ook geen gedachtes meer over, dan was je weer in het oude schema gevallen . . . Nu naar het einde toe is het steeds beter gegaan, dan had je al voorpret: oh we hebben morgen weer muziektherapie!

Gelijktijdig beschrijven twee van de zes respondenten dat de stemming soms ook verslechterd werd binnen de muziektherapie: Als redenen werden hiervoor hard geluid of te sterke gedachtepatronen genoemd. R1 beschrijft twee verschillende effecten: *“Dat je hier goed gehumeurd naar buiten gaat . . . Dat ik hier duidelijk gespannen naar buiten ga, vanwege het harde volume”*. *“Wanneer het al oké gaat met me, dan heeft het meestal een positief effect”* (R1). Het effect van de muziektherapie verschilt bij R1. Het werkt of stemming verbeterend of juist stemming verslechterend. Ze geeft een mogelijke reden en benoemt dat haar al bestaande gemoedstoestand invloed heeft op het effect van de therapie.

Keuzevrijheid

Bovendien werd door iedere respondent de keuzevrijheid binnen de muziektherapie benadrukt.

Dit betreft ten eerste individuele keuzes. *“Dat je altijd zelf kon beslissen, dat je ook de mogelijkheid had om te zeggen: Ik hou me er vandaag buiten en wil alleen maar luisteren en niet meedoen”* (R1).

Maar ook de groep was betrokken in het maken van keuzes. *“Iedereen kon dan voor een lied kiezen, een voorstel doen, en bij meerdere voorstellen heeft hij dan laten stemmen. Er werd heel democratisch beslist”* (R4). Verschillende voorkeuren werden afgestemd en er werd democratisch beslist. R5 beschrijft het keuzeproces meer vanuit de groep als eenheid. *“Daarna hadden we samen besloten dit lied samen uit te proberen met verschillende instrumenten. We hebben dit als groep beslist”* (R5).

R3 benoemt dat deze vrijheid zowel voor- alsook nadelen heeft:

“Deze vrijheid is aan de ene kant eerst bevreemdend . . . Dan zit je hier de eerste keer en denkt: Hoe moet ik kiezen wat we doen als ik geen idee heb wat haalbaar is?”.

“In het begin was het heel overvragend, dan was je zo: Wat moet ik doen, ik heb geen idee. En achteraf heb je . . . je leert weer eigen keuzes te maken” (R3). R3 beschrijft een ontwikkeling in het omgaan met de keuzevrijheid. Ze geeft aan dit aan het begin van de therapie bevreemdend en overvragend te hebben ervaren, maar benadrukt wel dat ze daardoor heeft geleerd weer eigen keuzes te maken.

Problemen verwerken

Twee van de zes respondenten hebben persoonlijke problemen binnen de muziektherapie verwerkt en positieve ervaringen gemaakt. Dit therapie succes willen ze meenemen naar hun dagelijks leven.

R3 beschrijft hoe het muzikale spel haar heeft geholpen om ook aan haar problematiek te werken:

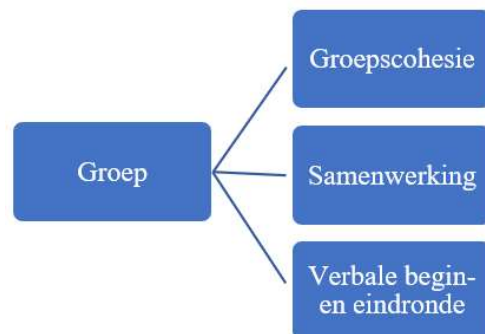
Er hoort moeite en uithoudingsvermogen bij en ook frustratie. En dat heeft me zo een beetje opgehaald van de punt waar ik van te voren was. Dit ehm, ik mag geen fouten doen en ik kan op werk niet dat verrichten wat geëist wordt . . . En daarom was het goed om in een omgeving te beginnen waar niets kan gebeuren, ook als je dat denkt.

R5 heeft binnen de muziektherapie een vertrouwensband opgebouwd met zijn medecliënten en geeft aan deze succeservaring mee te willen nemen naar het dagelijkse leven:

Ik vind het goed dat je met anderen open kunt praten hier, omdat dit vertrouwen creëert. Ik hoop dat ik dit vertrouwen ook misschien mee naar huis kan nemen, wanneer ik dan thuis ben en dan ook naar onbekende personen zo kan zijn zoals ik hier ben. En me dan niet weer terug trek en niet durf.

Groep

In het volgende wordt ingegaan op de kerncategorie “Groep”. Deze laat zich weer onderverdelen in drie subcategorieën: Groepscohesie, Samenwerking en Begin- en Eindronde (zie Figuur 4).



Figuur 3. Boomstructuur Groep.

Groepscohesie

De respondenten beschreven verder het grote belang van de groep zelf, die invloed heeft op het therapieproces. Vooral de groepscohesie leek binnen de muziektherapie versterkt te worden. “De groep heeft samengewerkt hier in de muziek en... dat is echt cool” (R6). Verder beschrijft hij hoe snel er conformiteit ontstond binnen het muzikale spel. “Wanneer een iemand plotseling sneller werd, dan hoorde je... dan hebben de anderen zich meteen aangepast aan hem” (R6).

R3 vergelijkt het belang van de groep binnen de muziektherapie met andere therapieën:

We willen aan het eind samen iets bereiken en dat is... Dat geeft zo’n leuk gevoel van samenhorigheid. Meer nog dan het sporten, omdat je daar zo, nou dat is meer

competitief. En in de ergotherapie is het meer: je op jezelf focussen en van jezelf dingen verwerken. En muziek was zo de . . . meest geschikte vorm voor zo'n gemeenschappelijke activiteit.

Ze geeft aan dat muziektherapie de groepscohesie en de samenhang heeft bevordert. Meer dan het andere therapieaanbod.

Verder geeft R3 hiervan een voorbeeld: Door samen te musiceren wordt een gevoel van gemeenschap creëert. *“Maar om als groep samen te zingen dat heeft nog iets, ik weet het niet, dat creëert zo'n heel apart gevoel van gemeenschap. Zo met elkaar zijn gewoon”* (R3).

R4 geeft aan dat ze het leuk vindt om samen met iedereen te zingen en geeft als mogelijke reden: *“Het gemeenschappelijke, dit ja, en bovendien gaat mijn zang dan in de groep ook een beetje onder (lacht)”*. Voor R4 heeft de groep dus ook binnen het medium een voordeel: Ze staat niet in het middelpunt van de aandacht terwijl ze zingt.

Samenwerking in de groep

R1 beschrijft de samenwerking binnen de muziek als positief. *“Dat we als groep een lied hadden en dit samen ook echt leuk heeft geklonken, dat was een leuk belevenis. Ja, omdat je dat als groep hebt bereikt”* (R1). Door middel van muzikale feedback kunnen succeservaringen binnen de muziek en samen als groep worden gemaakt.

Ook R6 geeft aan, dat er binnen de muziek veel samen werd gewerkt en werd afgestemd op elkaar: *“Iedereen speelde zijn eigen toon, maar achteraf paste het wel samen. Toen luisterde iedereen wel heel goed”*.

R3 beschrijft het belang van vertrouwen onderling:

Maar toch, de groep was heel belangrijk. En dat je er een gevoel voor krijgt, dat je kunt bouwen op de ander, ook als je verbaal niet op dezelfde golflengte zit . . . Dat je dan zegt ok, we kunnen elkaar alsnog vertrouwen in die zin dat je je aan afspraken houdt en iedereen zijn best doet.

R5 beschrijft dat de groep samen een lied heeft uitgewerkt. Daarin werd eerst individueel geoefend en daarna samengewerkt om het lied als groep te kunnen spelen. *“In het begin is het individueel geweest, iedereen eerst voor zichzelf. En achteraf werd er dan samen uitgetoetst of het harmonisch lukt of niet”* (R5). De belangstelling voor harmonie staat

voor R5 in de samenwerking op de voorgrond. Net zoals bij R1 is de muzikale feedback, een harmonisch eindproduct, van belang voor R5.

Verbale begin- en eindronde

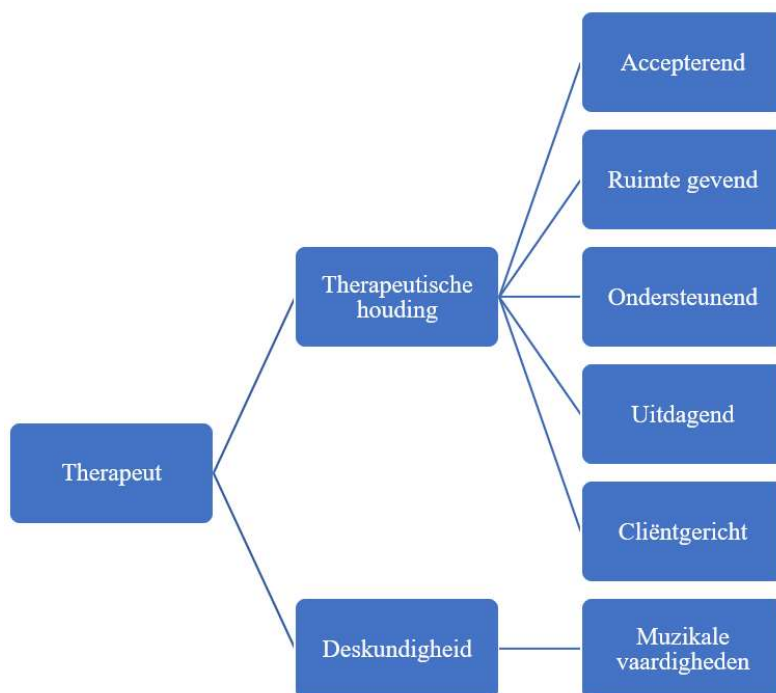
Ook werden verwachtingen, gevoelens en ervaringen binnen een begin- en eindronde met elkaar besproken. R1 beschrijft de beginronde als een mogelijkheid om het eigen bevinden te evalueren maar ook als mogelijkheid om keuzes mee te delen:

Door de vraag die hij altijd aan het begin heeft gesteld: hoe het gaat maar ook of je in staat bent om te werken. En daarmee kon je het ook zelf beperken en ook zeggen ik ga er helemaal voor en doe mee, of ik doe alleen mee wanneer het makkelijk is of ik luister alleen. En dat is ook in orde, daardoor heeft hij gesignaleerd dat het oké is als je niet mee doet.

De therapeut stelt dus in de beginronde de vraag hoe het gaat en iedere respondent reageert daarop. R1 benadrukt de keuzevrijheid en de acceptatie van de therapeut wanneer een cliënt kiest om niet actief mee te doen. R5 beschrijft ook de eindronde als een moment waarin gevoelens en ervaringen met de groep gedeeld worden: “*Dan heeft iedereen verteld hoe hij zich voelt . . . in de groep valt het nu mee, maar ik vind het moeilijk mijn gevoelens te uiten of er met onbekende mensen over te praten*”. Voor hem was de verbale eindronde een oefening om gevoelens te delen met anderen.

3.1.2 Ervaringen gericht op therapeut

De ervaringen met betrekking tot de therapeut laten zich groeperen onder twee kern categorieën: De therapeutische houding en de deskundigheid van de therapeut (zie Figuur 5).

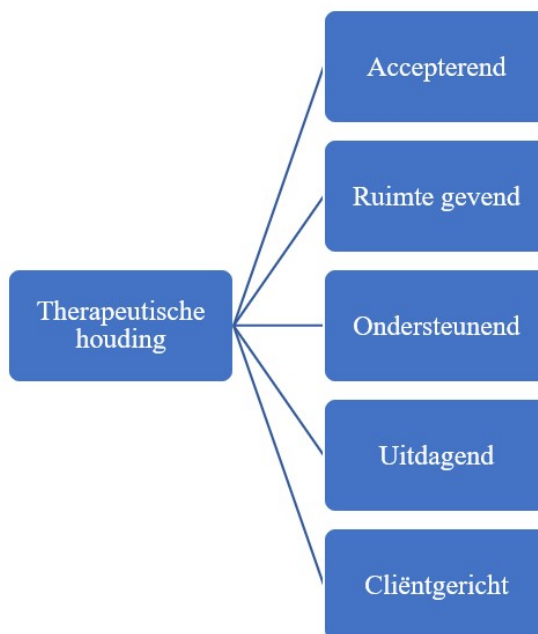


Figuur 4. Boomstructuur Therapeut.

In Figuur 5 wordt duidelijk dat de therapeutische houding vanuit vijf verschillende subcategorieën wordt beschreven. De deskundigheid wordt toegespitst op één subcategorie. De categorieën worden in het volgende verder toegelicht.

Therapeutische houding

De therapeutische houding laat zich onderverdelen in vijf subcategorieën: Accepterend, Ruimte gevend, Ondersteunend, Uitdagend en Cliëntgericht. Hierbij gaat het om vijf verschillende houdingen die de therapeut aanneemt en die door iedere respondent worden beschreven (zie Figuur 6).



Figuur 5. Boomstructuur Therapeutische houding.

Accepterend

De therapeut werd door alle zes respondenten als accepterend ervaren.

R3 geeft een voorbeeld hoe de therapeut deze houding heeft overgebracht: *“Het was zijn hoofdonderwerp om te zeggen: Het is een uitnodiging. Wanneer je zegt dat is nu niets voor mij, dan kun je ook verder weg gaan zitten”*.

R3 gaf aan dat ze zelf problemen had, haar eigen fouten (binnen de muziek) te accepteren en zichzelf hier niet voor te straffen. De accepterende houding van de therapeut heeft invloed gehad op haar. *“Gewoon die zin: Het is oke fouten te maken”* (R3).

Ook R4 geeft een voorbeeld: *“Het zijn ook werkelijk volwassenen die hier zitten en ook daarom gerespecteert worden en ook hun gemoedstoestanden. Wanneer iemand ook eens stiller was en niet mee deed, dan heeft hij dit ook zo geaccepteerd”*.

R6 geeft aan nooit deelgenomen te hebben aan actieve werkvormen. Hij wilde dit niet en beschrijft dat de therapeut deze keuze accepteerde.

R6: Hij heeft ook niet gezegd: je moet nu meedoen.

Onderzoeker: Ik wilde nu ook vragen hoe hij daarop reageerde dat jij altijd wilde luisteren.

R6: Hij was het daarmee eens, ja. Hij heeft me, zoals gezegd, verschillende instrumenten gegeven maar die heb ik na twee minuten ook weer weg gelegd. (R6)

R6 had het gevoel dat hij beter kon profiteren wanneer hij luisterde naar de muziek die gemaakt werd, en hoewel de therapeut hem instrumenten heeft aangeboden, beschrijft hij dat er nooit de verplichting was om actief mee te spelen.

Ruimte gevend

De ruimte gevende houding werd volgens de respondenten zowel verbaal alsook muzikaal duidelijk.

Gelijktijdig kreeg volgens R1 iedereen de ruimte om eerst voor zichzelf te oefenen en het gekozen instrument te verkennen:

Hij heeft ook een beetje mee geholpen, dus hij is rondgegaan, heeft geluisterd en ook hulp gegeven of tips hoe je dat beter kunt doen. Maar hij heeft zich er uiteindelijk ook veel buiten gehouden en ons meer geobserveerd . . . Als je vragen had, was hij ook altijd aanwezig.

R3 vat dit samen: „*Je weet het, je kunt erop vertrouwen dat er iemand is maar je hebt ook veel vrijheid*”.

R4 benadrukt tevens de vrijheid die de therapeut geeft, maar geeft gelijktijdig wel aan dat de therapeut een duidelijke structuur heeft binnen een sessie. “*Hoewel hij zoveel vrijheid geeft, is het toch heel gestructureerd. Hij moet ook een beetje direct zijn zodat de groep haar weg vindt. Alleen zou dat niet lukken*” (R4).

Ondersteunend

R5 geeft aan dat de therapeut tijd heeft genomen voor iedereen om tips voor het bespelen van instrumenten te geven. “*Hij heeft de tijd genomen voor iedereen, is naar iedereen toe gegaan en heeft gekeken of hij het juist doet of wat hij fout doet. En dan heeft hij ook tips gegeven*” (R5). Ook R4 beschrijft deze ondersteunende rol op muzikaal niveau.

“*Ja en dan natuurlijk ook helpen, omdat degenen die muziekinstrumenten spelen, die weten ook vaak niet- die proberen ook op nieuwe instrumenten te spelen en dan hebben ze ook een instructie nodig om te kunnen spelen*” (R4). Door instructies voor het bespelen van instrumenten te geven, heeft de therapeut een helpende rol aangenomen.

R2 benoemt dat de therapeut actief mee heeft gespeeld: “*Heel vriendelijk... Altijd meespelen, ik vind dit leuk*”.

R6 heeft het als positief ervaren dat de therapeut ook op problemen inging en hiervoor de tijd nam. “*Hij ging er ook op in wanneer iemand problemen had. Ja, hij was echt super*” (R6).

Uitdagend

R4 geeft aan dat de therapeut in sommige situaties uitdagend is en vindt dit zelf ook waardevol. Het motiveert haar om het aanbod serieus te nemen en om zich in te spannen.

Dus niet dat je zomaar halfslachtig meezingt, dus hij probeert dan wel te bereiken dat je je een beetje inspant en ik denk dat dat ook belangrijk is, dat je ook een beetje uitgedaagd wordt . . . Voor mij in ieder geval, anders zou ik het te gemakkelijk maken voor mezelf. Anders zou je zeggen, oh nu kunnen we lekker op de achtergrond mee neurien. (R4)

R6 benoemt dat de therapeut ook eigen voorstellen inbrengt en instrumenten aanbiedt wanneer iemand niet actief meedoet. Hij benadrukt wel dat het altijd mogelijk is om nee te zeggen: “*Hij heeft me verschillende instrumenten aangeboden maar die heb ik na twee*

minuten weer weg gedaan . . . Het is geen verplichting. Het wordt aangeraden om mee te doen, dat wel, anders zou de hele therapie onnodig zijn”.

R3 geeft een ander voorbeeld, ze beschrijft dat ze nerveus werd wanneer haar deel van een muziekstuk aan de beurt kwam en ze op het keyboard moest spelen. Ze werd zo nerveus dat ze altijd het lokaal heeft verlaten wanneer haar beurt kwam. Ze beschrijft hoe positief ze het heeft ervaren om door de therapeut uitgedaagd te worden.

Mijn eerste impuls is dan altijd vluchten en dan was het ook goed dat hij zei: Oké negeer dit, blijf zitten, ga gewoon door. Nadat het twee keer was voorgekomen dat ik het lokaal heb verlaten, dat hij dan heeft gezegd: nee het is nu jouw opdracht voor vandaag: Blijf nu zitten, doorsta dit. (R3)

Ze geeft aan dat dit in de situatie moeilijk was, maar dat ze achteraf trots was op zichzelf en een succeservaring heeft ervaren door uitgedaagd te worden (R3).

Cliëntgericht

In ieder interview werd aan het eind gevraagd of de respondent zou zeggen dat de therapeut “cliëntgericht” werkt. Dit leverde nieuwe aspecten op, omdat de respondenten zich kritisch met dit begrip hebben beziggehouden. Iedereen vond het passend, behalve R2, die geen antwoord op de vraag heeft gegeven.

R1 vond het begrip passend en ging nog meer in op haar keuzevrijheid. *“Dat vind ik eigenlijk best leuk, dat het van a tot z een eigen proces is en niet dat de meester vooraan staat en zegt: we spelen nu dit lied”* (R1). R1 maakt een duidelijk verschil tussen de therapie en een schoolse situatie. Ze ervaart de therapeut juist niet als de “meester”, die voor de klas staat en aanwijzingen geeft.

R3 benadrukt dat de therapeut altijd is uitgegaan van de wensen en behoeftes van iedere cliënt: *“Hij heeft ons altijd vrij gelaten, volledige keuzevrijheid in wat de groep nodig heeft aan ruimte en klank. En gelijktijdig heeft hij erop gelet dat zo veel mensen als mogelijk deel konden nemen”*. Terwijl de groepsleden mochten beslissen wat ze nodig hadden in de sessie, heeft de therapeut erop gelet dat de hele groep gebruik kon maken van het therapieaanbod.

Ook R6 geeft aan dat de therapeut niet alleen inging op de groep als geheel, maar ook individueel op cliënten, wanneer iemand problemen had.

“Ontspannen, vriendelijk. Hij ging er ook op in wanneer iemand problemen had of zo. Ja, hij was echt super . . . Dat paste helemaal bij... bij mij tenminste” (R6).

R4 beschrijft een situatie waarin de therapeut haar een microfoon heeft aangeboden. Ze beschrijft dat hij dit aanbod meerdere keren deed, maar ook respecteert dat ze het niet wilde. Deze situatie geeft ze als voorbeeld voor een cliëntgerichte houding. De therapeut is volgens haar betrokken bij de cliënt, probeert hem uit te dagen maar respecteert ook grenzen en stemmingen:

Hij wilde me bijvoorbeeld ooit een microfoon geven tijdens het zingen en dat wilde ik niet. En dat heeft hij een of twee keer “liefdevol-direct” geprobeerd en toen merkte hij dat ik dat niet wil, toen heeft hij het gelaten. En dat vind ik heel respectvol, echt proberen de mensen uit te dagen maar ook te respecteren wanneer ze zeggen: Hier is mijn grens. Nou dat noem ik cliëntgericht, dat is denk ik, wanneer je echt bij de mens blijft.

Deskundigheid

De deskundigheid wordt door iedere respondent benoemd in de vorm van zijn muzikale vaardigheden. Dit is de enige subcategorie (zie Figuur 7).



Figuur 6. Boomstructuur Deskundigheid.

Muzikale vaardigheden

Drie van de zes respondenten benadrukken dat de therapeut tips en instructies voor het bespelen van instrumenten heeft gegeven. R1 beschrijft hoe de therapeut muzikale tips heeft gegeven. “Hij is af en toe ook rondgelopen, heeft geluisterd en heeft geholpen of heeft tips gegeven hoe je het beter kunt bespelen” (R1). R5 benadrukt naast de helpende kant ook dat de therapeut muzikale tips heeft gegeven. “Meneer Müller heeft dan gezegd wanneer het instrument inzet en dan heb je dat geprobeerd” (R5). De therapeut heeft op muzikaal niveau dus instructies en tips gegeven, waardoor de cliënten in staat waren om de instrumenten voldoende te beheersen om tot samenspel te komen.

Vier van de zes respondenten benadrukken dat de therapeut mee heeft gespeeld en veel instrumenten beheerst. R2 geeft aan dit als positief te hebben ervaren: “Hij heeft altijd meegespeeld... Dat vind ik leuk”. Ook R6 beschrijft dit als positief en indrukwekkend. “Hij

heeft ook meegespeeld, ik moet zeggen ik ben verrast, dat hij zo veel instrumenten beheerst (lacht) . . . en ik vind dat echt cool, hoor” (R6).

R6 beschrijft de inzet van muziek door de therapeut vooral als motiverend. Ze geeft aan de therapeut daardoor als voorbeeldfunctie te ervaren om in actie te komen.

R3 beschrijft hoe de muziektherapeut via het medium communiceerde:

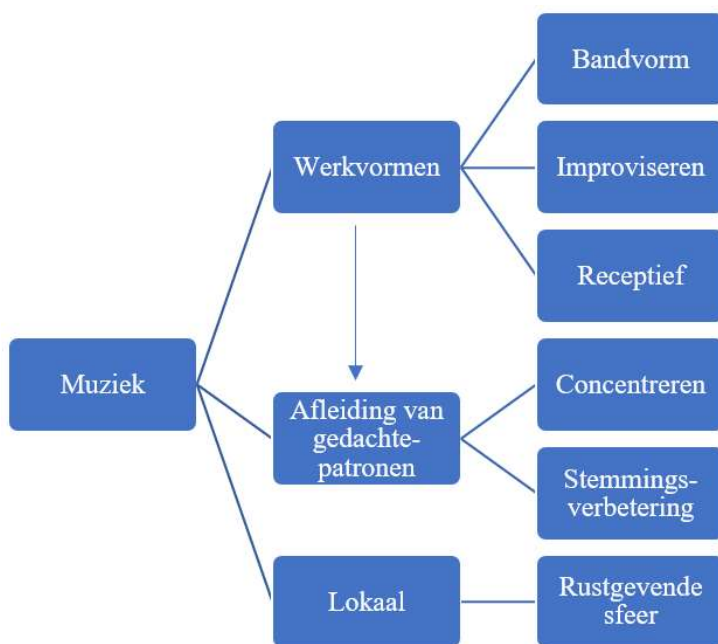
Dan heeft meneer Müller een van de trommels gepakt en een tweede ritme erbij gegeven en dan zijn meer en meer mensen opgestaan en hebben instrumenten gepakt . . . Zonder dat het een opdracht was of verbaal aangeboden werd, gewoon door het voordoen, werd gezegd: oké iedereen kan iets inbrengen.

R4 benadrukt naast de muzikale vaardigheden van de therapeut, hem tevens als muzikale steun te ervaren. *“Als hij een lied mee zingt, dan kan ik goed mee zingen. Als hij stopt met zingen, is het moeilijker (lacht). Hij heeft een hele mooie stem en hij kan geweldig veel instrumenten bespelen, daar hebben we allemaal respect voor” (R4).*

3.1.3 Ervaringen gericht op Medium

De ervaringen met betrekking tot het medium laten zich groeperen onder drie kerncategorieën: Werkvormen, Afleiding en Lokaal.

Deze drie kerncategorieën worden in het volgende weer belicht en onderverdeeld in subcategorieën (zie Figuur 8). In Figuur 8 wordt verder duidelijk dat er een relatie bestaat tussen de twee kerncategorieën Werkvormen en Afleiding. Uit de data-analyse komt voort dat de afleiding die de respondenten ervaren, voortkomt uit de muzikale werkvormen die gedaan worden.



Figuur 7. Boomstructuur Muziek.

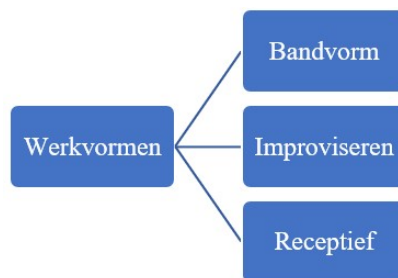
Werkvormen

De kerncategorie “Werkvormen” laat zich weer onderverdelen in drie subcategorieën: Bandvorm, Improviseren en Receptief (zie Figuur 9).

Bandvorm

Alle cliënten geven aan dat er samen als groep liederen werden uitgewerkt.

Iedereen heeft op zijn eigen instrument geoefend en de groep probeerde achteraf om samen te spelen. Zelfs in de oefenfase voelde R3 een sterke verbondenheid met de groep en ze beschreef dat er altijd gecommuniceerd werd.



Figuur 8. Boomstructuur Werkvormen.

“Ook als je alleen hebt geoefend, was er altijd de mogelijkheid om onderling tips te geven of met elkaar te communiceren. Je bent nooit alleen in het lokaal” (R3).

R4 heeft ervoor gekozen binnen de bandvorm te zingen en juist geen instrument te bespelen. *“Ik heb helemaal geen instrumenten bespeeld. Maar samen te zingen vind ik... dat heeft iets, het doet de ziel goed” (R4).*

R5 benadrukt het gemeenschappelijke aspect van de bandvorm en de gezamenlijke keuze voor een lied. *“Dat wilden we als groep samen leren. Dus met de hele groep” (R5).*

Verder beschrijft hij hoe hij zich moest concentreren om zijn partij te kunnen spelen. *“Ik had voor de gitaar gekozen en het gaf me plezier, ook als het moeilijk was had ik plezier op dat moment” (R5).*

Improvisatie

Alle zes respondenten benadrukken hoe belangrijk het voor ze was om samen en harmonisch te spelen binnen een improvisatie.

R1 beschrijft hoe de groep tijdens een improvisatie tot samenspel kwam, zonder dat dit afgesproken werd. *“Eerst heeft iedereen voor zichzelf gespeeld, maar dan heb je gemerkt: boah dat past heel goed samen. Dat was heel intuïtief” (R1).*

R6 benadrukt het samenspel op dezelfde manier. *“Iedereen speelde zijn eigen toon, maar achteraf paste het wel samen. Dat hoorde je dan heel goed” (R6).* R6 beschrijft verder dat de medecliënten elkaar feedback op het samenspel hebben gegeven en tussendoor nieuw gedrag probeerden te vertonen:

R6: Ik heb ook gezegd: dat klinkt nu alsof hij hem probeert te overstemmen, dat heb ik gehoord . . . We hebben daarover gepraat en achteraf merkte ik . . . dat ze elkaar niet meer probeerden te overstemmen, dat merkte ik dan op.

Onderzoeker: Dus heeft hij het feedback verwerkt.

R6: Ja, precies.

Ook R2 legt de nadruk tijdens het improviseren op samenspel en harmonie: *“Allemaal samen. En aan het eind is het mooie muziek”.*

R3 beschrijft haar ervaring met de improvisatie ook vanuit het gemeenschappelijke aspect en benoemt gelijktijdig het plezier dat ze beleeft aan het creëren van muziek. *“Dit was voor mij de leuke prikkel, het live muziek of zelf muziek maken, deel van het proces uitmaken, dat is... ik weet niet, dat doet goed. Dat doet de ziel goed” (R3).*

Receptief

Zoals in hoofdstuk 1 uitgelegd, houden receptieve werkvormen in, dat er naar muziek wordt geluisterd.

R6 heeft ook tijdens actieve werkvormen naar de groep geluisterd omdat hij niet actief mee wilde spelen. Hij beschrijft dat hij plezier had om te horen hoe de groep zich muzikaal aanpaste aan elkaar. *“Je krijgt dan bijna kippenvel ofzo en dan zeg je oh ja kom, blijf doorgaan en... Ja het zijn mooie prikkels . . . dat was weer een leuke belevenis”* (R6). Voor R6 was het luisteren naar muziek voornamelijk een afleiding van gedachtepatronen en hij benoemt dit als een aspect dat heeft bijgedragen aan stemmingsverbetering:

R6: Muziektherapie heeft in ieder geval veel bijgedragen aan het feit dat ik me vandaag zo goed voel.

Onderzoeker: Oh, zou je dat kunnen verklaren?

R6: Ja, van het luisteren al, van de klanken. De gedachtes- Dat de gedachtes er niet meer waren.

R3 beschrijft dat het luisteren naar het pianospel van een medecliënt haar ontspande en een veilige sfeer creëerde:

Hij zat hier en heeft het Amelie-lied gespeeld. En iedereen kwam binnen en dan zat daar al iemand aan de piano een heeft dit live gespeeld. Dat was al kalmerend en ik kon achteraf dingen beter op mij inlaten.

Door naar het pianospel te luisteren, kon R3 zich ontspannen en dit heeft gevolgen gehad voor het verdere verloop van de sessie: Ze was in het hier en nu.

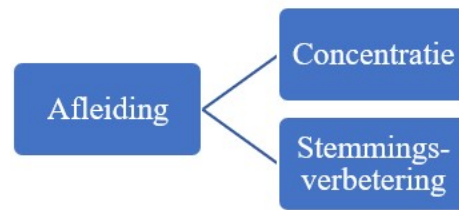
R2 beschrijft dat ze haar ogen sluit tijdens het luisteren naar muziek en juist haar omgeving vergeet: *“Wanneer ik naar muziek luister doe ik de ogen gewoon dicht. En het voelt alsof ik droom”*.

Afleiding

De kerncategorie “Afleiding” werd door vijf van de zes respondenten benoemd en laat zich onderverdelen in twee subcategorieën: Concentratie en Stemmingsverbetering (zie Figuur 10).

Concentratie

R2 geeft aan dat ze zich op de muziek concentreerde wanneer ze speelde. *“Allemaal goed concentreren en samen spelen”* (R2). Ze beschrijft dat daardoor haar gedachtes veranderd zijn. *“Ander denken gekregen”* (R2). Vanwege een taalbarrière werd daar niet specifiek op ingegaan.



Figuur 9. Boomstructuur Afleiding.

Ook R6 benadrukt dat zijn gedachtes in het lokaal waren omdat hij zich op de muziek focuste. *“Ja de gedachtes, ik had mijn gedachtes dan niet meer, ik was met de gedachtes dan helemaal aanwezig”* (R6).

Stemmingsverbetering

R4 beschrijft de muziektherapie als afleiding van haar zorgen. Ze beschrijft verder dat de muziektherapie haar altijd goed heeft gedaan. *“Ik voelde me altijd op mijn gemak en het gaf ook afleiding van de zorgen die ik had. En ja, het heeft me eigenlijk altijd goed gedaan”* (R4). De muziek werkt niet alleen afleidend maar creëert ook ruimte voor nieuwe emoties. *“Het is afleiding, nou, het is nog meer omdat muziek raakt. Het raakt je emotioneel. Maar positief”* (R4).

R5 beschrijft het luisteren naar muziek als stemmingsverbeterend, omdat het afleidt van negatieve gedachtes. *“Het helpt me in ieder geval, ik krijg een beter humeur of het gaat beter met mij. Op dit moment denk ik dan niet zo vaak aan negatieve dingen, wanneer ik dat doe”* (R5). R5 beschrijft het luisteren naar muziek verder als techniek en is begonnen deze techniek privé in te zetten: *“Ik ben sinds 2 maanden weer regelmatig begonnen om . . . naar muziek te luisteren. En ook op mijn kamer weer om in slaap te vallen. Dat helpt me ook om beter in slaap te kunnen vallen”*. Het afleidend mechanisme van muziek wordt dus door R5 ingezet om bepaalde activiteiten uit te kunnen voeren.

Lokaal

De categorie Lokaal werd door de helft van de respondenten benoemd. Hoewel dus niet iedere respondent deze categorie benoemde, wordt deze alsnog opgenomen in de resultaten.



Figuur 10. Boomstructuur Lokaal.

In de discussie wordt verder ingegaan op deze keuze. De categorie is verder onderverdeeld in één subcategorie: De rustgevende sfeer (zie Figuur 11). Dit omdat de drie respondenten allemaal hetzelfde effect van het lokaal beschreven.

Rustgevende sfeer

R1 ervaart het muziektherapie lokaal als een veilige plek.

“Het lokaal op zich, met de muziekinstrumenten en de bomen voor de ramen. Ik krijg hier altijd zo 'n gevoel, zo 'n veilige plek, dat je op een andere plek bent” (R1).

R3 beschrijft de rustgevende sfeer van het lokaal: *“Het hele lokaal heeft een rustgevende sfeer. Hiervoor is er bamboe voor de deur geweest, het was nog een donkere januari maar de bamboe heeft alsnog een beetje bewogen. De deur stond open”.*

Ook R4 beschrijft de bamboe voor de deur als aangenaam, maar gaat ook in op de inrichting van het lokaal:

R4: Het lokaal vind ik persoonlijk heel mooi.

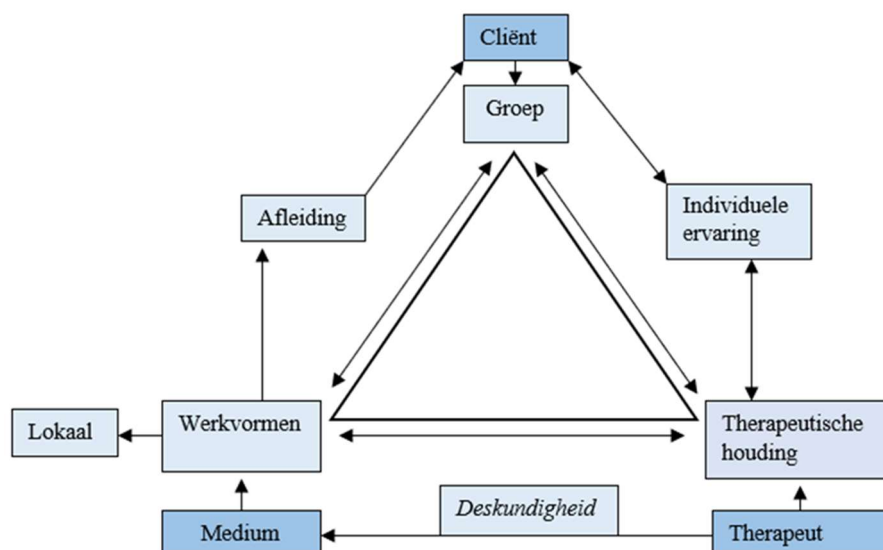
Onderzoeker: Waarom?

R4: Zo licht en groot, maar door het groene kijkt niemand naar binnen, dat is heel discreet . . . En dan zo veel muziekinstrumenten, dat is echt mooi. Leuk om te zien- ik heb vroeger gitaar gespeeld en al deze gitaren en de drums en... Ik vond dit heel leuk.

R1 geeft voor het ontspannende effect gelijktijdig de houding van de therapeut als mogelijke reden: *“De muziektherapie werkt ontspannend voor de hele groep, ik denk dat hij daar ook veel invloed op heeft, met zijn rustgevende manier. Daardoor kalmeert iedereen”.* Met “Hij” wordt de therapeut bedoeld.

3.1.4 Driehoek vanuit patiënten ervaringen

Aan de hand van de data-analyse werd een schema opgesteld om de samenhang tussen de zeven kerncategorieën vanuit de patiënten interviews te verduidelijken.



Figuur 12. Driehoek vanuit patiëntenervaringen.

In Figuur 12 zijn de kerncategorieën verwerkt in een overzichtelijk schema. De oorspronkelijke driehoek vanuit Figuur 1 is nu veranderd: Nog steeds bestaat er een wisselwerking tussen Cliënt, Therapeut en Medium, maar door de interviews met de zes respondenten werden er nieuwe factoren bijgevoegd. Voor de leesbaarheid en het overzicht zijn er binnen deze nieuwe driehoek alleen de kerncategorieën opgenomen, zonder subcategorieën. Een driehoek met alle categorieën is te vinden in Bijlage I.

De drie de aspecten binnen de driehoek zijn nu niet meer Cliënt, Therapeut en Medium, maar Groep, Therapeutische houding en Werkvormen. Deze drie aspecten werden door de respondenten benadrukt en vormen een meer specifiekere driehoek, gezien vanuit hun ervaringen.

Door pijlers is aangeduid dat deze drie elkaar direct en wederzijds beïnvloeden: De groep wordt door de therapeutische houding gestimuleerd om de sessie zelf vorm te geven en voor eigen werkvormen te kiezen. De therapeut draagt bij aan deze keuze en binnen de gekozen werkvorm neemt hij een bepaalde houding aan. Deze houding wordt niet alleen door de werkvorm beïnvloed, maar ook door de groep zelf. De deskundigheid van de therapeut binnen het medium speelt verder een rol om uiteindelijk een werkvorm vorm te kunnen geven.

Voor de werkvorm zelf is het lokaal belangrijk met alle muziekinstrumenten en mogelijkheden. De werkvorm leidt tot afleiding van gedachtepatronen bij de cliënt waardoor deze zich beter kan openstellen voor de groep en de werkvorm. De cliënt krijgt tevens individuele ervaringen tijdens het uitvoeren van de werkvorm. Deze ervaringen beïnvloeden weer de therapeutische houding, dus hoe zich de therapeut gedraagt tegenover de cliënt. Dit is wederzijds: Ook door de therapeutische houding (binnen het medium) te ervaren krijgt de cliënt individuele ervaringen.

3.2 Resultaten vanuit interview met de muziektherapeut

Vanuit informeel contact met de therapeut werd duidelijk dat bepaalde interventies door de muziektherapeut bewust werden ingezet. Vanuit dit besef werd er gekozen om formeel contact over dit thema aan te gaan, door middel van een interview.

Ten tweede werd de data verzameld om de patiënten ervaringen te kunnen plaatsen binnen de doelstellingen van de therapeut.

Aan de hand van het coderingsproces werden de antwoorden van de muziektherapeut in drie kerncategorieën opgedeeld: “Doelen”, “Therapeutische houding” en “Interventies”.

Deze worden in deze paragraaf met bijbehorende subcategorieën in de vorm van drie tabellen overzichtelijk gepresenteerd.

Doelen

Tabel 3

Kerncategorie: Doelen

Kern-categorie	Sub-categorie	Citaat
Doelen	Zelfwaardering bevorderen	„Omdat veel mensen met een laag gevoel van eigenwaarde naar hier komen en daar probeer ik . . . duidelijk te maken dat ieder gedrag van de patiënten door mij gewaardeerd wordt.”
	Interesses en gevoelens verkennen	„Anderen weten überhaupt niet wat ze willen en hoe ze zich voelen. En het gaat ook een beetje om te verkennen wat eigenlijk de eigen behoeftes zijn en hoe de eigen stemming eigenlijk is.”
	Concentratie op het hier en nu	“Dat we op zoek zijn naar een structuur die de depressieve patiënt begrijpt en die hem helpt om weg te komen van zijn gedachtes.” „ . . . omdat ze een eigen motivatie hebben om dit te doen. En dat helpt om de verbinding met de actuele situatie en de concentratie op het hier en nu te bevorderen.”
	Initiatief ondersteunen	“Ik onderzoek altijd hoe veel sturing de patiënt nodig heeft om een verbinding te vinden met de muziek. Hoeveel initiatief is er dan wel? Want die is natuurlijk heel goed en ik laat de patiënt ook vrij zodat hij dit zelf in het spel kan vinden.”

Opmerking. Gegevens afkomstig uit interview met therapeut.

Zoals te zien in Tabel 3 worden de uitspraken van de muziektherapeut onderverdeeld in vier hoofddoelen die door het interview en de daaropvolgende analyse naar voren zijn gekomen.

Ten eerste geeft meneer Müller-Steffan aan de eigenwaarde van de cliënten te willen bevorderen. Dit doet hij door de muzikale impulsen en het gedrag van de cliënten te waarderen en serieus te nemen.

Ten tweede geeft meneer Müller-Steffan aan dat sommige cliënten hun eigen behoeftes en gevoelens niet kennen. Het doel van de therapeut is om hen te helpen hun eigen stemming te verkennen.

Ten vierde benadrukt de muziektherapeut het belang van concentratie en de verbinding met de situatie. Hij gaat uit van de motivatie van cliënten om deze verbinding te bevorderen.

Door op wensen in te gaan en de motivatie te bevorderen, probeert de therapeut dus de concentratie van de patiënt vast te houden.

Maar deze concentratie ontstaat niet alleen door motivatie, maar ook door structuur.

Meneer Müller-Steffan benadrukt dat gestructureerde werkvormen motiverend zijn omdat de patiënt uitgedaagd wordt. Deze muzikale uitdaging leidt tot een afleiding van gedachtepatronen. Het doel om in het hier en nu te blijven is volgens hem voor de doelgroep ‘depressie’ van groot belang.

Tot slot ondersteunt de muziektherapeut wensen die geuit worden, omdat hij vooral met de motivatie van cliënten werkt. Op deze manier probeert hij het initiatief van de patiënt te bevorderen en alleen de begeleiding te geven die nodig is.

Therapeutische houding

Tabel 4

Kerncategorie: Therapeutische houding

Kern-categorie	Subcategorie	Citaat
Thera- peutische houding	Accepterend	„Het accepterend element is volgens mij heel belangrijk. Dat ik niet al van te voren de houding heb: ik weet wat goed is voor de patiënt, ik weet het beter . . . Daarom waardeer ik de competenties en resources van de patiënt op dezelfde manier als die van mij. Daardoor maak ik duidelijk dat ik geïnteresseerd ben in de patiënt en aan een gelijkwaardige bejegening.”
	Ruimte gevend	“Ik probeer de patiënt die komt, of de groep die komt, ruimte te geven om hun interesses, impulsen en behoeftes op dit moment te verkennen.”
	Ondersteunend	“Het zijn de impulsen die de patiënt inbrengt en die probeer ik dan te ondersteunen.”
	Echt	“Tot op het punt waarop een impuls in mij opkomt en ik merk: Ik wil leiden, ik wil de interactie, de muziek niet alleen bevestigen, maar ik wil me er ook tegenover plaatsen, een richting aanbieden.”
	Empathisch	“Ik waardeer wie de patiënt is in zijn actuele toestand en ik probeer de patiënt te ontmoeten op de plek waar hij staat. Empathisch, meelevend en opmerkzaam voor de stemming, de situatie en de toestand van de patiënt.”

Opmerking. Gegevens afkomstig uit interview met therapeut.

Zoals te zien in Tabel 4 werden de uitspraken van de muziektherapeut onderverdeeld in vijf therapeutische houdingen die hij binnen de muziektherapie aan neemt.

Ten eerste staat een accepterende houding voor hem op de voorgrond. Hij benadrukt het belang van acceptatie als een middel om gelijkwaardigheid tussen therapeut en cliënt te bevorderen. Dit is voor hem een voorwaarde voor een gelijkwaardige relatie tussen therapeut en cliënt. Naast het accepterend aspect probeert de muziektherapeut ook een ruimte te geven aan cliënten, om hun eigen interesses en behoeftes te verkennen.

Door zich muzikaal aan te passen aan de patiënt, geeft hij ook qua klank ruimte aan de cliënt. Ten derde gaat de therapeut uit van de behoeftes en de uitingen van iedere cliënt. Deze ondersteunt hij verbaal en muzikaal. De therapeut geeft aan op muzikaal niveau een ondersteunende begeleiding te geven en de muzikale impulsen van de cliënt mee te nemen.

Ten vierde beschrijft de muziektherapeut niet alleen maar ondersteunend te werken, maar ook op zijn eigen behoeftes te letten tijdens de muziektherapie. Verder beschrijft hij grenzen aan te geven en niet altijd mee te gaan in wat de cliënt doet.

Tot slot benadrukt de muziektherapeut de empathische houding, waarin hij zich waardierend en meelevend opstelt tegenover de actuele situatie van iedere patiënt.

Interventies

Tabel 5

Kerncategorie: Interventies

Kern-categorie	Sub-categorie	Citaat
Interventies	Groep als ondersteuning	“Ik gebruik de groep dan ook als ondersteuning wanneer ze het daarmee eens zijn, omdat hier vaak begrip ontstaat voor degene met wie het slecht gaat.”
	Afstemmen	“Ik geef er mijn resonantie qua klank bij en probeer de muzikale impuls mee te dragen. Dat kan zijn door mij qua klank op dezelfde manier te gedragen, maar dat kan ook door een ritmische grounding zijn” “Wanneer de patiënt zegt: Ik wil graag regels hebben . . . Dan is dat een impuls die ik waardeer en dan geef ik ook gestructureerde regels aan.”
	Verbale beginronde	“Ik doe een beginronde, dus een gesprek en probeer de behoeftes, wensen en de relatie met de muziek op dit moment te verkennen . . . Vanuit de verschillende wensen probeer ik een werkvorm te bedenken. . . Dit komt voort uit mijn eigen ervaringen, dus mijn repertoire.”
	Structuur	“Vaak zijn gestructureerde werkvormen voor depressieve patiënten motiverend . . . De depressieve patiënt leidt vaak onder herhaalde gedachtepatronen en piekeren maar wordt door uitdagende activiteiten daarvan afgeleid.”
	Zichzelf in relatie inbrengen	“Tot op het punt waarop een impuls in mij opkomt en ik merk: Ik wil leiden, ik wil de interactie, de muziek niet alleen bevestigen, maar ik wil er me ook tegenover plaatsen, een richting aanbieden.”

Opmerking. Gegevens afkomstig uit interview met therapeut.

Zoals te zien in Tabel 5 werden de uitspraken van de muziektherapeut onderverdeeld in vijf interventies die hij algemeen toepast.

Ten eerste geeft de muziektherapeut aan de groep als ondersteuning te gebruiken, op het moment dat het slecht gaat met een individu.

Ten tweede geeft de muziektherapeut aan zich zowel in de muziek, alsook verbaal af te stemmen op, en aan te passen aan, een cliënt.

Ten derde maakt de muziektherapeut iedere sessie gebruik van een beginronde, waarin hij de cliënten naar hun wensen vraagt en van daaruit een muzikale werkvorm bedenkt.

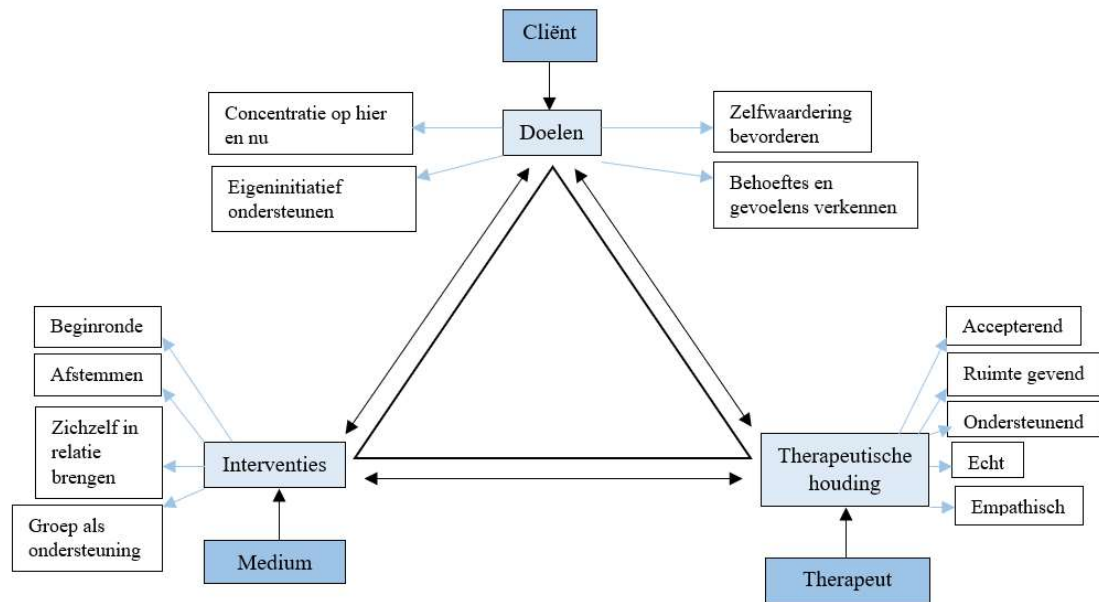
Ten vierde geeft meneer Müller-Steffan aan bij de doelgroep ‘depressie’ herhaald gebruik te maken van structurerende werkvormen, omdat dit de patiënten afleidt van piekergedrag en motiveert om actief mee te doen.

Ten slotte beschrijft meneer Müller-Steffan, zich in de relatie in te brengen door ook eigen impulsen binnen de muziek na te gaan en zich hier als mens tegenover te plaatsen.

3.2.1 Driehoek vanuit muziektherapeut

Aan de hand van de data-analyse werd een schema opgesteld om de samenhangende kerncategorieën vanuit de muziektherapeut te verduidelijken.

Figuur 13 verduidelijkt het werkingsmechanisme tussen de drie kerncategorieën van het interview met de muziektherapeut.



Figuur 13. Driehoek vanuit muziektherapeut.

In Figuur 13 is de therapeutische driehoek vanuit de muziektherapeut te zien.

Cliënt, Therapeut en het Medium staan in deze driehoek ook in wisselwerking met elkaar, maar door de resultaten vanuit het interview werden er nieuwe factoren bijgevoegd. De subcategorieën zijn onderverdeeld in drie kerncategorieën: Doelen, therapeutische houding en interventies.

De vier hoofddoelen vanuit de therapeut worden bereikt door interventies te plegen en de therapeutische houding aan te passen. Om een doel te bereiken wordt een therapeutische houding en een interventie toegepast.

De interventies die door hem gepleegd worden, vinden vooral in het medium plaats en worden in muzikale technieken en muzikaal gedrag gepleegd. Echter worden ook verbaal interventies gepleegd.

4. Discussie

Dit onderzoek doelde op het verkennen van het patiëntenperspectief om zodoende de cliëntgerichte muziektherapie in het Alexianer ziekenhuis te kunnen evalueren.

In de discussie worden de resultaten geïnterpreteerd, de uitvoering van het onderzoek kritisch gereflecteerd, de terugkoppeling van resultaten naar de opdrachtgever samengevat, conclusies en aanbevelingen gegeven en tot slot worden de resultaten van het onderzoek geïntegreerd in mijn eigen therapeutisch handelen.

4.1 Interpretatie van de resultaten

In onderstaande paragraaf 4.1.1 wordt bepaald of de muziektherapeut, Jörg Müller-Steffan, als cliëntgericht werkende therapeut gedefinieerd kan worden. Daarvoor worden de resultaten vanuit zijn interview vergeleken met de literatuur over cliëntgerichte (muziek)therapie.

Paragraaf 4.1.2 begint met een vergelijking tussen de resultaten vanuit de cliënten en de resultaten vanuit de muziektherapeut. Daardoor kunnen de patiëntenervaringen geplaatst worden binnen de therapeutische doelstellingen en aan de hand van literatuur geïnterpreteerd worden.

4.1.1 Cliëntgerichte benadering

In Tabel 6 worden de kern categorieën van het interview met de muziektherapeut vergeleken met de literatuur over cliëntgerichte muziektherapie.

Tabel 6

Vergelijking muziektherapeut met literatuur over cliëntgerichte stroming

Code	Meneer Müller-Steffan (muziektherapeut)	Literatuur (Rogers, 1957; Smeijsters, 2008; Wheeler, 1981)
Therapeutische houding	Accepterend Empathisch Echt Ondersteunend Ruimte gevend	Onvoorwaardelijk accepterend Empathisch Echt Ondersteunend
Doel	Interesses & gevoelens verkennen Zelfwaardering bevorderen Initiatief ondersteunen Concentratie op het hier & nu	Wensen & gevoelens verkennen Zelfwaardering bevorderen Patiënt kan eigen keuzes maken
Interventies	Verbale beginronde Afstemmen Zichzelf in relatie brengen Groep als ondersteuning	Afstemmen Therapeut is deel van de groep Groep als ondersteuning

In Tabel 6 wordt duidelijk dat de therapeutische houding, de doelen en de interventies die meneer Müller-Steffan inzet, ook in de literatuur over cliëntgerichte therapie als belangrijke aspecten naar voren komen.

De therapeutische houding komt vanuit de twee beschrijvingen overeen. Sterker nog: bij zowel meneer Müller-Steffan, alsook in de literatuur staat de accepterende houding van de therapeut centraal (Smeijsters, 2008). Er wordt duidelijk dat de ruimte gevende houding in de literatuur niet expliciet genoemd wordt. Deze zou vanzelf voortkomen uit de andere houdingsaspecten die wel overeenkomen en wordt in de literatuur niet extra benoemd. Ook de doelen komen overeen met elkaar, zelfs als de woordkeuzes van elkaar afwijken. Benoemt de muziektherapeut bijvoorbeeld initiatief ondersteunen als doel, is vanuit de resultaten bekend dat hij keuzevrijheid laat en het initiatief op deze manier probeert te ondersteunen.

Ook binnen deze categorie is er een punt dat vanuit de muziektherapeut wordt aangehaald, die door de literatuur niet benoemd wordt: de concentratie op het hier en nu. Dit doel zou vanuit de mediums specifieke kant kunnen komen en is geen expliciet doel gezien vanuit de cliëntgerichte muziektherapie. Op dit aspect wordt in paragraaf 4.1.2 verder ingegaan.

De kerncategorie *interventies* komt ook sterk overeen, maar het eerste punt vanuit de muziektherapeut is een beginronde. Deze interventie beschrijft hij in de resultaten en deze gebruikt hij om aan het doel *interesses en gevoelens verkennen* te werken. Dit is een interventie die bewust ingezet zou kunnen zijn, om binnen een non-verbaal medium verbale gespreksronden in te bouwen.

Door Tabel 6 wordt dus duidelijk dat de belangrijkste begrippen vanuit de cliëntgerichte benadering in het handelen van meneer Müller-Steffan terugkomen. De muziektherapeut heeft verder aanvullende aspecten in zijn handelen betrokken, om de cliëntgerichte benadering op de muziektherapie en de situatie toe te kunnen passen.

Er kan dus formeel bevestigd worden dat de muziektherapeut werkt vanuit de cliëntgerichte muziektherapeutische benadering.

4.1.2 Interpretatie van de patiëntenervaringen

Om de patiëntenervaringen beter te kunnen interpreteren, worden deze in Tabel 7 vergeleken met de bewuste doelstellingen, houdingen en interventies die meneer Müller-Steffan inzet.

Omdat de vraagstelling van dit onderzoek zich richt op patiëntenervaringen, wordt er in Tabel 7 uitgegaan van de kerncategorieën vanuit de patiënten interviews.

Aan de hand van deze zeven kerncategorieën wordt gekeken in hoeverre de twee resultaten met elkaar overeenstemmen.

Op deze manier kunnen de patiëntenervaringen in de interpretatie duidelijk geplaatst worden.

Tabel 7

Vergelijking tussen patiëntenervaringen en therapeutische doelstellingen

Kerncategorie	Patiëntenervaringen	Doelstellingen, houding & interventies van muziektherapeut
Individuele ervaring	Plezier Keuzevrijheid Problemen verwerken	Interesses verkennen Initiatief ondersteunen Afstemmen op cliënt
Groep	Groepscohesie Samenwerking Verbale begin- en eindronde	Groep als ondersteuning gebruiken Verbale beginronde
Therapeutische houding	Accepterend Ruimte gevend Ondersteunend Uitdagend Cliëntgericht	Accepterend Ruimte gevend Ondersteunend Echt Empathisch
Deskundigheid	Muzikale vaardigheden	
Werkvormen	Bandvorm: Samen concentreren Improviseren: Samen komen Receptief: Individuele ervaringen	Bandvorm: Geeft structuur
Afleiding	Concentreren Stemmingsverbetering	Concentratie op het hier & nu Structuur
Lokaal	Rustgevende sfeer	

Opmerking. Gegevens afkomstig van interviews met patiënten & interview met therapeut.

Tussen de patiëntenervaringen en de therapeutische doelstellingen worden zowel overeenkomsten, alsook verschillen duidelijk (zie Tabel 7).

In het volgende wordt deze vergelijking in vier overkoepelende thema's uitgewerkt en worden de patiëntenervaringen met behulp van literatuur geïnterpreteerd. Deze vier

overkoepelende thema's werden geformuleerd door de zeven kerncategorieën vanuit de patiëntenervaringen overstijgend te bekijken.

De therapeutische houding & het lokaal creëren een veilige context

Uit de resultaten komt voort dat alle respondenten de accepterende, ruimte gevende en ondersteunende houding van de muziektherapeut positief benadrukken.

Verder wordt door drie respondenten het muziektherapie lokaal benoemd, dat volgens hen een rustgevende sfeer creëerde. Deze twee factoren lijken een veilige context te creëren waarbinnen de muziektherapie plaatsvindt.

De behandelende muziektherapeut, meneer Müller-Steffan, benadrukt in het interview tevens dat zijn accepterende houding noodzakelijk is voor een succesvolle therapie. Hij probeert met behulp van de accepterende, ruimte gevende houding een veiligheid biedende context te creëren, waarbinnen de cliënten vertrouwen kunnen winnen tot hun muzikale uiting. Door deze uitingen met waardering te accepteren, doelt hij erop de zelfwaardering van de cliënt te bevorderen. Vanuit de resultaten wordt duidelijk dat de respondenten deze acceptatie en ruimte als positief hebben ervaren binnen de relatie. Of het doel, het bevorderen van zelfwaardering is bereikt, kan globaal niet beantwoord worden. Gezien twee respondenten succeservaringen binnen de muziek benadrukken, twee anderen aangeven na een behaalde uitdaging trots te zijn geweest op zichzelf en R3 benadrukt geleerd te hebben eigen keuzes te maken, kan geconcludeerd worden dat het doel van de muziektherapeut in bepaalde mate bereikt is. Maar in hoeverre de zelfwaardering bevorderd werd, wordt uit de resultaten niet duidelijk.

Opvallend is, dat de respondenten wel de acceptatie binnen de relatie als positief benadrukken, maar niet dieper ingaan op welk effect dit voor hun persoonlijke therapie ervaring had. Dit zou gewijd kunnen worden aan een tekort van diepgaande vragen tijdens het interview en wordt in paragraaf 4.2 gereflecteerd.

De veiligheid, die de muziektherapeut met behulp van zijn houding lijkt te creëren, wordt ook vanuit de literatuur als belangrijk geacht.

Door Egan (2012) wordt de hulpverleningsrelatie beschouwd als een voorwaarde voor groei. Carl Rogers, een van de grote pioniers van de gesprekstherapie, stelde dat onvoorwaardelijke positieve aandacht en inleving van de kant van de hulpverlener, mits als zodanig herkent door de cliënt, zowel noodzakelijk alsook voldoende zijn voor vooruitgang in de therapie (Rogers, 1957). De cliënten herkennen deze houding niet alleen in verbale gesprekken, maar ook in de muzikale activiteiten. In de resultaten wordt duidelijk dat alle respondenten waardeerden dat

muzikale keuzes door de therapeut geaccepteerd werden, ook wanneer de keuze was om niet actief mee te doen. Verder komt uit de resultaten naar voren dat de therapeut muzikale tips heeft gegeven en voor iedereen de tijd heeft genomen. Deze aspecten benadrukken de ondersteunende context, die door de cliënten wordt waargenomen en die de therapeut bewust creëerde. Deze resultaten sluiten ook aan bij de doelen van cliëntgerichte muziektherapie, waarin de therapeut de keuzes van de cliënt accepteert en hem juist zelf beslissingen laat nemen om zijn identiteitsgevoel te versterken (Smeijsters, 2008).

Ook de rustgevende sfeer van het lokaal draagt bij aan een stimulerende context. Volgens Bunt en Hoskyns (2002) moet een muziektherapie lokaal goed verlicht, warm maar luchtig en groot genoeg zijn. Door een gesloten deur zal de muziektherapie niet verstoord worden. Door deze aspecten wordt volgens Bunt en Hoskyns (2002) veiligheid gecreëerd. Deze voorwaarden zijn door het Alexianer ziekenhuis nageleefd (eigen observatie) en daardoor zou de veilige context tevens versterkt worden.

De sfeer in het lokaal wordt dus door het lokaal zelf, maar in zekere mate ook door eigen ervaringen en de therapeutische houding bepaald.

Naast de accepterende, veiligheid biedende context beschrijven vier van de zes respondenten een uitdagende houding, die de muziektherapeut vooral in het medium heeft aangenomen. De respondenten vinden het belangrijk om uitgedaagd en gemotiveerd te worden om zich muzikaal in te kunnen spannen, onbekende muziekinstrumenten uit te proberen of aan problemen te werken (zie resultaten).

Volgens Egan (2012) is het juist de taak van de hulpverlener om de cliënt te helpen zichzelf uit te dagen om kansen te zien en ongebruikte mogelijkheden te ontdekken.

Interessant is, dat de therapeut in het interview niet aangeeft uitdagend te zijn tegenover cliënten. Voor dit verschijnsel zijn er twee mogelijkheden: Misschien daagt de therapeut wel eens uit, maar heeft hij dit in het interview niet benoemd. Of hij is zich er niet van bewust, dat de respondenten sommige interventies als uitdagend ervaren.

Er is aan te bevelen het aspect van de uitdagende rol verder te exploreren en na te gaan of de therapeut zich bewust is van het motiverend effect dat meer dan de helft van de respondenten beschrijft.

Groepsgevoel ontstaat door samenwerking

De groep wordt door iedere respondent als een belangrijke factor in de muziektherapie genoemd. Alle respondenten benadrukken verder dat de groepscohesie door muzikale

samenwerking bevordert wordt. Twee respondenten vergelijken de muziektherapie met het andere therapieaanbod (ergotherapie, fysiotherapie, gesprekstherapie) en benadrukken de meerwaarde van het groepsaspect binnen muziektherapie. Deze is volgens hen alleen in de muziektherapie aanwezig en bevordert de groepscohesie ook buiten de muziektherapie.

Meneer Müller-Steffan benadrukt het belang van de groep niet zo sterk. Hij benoemt wel dat hij de groep als ondersteunende factor gebruikt, maar focust zich in het interview vooral op de cliënt als individu binnen de groep.

De vraag ontstaat waarom de respondenten het aspect van de groep zo benadrukken.

Meerdere respondenten benoemden hoe snel de groep zich muzikaal op elkaar heeft aangepast. R4 benadrukt dat ze zich in de groep veilig voelde, omdat niemand haar hoorde zingen. R3 had problemen met een solostuk in een bandvorm, waarin ze in de voorgrond stond. Daaruit kan geconcludeerd worden dat er veel waarde wordt gehecht aan de conformiteit en de daaruit resulterende steun die ontstaat vanuit de groep. Door samen in een groep te musiceren valt het individu niet zo sterk op en de faalangst, die typerend is voor depressie (Houtman, 2002), zou daardoor verminderd kunnen worden: Het individu heeft de mogelijkheid zich te verstoppen binnen de conformiteit van de groep.

Maar we kunnen de belangstelling van de groep ook op een andere manier zien: De veel genoemde factor *Samenwerking* impliceert dat een doel samen bereikt moet worden. Als dat lukt, roept het succeservaring op. De cliënten moeten daarvoor belang hechten aan de samenwerking en naar elkaar kunnen luisteren. Ze moeten zich concentreren op de ander om zo hun eigen klank in te brengen in de groep. Hier wordt al met twee vaardigheden gewerkt die volgens de ICD-10 (WHO Geneve & WHO-FIC CC Bilthoven, 2016) geremd zijn door typische symptomen van een depressie: Interesse (geen belang hechten aan dingen) en concentratie (aandacht er niet bij kunnen houden).

Maar binnen de werkvormen lijken deze symptomen niet in de weg te staan aan een succesvolle samenwerking. Sterker nog, de respondenten geven aan plezier te ervaren, hoewel het gebrek aan plezier ervaring tevens een symptoom van een depressie is (WHO Geneve & WHO-FIC CC Bilthoven, 2016).

Hoe komt het nou dat de cliënten belang hechten aan iets (in dit geval de samenwerking), de aandacht erbij kunnen houden en plezier ervaren tijdens het uitvoeren van een muzikale werkvorm?

De respondenten geven daar zelf antwoord op: De groepscohesie. Door elkaar te helpen en op elkaar te kunnen rekenen.

Dat de groepscohesie binnen groepstherapie van belang is voor de respondenten, is vanuit de theorie niet verwonderlijk. Yalom en Leszcz (2008) stellen, dat groepscohesie de voorwaarde is voor de optimale werkzaamheid van andere therapeutische factoren binnen groepstherapie. Uit onderzoek komt voort dat groepen met een sterke groepscohesie ook een beter eindresultaat bereiken dan groepen met een minder geprononceerde groepscohesie (Burlingame, McClendon, & Yang, 2018; Cabral, Best, & Paton, 1975; Snijders, 2004). Dit fenomeen is dus een bekend gegeven vanuit de groepstherapie en geldt ook voor de *groepsmuziektherapie*.

Interessant is, dat de cohesie binnen de muziektherapie vooral via de muziek lijkt te ontstaan. R3 geeft hiervan een voorbeeld. Wanneer R3 een solo moest spelen, heeft de groep op de achtergrond doorgespeeld en haar op deze manier muzikaal ondersteund. Dit fenomeen is een speciale vaardigheid van muziektherapie: In de muziek kan gelijktijdig gespeeld worden, maar iedereen is hoorbaar. Op deze manier zou een sterk gevoel van groepscohesie binnen de samenwerking ontstaan: Iedereen is hoorbaar, daardoor kan de groep zich aan het individu aanpassen zonder dit verbaal te moeten bespreken.

De groep maakt intensief contact met elkaar.

Groepsprocessen gebeuren intuïtief, de communicatie onderling is zowel non-verbaal alsook snel en de muziek zelf geeft feedback of de samenwerking is gelukt (Smeijsters, 2008). Zo ja, beleven de patiënten een succeservaring als groep, zoals beschreven in de resultaten.

Deze aspecten vanuit het medium maken, dat de groep van zelf een belangrijke factor wordt. Gecombineerd met de waarderende, steunende houding van de therapeut ontstaat een welwillende sfeer: De groepsleden *willen* elkaar ondersteunen en helpen.

Individuele behoeftes staan centraal

Alle zes de respondenten benadrukken de keuzevrijheid en inspraak die ze hadden binnen de muziektherapie. Hierin wordt niet alleen de keuze van instrumenten bedoeld, maar ook het feit dat iedere cliënt zelf kon bepalen hoe actief hij zich wilde inbrengen in de therapie en de muzikale werkvormen.

Als middel wordt door de respondenten een verbale begin- en eindronde benoemd, die iedere sessie heeft plaatsgevonden. De respondenten beschrijven hoe ze hun wensen, gemoedstoestand en mate van activiteitsniveau met de groep hebben gedeeld in deze beginronde.

Door het interview met de muziektherapeut met deze ervaringen te vergelijken, wordt duidelijk dat de verbale begin- en eindronde bewust wordt ingezet. Meneer Müller-Steffan

doelt daarmee op het verkennen van eigen interesses en het ondersteunen van initiatief: De cliënten mogen zelf bepalen hoe ze in contact willen komen met de muziek. Gezien de respondenten aangeven in de beginronde keuzes te maken en ook democratisch te stemmen tussen die keuzes, wordt duidelijk dat de respondenten in de beginronde ook daadwerkelijk aan deze twee doelen werken.

De muziektherapeut geeft aan in de beginronde alle behoeftes en wensen te inventariseren en van daaruit een geschikte werkvorm te bedenken. Dit maakt duidelijk, dat de cliënten inderdaad een grote invloed hebben op het verloop van een sessie.

De keuzevrijheid wordt niet alleen door de respondenten benadrukt en door de muziektherapeut mogelijk gemaakt: ook binnen de literatuur speelt het autonoom mogen kiezen een belangrijke factor binnen therapie.

Volgens Blom (2003) is het van belang dat de hulpverlener alles in de werk stelt om de autonomie van de depressieve patiënt te bevorderen. En ook de literatuur over cliëntgerichte therapie beschrijft hoe de therapeut de cliënt zelf beslissingen laat nemen om diens autonomie te vergroten (Rogers, 1957; Smeijsters, 2008).

Door accepterend op keuzes te reageren, is het volgens de muziektherapeut aannemelijk dat cliënten hun behoeftes ook toenemend serieus inbrengen en niet antwoorden vanuit sociale wenselijkheid.

Vanuit de muziektherapeut is dit een belangrijk punt: Een van zijn hoofddoelen is het helpen van de cliënt om zijn eigen interesses en gevoelens te verkennen.

Als we deze uitspraak vergelijken met de literatuur uit de probleemstelling, valt op dat dit een essentieel aspect van de cliëntgerichte muziektherapie is.

De literatuur benoemt dat het (her)ontdekken van werkelijke gevoelens, gedachten, wensen en mogelijkheden een doel is en alleen bereikt kan worden wanneer de therapeut de cliënt onvoorwaardelijk accepteert (Smeijsters, 2008).

Aan de andere kant wordt de keuzevrijheid ook als uitdagend ervaren. R3 beschrijft dit duidelijk: *“Ja zoals gezegd: in het begin was het heel overvragend, dan was je zo: Wat moet ik doen, ik heb geen idee. En achteraf . . . Je leert weer eigen keuzes te maken”*. Vanuit de symptomen van een depressie gezien is het niet verwonderlijk, dat cliënten de keuzevrijheid als overvragend ervaren. Door een verminderd vermogen tot belangstelling en een verminderd gevoel van zelfvertrouwen is het maken van keuzes moeilijk voor de depressieve mens (WHO Geneve & WHO-FIC CC Bilthoven, 2016). Volgens Houtman (2002) lukt het depressieve

mensen niet meer om makkelijk beslissingen te nemen, vanwege twijfels die zelfs bij eenvoudige dingen opkomen.

Maar R3 beschrijft een ontwikkeling en geeft aan dat zij in de muziektherapie geleerd heeft weer eigen keuzes te maken. Als we deze uitspraak vergelijken met de uitspraken van de muziektherapeut, wordt duidelijk dat de ervaring van R3 geen toeval is: Meneer Müller-Steffan doelt er bewust op, het initiatief van de cliënt te bevorderen door aan geuite behoeftes te voldoen en door motivaties en wensen te ondersteunen.

Voor de muziektherapeut staat centraal dat de cliënten oefenen om zich af te sluiten van de groep en juist op individuele behoeftes te letten.

Dit doel lijkt in eerste instantie in contrast te staan met de grote belangstelling voor de groepscohesie en samenwerking, die door alle respondenten wordt benadrukt.

Maar deze samenwerking lijkt vooral binnen het medium centraal te staan en het verkennen van individuele behoeftes lijkt juist in de beginronde plaats te vinden.

Interessant zou zijn om te verkennen, in hoeverre de cliënten ondanks de groepsfactor binnen de muziektherapeutische werkvormen nog letten op de behoeftes die ze in de beginronde geformuleerd hebben. Staan de eigen behoeftes en de behoefte naar groepsconformiteit in contrast met elkaar of letten cliënten op allebei?

Wat met behulp van dit onderzoek wel geconcludeerd kan worden, is dat de cliënten keuzes maken, die vanuit eigen behoeftes voortkomen, zoals het kiezen van instrumenten, de manier van spelen en de mate van activiteit.

We mogen ook niet vergeten dat de keuzevrijheid stimuleert om op eigen behoeftes te letten. Vanuit de patiënten interviews wordt duidelijk hoeveel keuzevrijheid er aan de individuele cliënt wordt gegeven. Daarom kunnen we ervan uitgaan dat de cliënt naast de groepscohesie constant bezig is met het verkennen van behoeftes en wensen en het maken van eigen keuzes.

Afleiding van gedachtepatronen leidt tot stemmingsverbetering

Vijf van de zes respondenten benadrukken de meerwaarde van muziektherapie, omdat het afleidt van zorgen en negatieve gedachtepatronen. De onderzoeker had dit aspect in de resultaten niet verwacht en vond het interessant dat de respondenten dit zo benadrukten, vandaar dat ze het van belang vond om hier dieper op in te gaan.

Interessant is, dat de muziektherapeut in het interview alleen over afleiding en concentratie spreekt, wanneer hij over de bandvorm praat. Hij benadrukt dat de bandvorm structuur biedt en de depressieve patiënten daardoor geconcentreerd blijven op het hier en nu.

Houtman (2002) geeft aan dat het denken van depressieve patiënten vaak volledig in beslag wordt genomen door zijn problemen. Zijn gedachten blijven in cirkels ronddraaien en hij piekert vaak over hetzelfde.

Door het actief muziek maken of door het luisteren naar muziek, lijkt deze gedachte cirkel doorbroken te worden. Uit de resultaten komt voort dat de focus op de muziek ertoe leidt dat cliënten zich concentreren op het samenspel en een stemmingsverbetering ervaren.

Door deze afleiding volgen blijkbaar positieve emoties die door het muzikale spel ervaren worden. Afleiding van het piekergedrag lijkt dus ruimte te maken voor andere gedachtes en nieuwe emoties.

Gunter en Bodner (2008) stellen dat afleiding de aandachtscapaciteit van het werkgeheugen tegenwerkt. De centrale executive is belast wanneer een persoon een afleidende opdracht uitvoert terwijl hij probeert een herinnering/gedachte te onthouden.

Wanneer de aandacht van een geheugenspoor weggehaald wordt, begint deze te 'vervallen'. Als een opdracht of prikkel dus sterk genoeg is om de hele aandacht te vragen, 'vervalt' het geheugenspoor en de aandacht blijft gericht op de opdracht (Gunter & Bodner, 2008). Een prikkel die sterk genoeg is, leidt dus ook de depressieve patiënt af van gedachte cirkels.

Maar wat maakt het verschil in de afleiding tussen een partijtje kaarten en muziektherapie? Wat aan muziektherapie maakt dat deze afleiding zo goed en aanhoudend lijkt te werken en dat de focus zo gericht blijft?

Kort gezegd: wat maakt het zo effectief?

Ten eerste is muziek een hele sterke prikkel, ons hele brein is actief wanneer we naar muziek luisteren en muziek maken. Uit onderzoek (Altenmüller & Schlaug, 2015; Van Cranenburgh, 2007) kwam naar voren dat muziek in veel verschillende regio's van het brein gelijktijdig wordt verwerkt en er daarom in de hersenen veel activiteit wordt gemeten wanneer er naar muziek geluisterd wordt.

Wanneer we zelf muziek maken, wordt er niet alleen ons auditief vermogen gevraagd, maar schakelen we ook somatosensorische, cognitieve en motorische vaardigheden in (Thaut et al., 2014; Van Cranenburgh, 2018). Bij samenspel wordt het cognitief vermogen nog meer aangespannen, omdat we ook moeten letten op timing en synchronisatie (Van Cranenburgh, 2018).

Het luisteren en vooral het maken van muziek vraagt dus op vele manieren aandacht van ons en stimuleert activiteit in ons brein.

Ten tweede werkt muziektherapie niet alleen cognitief afleidend: Er gebeurt op emotioneel vlak nog veel meer.

Patiënten krijgen muzikale feedback door het instrument dat ze bespelen en van medecliënten die ook op instrumenten spelen: Samenspel ontstaat. Alle respondenten beschreven hoe snel ze als groep muzikaal samen kwamen en dat daardoor een groepsgevoel ontstond.

En juist door de groepscohesie ligt de motivatie hoog om niet afgeleid te worden:

Het versterkt de wil om er voor elkaar geconcentreerd te blijven en samen een succeservaring te beleven. De respondenten geven hierin de meerwaarde van een 'mooi samenspel' aan.

Het streven naar esthetiek lijkt dus ook een motiverende factor te zijn om in het hier en nu te blijven.

En opeens werkt de muziektherapie niet meer alleen cognitief afleidend:

Door de afleiding worden er nieuwe, positieve ervaringen gemaakt. Positieve emoties worden geraakt, die van te voren geen ruimte kregen. Ervaringen in een groepsverband worden gemaakt: De anderen maken deel uit van het muzikale feedback en zijn hoorbaar.

De muziek doet voor depressieve patiënten blijkbaar een groot appèl op samenspel:

Verbinding, cohesie, harmonie, dit zijn woorden die als positief worden beschreven door de respondenten.

Deze gevoelens ontstaan door de afleiding, door de focus niet meer op de negatieve gedachtepatronen te richten, maar gemeenschappelijk op de sterkste prikkel in het hier en nu: De muziek.

Na aanleiding van deze ontdekking werd voor de onderzoeker duidelijk dat dit mechanisme voor de doelgroep depressie misschien belangrijker is dan voor alle andere doelgroepen.

Het helpt hen niet alleen om in het hier en nu te zijn, maar ook om andere symptomen van een depressie tegen te gaan: neerslachtigheid, geen plezier kunnen beleven, depressieve stemming, verminderde concentratie en traagheid (Houtman, 2002). De afleiding van gedachtepatronen heeft dus invloed op de hele therapiesessie. Deze ontdekking kwam voor de onderzoeker onverwacht en wordt meegenomen in haar visieontwikkeling, beschreven in paragraaf 4.4.5.

Samenvatting

Door de interpretatie van de resultaten wordt duidelijk, dat de vier aspecten samenhangen met elkaar: De afleiding van gedachtepatronen leidt tot muzikale samenwerking in het hier en nu. Gelijktijdig dient de groep als motivatie voor concentratie. De samenwerking bevordert de groepscohesie, maar er wordt door de therapeut ook ruimte gegeven aan de verkenning en uiting van individuele behoeftes.

En alle deze mechanismen vinden in een veiligheid biedende context plaats, die door de ruimtelijke en therapeutische sfeer wordt bepaald.

De vier hoofddoelen van de muziektherapeut (zelfwaardering bevorderen, initiatief ondersteunen, interesses & gevoelens verkennen en concentratie op het hier en nu) werden binnen deze interpretatie gelinkt aan de patiëntenervaringen. Er werd duidelijk, dat alle vier de doelen behaald werden en de patiënten op deze vlakken positieve ervaringen hebben gemaakt binnen de muziektherapie. Verder werd duidelijk, dat de patiënten aspecten beschrijven (zoals een uitdagende houding of afleiding van gedachtepatronen) die door de muziektherapeut niet expliciet genoemd werden. Hier wordt in de volgende paragrafen verder op ingegaan.

4.2 Kritische reflectie

In deze paragraaf wordt er kritisch naar het verrichte onderzoek gekeken en worden de sterkten en zwakten en van dit onderzoek beschreven.

Sterkten:

Organisatie

Een sterkte die in het gehele onderzoek naar voren komt, was het organisatievermogen van de onderzoeker.

Gezien de onderzoeker voor het selectieproces van respondenten toegang tot patiëntendossiers nodig had, was het een noodzaak om bij verschillende instanties om toegang te vragen.

Ondanks dat proces drie weken in beslag nam, kwam ze niet in vertraging door in die tijd al een planning op te stellen.

Dit had een belangrijk voordeel: Hoewel het COVID-19 virus en de daarmee verbonden maatregelen binnen de dataverzamelingsfase vielen, konden alle geplande interviews op tijd afgenomen worden en kon de verzamelingsfase afgerond worden, voordat er een contactverbod in Duitsland ingevoerd werd. Dit gebeurde niet alleen dankzij het organisatievermogen vanuit de onderzoeker, maar ook vanuit de inzet en coöperatie van de opdrachtgever.

Peer debriefing

Door tijdens het analyseproces en de interpretatie van resultaten vakgenoten in te schakelen, is het gebruik van peer debriefing een sterkte punt van dit onderzoek.

Er werden wekelijks lessen gevolgd waarin de interpretaties kritisch beoordeeld werden.

Verder heeft de onderzoeker haar analyses door medestudenten na laten kijken en ontstonden discussies over de interpretatie van resultaten. Op deze manier werd gewaarborgd dat de onderzoeker zich niet van haar eigen verwachtingen liet leiden in het analyseproces.

Onderzoeksdesign

Het onderzoeksdesign dat gekozen werd, paste goed bij de doelstelling van het onderzoek.

Het onderzoekstype was inventariserend, oftewel beschrijvend, en paste daarom goed bij het doel om de ervaringen van patiënten te inventariseren. De onderzoeksmethode was een kwalitatieve survey. Volgens Baarda et al. (2013) is het doel van deze methode om

verschijnselen te beschrijven vanuit een eerstepersoonsperspectief en dit was ook het doel van dit onderzoek. Op deze manier is het patiëntenperspectief op muziektherapie verkregen.

Bereikte doelstellingen

Tenslotte is het feit dat de doelstelling is bereikt ook een sterk punt.

Vanuit zes patiënten werden uitgebreide ervaringen met de cliëntgerichte, muziektherapeutische behandeling in het Alexianer ziekenhuis verkregen. Aan de hand van de resultaten werd een vergelijking gemaakt tussen de ervaringen van de cliënten en de doelstellingen vanuit de therapeut. Op deze manier kan de muziektherapeut zijn handelen nauwkeurig evalueren en ook is zijn onderzoeksvraag beantwoord. De deelvraag is tevens beantwoord: de therapeutische stroming van meneer Müller-Steffan is duidelijk gedefinieerd. Door vooraf aan het onderzoek nauwkeurig de probleemstelling samen te vatten en zowel aan de opdrachtgever alsook de scriptiebegeleider voor te leggen, werd gewaarborgd dat het onderzoek zich ook daadwerkelijk op het beoogde probleem richtte. In Bijlage H is dit akkoordformulier terug te vinden.

Mijn persoonlijke doelstellingen zijn ook bereikt: Door de verkregen resultaten kon ik mijn therapeutisch handelen bijschaven en werd ik bevestigd in mijn overtuiging dat de cliëntgerichte benadering bij mijn waarden als therapeut past.

Zwakten:

Interview met therapeut te laat

Omdat meneer Müller-Steffan niet vanuit een theoretisch kader werkt, maar vanuit eigen ervaringen als professional moest de onderzoeker evalueren hoe de muziektherapeut werkt. Alleen op deze manier kon het brede begrip “muziektherapie” op een manier gedefinieerd worden, die generalisatie toelaat.

Omdat de onderzoeker stage had gelopen bij meneer Müller-Steffan, had ze voorkennis hierover. Er werden gesprekken met meneer Müller-Steffan aangegaan, waarin hij zijn manier van werken beschreef en er werd samen geprobeerd zijn grondprincipes te verwoorden. Aan de hand van deze gesprekken en haar eigen observaties heeft de onderzoeker deze grondprincipes vergeleken met bestaande literatuur en is tot de conclusie gekomen, dat meneer Müller-Steffan cliëntgerichte muziektherapie inzet. Deze korte literatuurstudie werd aan hem voorgelegd en hij kon zich in dit theoretisch kader vinden. Vanuit deze “operationalisatie” is een topiclijst opgesteld, waarover de respondenten geïnterviewd werden.

In het proces van dataverzameling werd echter duidelijk, dat de operationalisatie niet transparant genoeg is verlopen: Er werden geen opnames gemaakt van de gesprekken tussen onderzoeker en muziektherapeut. Ook de observaties tijdens de stage werden niet genoteerd of opgenomen.

De onderzoeker heeft daarom nog een interview met meneer Müller-Steffan gevoerd, om zijn manier van werken formeel te operationaliseren. Deze keer werd dit opgenomen, getranscribeerd en samengevat. Zo werd transparantie wel nog gewaarborgd, maar nadat de dataverzamelingsfase al afgerond was. De topiclijst voor de respondenten was daarom gebaseerd op persoonlijke gesprekken en eigen observaties.

De informatie die voortkwam uit het interview met de muziektherapeut kwam wel overeen met de persoonlijke gesprekken en eigen observaties.

Gelukkig had de onderzoeker tijdens de dataverzameling nog geen informatie gegeven over de uitkomsten van de respondenten interviews. Zo werd gewaarborgd dat ook het interview met de muziektherapeut een zuivere databron was en niet beïnvloed werd door informatie over de patiënten interviews. Dit interview zorgde dus voor transparante data en zou daarom ook bij de sterktes van dit onderzoek kunnen staan.

Het was echter beter geweest het interview over de therapeutische houding allereerst te voeren om zo de topiclijst voor de patiënten interviews daarop te kunnen baseren.

Zo had er ook geëvalueerd kunnen worden of de therapeutische doelstellingen vanuit het zicht van patiënten behaald werden.

Te weinig verdiepende vragen

In de interviews met cliënten heeft de onderzoeker geprobeerd om zo open als mogelijk te blijven en het interview niet in een bepaalde richting te sturen. Dit is in kwalitatief onderzoek van groot belang (Baarda et al., 2013). Achteraf werd duidelijk, dat ze daardoor te weinig verdiepende vragen heeft gesteld.

Bijvoorbeeld benadrukken de patiënten de accepterende houding van de therapeut als positief, maar gaan vervolgens niet in op het daaruit resulterende effect voor zichzelf.

Dit laat zich aan de ene kant vanuit de problematiek van de doelgroep verklaren omdat bij depressie vaak sprake is van affectvervlakking (Vandereycken, Hoogduin, & Emmelkamp, 2008). Gevoelens en waarnemingen bij de cliënten zelf kwam nauwelijks aan bod en bij vragen werd er heel beknopt antwoord gegeven.

Aan de andere kant had de onderzoeker ook verder door kunnen vragen op de specifieke persoonlijke effecten van de muziektherapeutische interventie.

Daardoor had de onderzoeker nog meer persoonlijke ervaringen kunnen verkrijgen. De keuze om dit niet te doen kwam voort uit afstemming: de onderzoeker voelde aan hoe beknopt er over eigen gevoelens werd gepraat en heeft intuïtief gekozen om de respondenten in hun waarde te laten. Er blijft open of ze door middel van doorvragen concretere uitspraken over persoonlijke effecten en gevoelens had kunnen verkrijgen.

Ervaringen zijn moeilijk generaliseerbaar

Hoe groter het aantal respondenten is, hoe groter de nauwkeurigheid van het onderzoek zal zijn (Fischer & Julsing, 2019). Gezien dat dit onderzoek in het kader van een bachelor scriptie werd uitgevoerd, waren interviews met zes respondenten al aan de bovengrens kwa capaciteit. Met zes respondenten kunnen de uitspraken van dit onderzoek nog niet gegeneraliseerd worden voor de gehele doelgroep en is de externe validiteit dus laag.

Er is enigszins sprake van generaliseerbaarheid voor de muziektherapeutische behandeling van meneer Müller-Steffan bij patiënten die met een recidiverende depressieve stoornis, huidige episode ernstig en zonder psychotische symptomen (F33.2) gediagnosticeerd zijn. Dit maakt een uitspraak over een hele kleine populatie binnen het Alexianer ziekenhuis mogelijk. Het was in eerste instantie ook niet het doel om tot generaliseerbare resultaten te komen, omdat de onderzoeksvraag voort kwam uit een specifiek bedrijf. Alsnog is aan te bevelen om binnen vervolgonderzoek meer in te gaan op de validiteit en generaliseerbaarheid. Nog een zwakte is, dat de resultaten zijn toegesneden op de muziektherapeut meneer Müller-Steffan. Ze zijn dus alleen voor hem geldig en niet voor zijn muziektherapeutisch collega in het Alexianer ziekenhuis. Er is dus ook geen generalisatie voor alle muziektherapeuten mogelijk, omdat het specifiek over cliëntgerichte muziektherapie gaat.

Omstandigheden

In de fase van dataverzameling nam de invloed van het virus COVID-19 behoorlijk toe en vanaf 23 maart 2020 werd er een contactverbod ingevoerd in Aken. Van te voren werd duidelijk dat de onderzoeker daarom beperkt de tijd had om de dataverzameling af te ronden. Dit had invloed op de tijdsafspraken met respondent 5. De onderzoeker was van plan nog een week te wachten met interview 5, gezien de respondent op dat moment pas drie muziektherapie sessies had gehad. De onderzoeker wilde wachten, totdat de respondent aan de vastgelegde vijf sessies mee had gedaan en dan pas het interview voeren.

Vanwege de maatregelen die op een snel tempo erger werden, is ervoor gekozen om respondent 5 toch na drie sessies al te interviewen. Omdat de onderzoeker vanwege de

diversiteit van respondenten voor deze respondent had gekozen (de eerste man, gemiddelde leeftijd) werd het interview met hem gevoerd, desondanks hij maar drie sessies had gehad. Verder hadden de omstandigheden invloed op de keuze voor respondent 6. Hij was naast respondent 5 de enige man die een aantal sessies had gehad, maar hij was niet met een recidiverende depressieve stoornis (F33) gediagnosticeerd maar met een matige depressieve episode (F32.1). Hij voldeed dus niet helemaal aan de inclusiecriteria. Er werd alsnog voor hem gekozen, omdat de onderzoeker nog een mannelijke respondent wilde interviewen en hij bovendien al acht muziektherapie sessies had gehad.

Bias

De onderzoeker heeft in haar derde studiejaar 10 maanden stage gelopen bij meneer Müller-Steffan. Het is mogelijk dat haar objectiviteit daardoor beïnvloed werd en ze bepaalde verwachtingen over de uitkomsten heeft gehad. Hoewel er daarom zorgvuldig op transparantie en confirmability in vorm van het bijhouden van een logboek werd gelet, is niet uit te sluiten dat de onderzoeker beïnvloed werd door haar eigen bias en verwachtingen.

Sociale wenselijkheid

Gezien de onderzoeker zich als muziektherapie student voorstelde, kan dit de antwoorden van de respondenten beïnvloed hebben. Gezien dat de antwoorden over het algemeen positief waren en er geen kritische of negatieve uitspraken over meneer Müller-Steffan gedaan werden, kan niet uitgesloten worden dat vragen vanuit sociale wenselijkheid beantwoord werden.

Vertaling

Een laatste zwakte van het onderzoek zou kunnen zijn dat de interviews in het Duits werden afgenomen. Om dichterbij het materiaal te blijven werd ook de open codering in het Duits gedaan en achteraf vertaald.

In de resultaten worden citaten gegeven van belangrijke uitspraken van de respondenten. Voor de leesbaarheid is gekozen om ook de citaten die gebruikt worden binnen deze scriptie te vertalen. De vraag ontstaat of de inhoud van de citaten is veranderd door de vertaling. De onderzoeker is van mening dat dit niet is gebeurd, omdat ze de uitspraken nauwkeurig heeft vertaald, Duits haar moedertaal is en ze in het Nederlands in schrift en spraak een NT2 diploma heeft. Alsnog blijft de vraag of sommige woorden in de twee talen een andere intonatie hebben en de uitspraken door de vertaling in nuances veranderd zijn.

4.3 Terugkoppeling naar de opdrachtgever

De terugkoppeling van de resultaten heeft op 14 mei 2020 in het muziektherapie-lokaal in het Alexianer ziekenhuis plaatsgevonden. Ondanks verscherpte veiligheidsmaatregelen vanwege het COVID-19 virus werd ervoor gekozen de terugkoppeling persoonlijk plaats te laten vinden. Via persoonlijk contact was de communicatie makkelijker dan via een online gesprek en dat vond de opdrachtgever van belang, omdat zij open stond voor een aansluitende discussie over de resultaten.

De onderzoeker heeft via PowerPoint een presentatie gegeven over de belangrijkste bevindingen uit het onderzoek.

Ten eerste werd het handelen van de muziektherapeut vanuit de literatuur geëvalueerd en kon formeel bevestigd worden dat de muziektherapeut binnen de cliëntgerichte stroming ingedeeld kan worden. Hier was de PowerPoint handig omdat verbanden meteen uitgelegd konden worden.

De opdrachtgever concludeerde dat het van meerwaarde voor hem is om binnen een therapeutische stroming ingedeeld te worden, omdat hij zijn handelen op deze manier kan onderbouwen en concreet kan beschrijven (persoonlijke communicatie, 14 mei 2020).

Ten tweede werden de resultaten gepresenteerd, die uit de patiënten interviews naar voren waren gekomen. Deze werden toegelicht en afsluitend vergeleken met de bewuste doelstellingen van de muziektherapeut. Omdat de onderzoeker deze vergelijking zelf al geïnterpreteerd had, werd de interpretatie meteen teruggekoppeld. Daaruit kwam naar voren dat de doelstellingen vanuit de muziektherapeut in meer of mindere mate ook door de patiënten als succeservaringen benadrukt werden.

Gedurende de terugkoppeling werd echter ook een verschil qua belangstelling duidelijk: de respondenten legden hun nadruk op groepscohesie en afleiding van gedachtepatronen, terwijl de therapeut de nadruk legde op het bevorderen van zelfwaardering en initiatief.

Verder konden onduidelijkheden besproken worden. Bijvoorbeeld de uitdagende houding, die de respondenten beschreven maar de therapeut in het interview niet benoemde. De opdrachtgever benoemde in de terugkoppeling de cliënten wel bewust uit te dagen, maar dat zelf heel weinig te doen bij depressieve patiënten. Hij concludeerde dat motiverende interventies ook al als uitdagend ervaren kunnen worden bij deze doelgroep.

De opdrachtgever, meneer Müller-Steffan, herkende de patiëntenervaringen over het algemeen en gaf aan in eerste instantie niet verrast te zijn door de resultaten, maar vooral

bevestigd te worden in zijn manier van werken. Hij gaf op de volgende dag per mail aan, dat deze bevestiging hem motiveert om gestructureerde werkvormen in te zetten, omdat de concentratie op de muziek van de respondenten zo positief benadrukt werd (persoonlijke communicatie, 15 mei 2020).

De belangstelling voor de groepscohesie en het zorgen voor afleiding gaat hij in de toekomst meer aandacht geven en hij gaat proberen deze in zijn bewuste doelstellingen te integreren. Het onderzoeksdesign was dus geschikt voor het beantwoorden van zijn vraag. Door een inventariserend onderzoekstype met een kwalitatieve survey als onderzoeksmethode te gebruiken, was het mogelijk de ervaringen met de muziektherapie nauwkeurig te kunnen beschrijven. Hij verkreeg een duidelijk beeld vanuit het patiëntenperspectief, waardoor zijn vraagstelling beantwoord kon worden en hij zijn therapeutisch handelen kon evalueren. Het behalen van de doelstelling is daarom een sterk punt van dit onderzoek, zoals beschreven in de kritische reflectie.

Tijdens de terugkoppeling kwam vanuit de opdrachtgever de vraag, of er ook kritiek kwam vanuit de patiënten. Dit was niet het geval en dus blijft de vraag bestaan of de respondenten vanuit sociale wenselijkheid reageerden, zoals ook in de kritische reflectie is aangeduid. Er werden dus in de terugkoppeling niet alleen sterktes, maar ook tekortkomingen van het onderzoek duidelijk. Niettemin kon de onderzoeksvraag voor de opdrachtgever tevredenstellend beantwoord worden.

Concluderend kan gezegd worden dat de opdrachtgever in eerste instantie niet verrast was door de patiënten ervaringen. De terugkoppeling heeft hem in zijn therapeutisch handelen bevestigd, maar heeft ook nieuwe inzichten opgeleverd over belangstellingen van de patiënten. De opdrachtgever heeft aangegeven deze belangstellingen in zijn eigen handelen te willen integreren.

Afsluitend had de onderzoeker paragraaf 3.1: *resultaten vanuit interviews met cliënten*, naar het Duits vertaald, zodat de opdrachtgever er gebruik van kon maken. Het geeft een uitgebreide terugkoppeling vanuit het patiëntenperspectief en kan aan geïnteresseerde collega's, stagiaires en patiënten gegeven worden. Op deze manier kon de onderzoeker een product afleveren aan de opdrachtgever en werd de terugkoppeling afgesloten met de overhandiging van dit cahier.

4.4 Conclusies & Aanbevelingen

4.4.1 Beantwoording van de vraagstelling

Vanuit bovenstaande analyse kan de onderzoeksvraag beantwoord worden.

De hoofdvraag luidde:

Wat zijn de ervaringen van volwassen depressieve cliënten, huidige episode ernstig en zonder psychotische symptomen met de cliëntgerichte muziektherapeutische behandeling binnen de psychiatrische instelling: Alexianer Krankenhaus, Aachen?

De korte antwoord is: Alle respondenten ervoeren de muziektherapeutische behandeling als positief. In het volgende wordt de onderzoeksvraag meer gedifferentieerd beantwoord.

Uit de resultaten kwamen zeven aspecten voort die respondenten in de muziektherapie als belangrijk en waardevol achten:

1. Individuele ervaringen
2. De groep
3. De therapeutische houding
4. De deskundigheid van de muziektherapeut
5. De werkvormen
6. De afleiding van gedachtepatronen
7. Het lokaal

Vanuit deze zeven aspecten werden vier hoofduitspraken geformuleerd die de patiëntenervaringen concreet samenvatten.

De ervaringen van depressieve cliënten met de cliëntgerichte muziektherapeutische behandeling binnen het Alexianer Krankenhaus laten zich onderverdelen in vier hoofduitspraken:

1. De therapeutische houding & het lokaal creëren een veilige context
2. Groepsgevoel ontstaat door samenwerking
3. Individuele behoeftes staan centraal
4. Afleiding van gedachtepatronen leidt tot stemmingsverbetering

Deze ervaringen werden met de doelstellingen van de behandelende muziektherapeut vergeleken en er werden duidelijke overeenkomsten gevonden.

Er is te benoemen dat de onderzoeksvraag best breed was: “ervaringen” is een breed begrip en er werd niet verder geoperationaliseerd welke ervaringen precies bedoeld waren.

Daarom is ook het antwoord op de onderzoeksvraag breed en kan dit niet binnen één korte zin beantwoord worden.

De muziektherapeut Jörg Müller-Steffan wilde met behulp van dit onderzoek op een officiële manier feedback van patiënten verkrijgen. Door dit onderzoek werden zes patiëntenmeningen in kaart gebracht en geanalyseert. Dit levert ten eerste de gewenste feedback op, waardoor de muziektherapeut zijn therapeutisch handelen kan evalueren.

Ten tweede is het voor de muziektherapeut mogelijk om aan de hand van de resultaten de meerwaarde van muziektherapie vanuit patiëntenperspectief te kunnen beargumenteren. Er werd een cahier, dat de patiëntenervaringen bevatte (vertaalde paragraaf 3.1), aan de muziektherapeut gegeven, zodat hij deze indien gewenst aan collega's, stagiaires of andere geïnteresseerden kan laten zien. Dit zal de meerwaarde van muziektherapie vanuit het patiëntenperspectief duidelijk maken.

Er wordt dus duidelijk, dat de doelstelling van dit onderzoek is behaald: door de verkregen patiëntenervaringen kan de muziektherapeut Jörg Müller-Steffan zijn interventies nog beter afstemmen op de behoeftes van cliënten.

Beantwoording van de subvraag:

Hoe kan de muziektherapeutische stroming van meneer Müller-Steffan gedefinieerd worden?

Om de hoofdvraag te kunnen operationaliseren en om de patiëntenervaringen te kunnen plaatsen, was het subdoel van dit onderzoek om de muziektherapeutische stroming van meneer Müller-Steffan te definiëren.

Dit is gelukt door een interview met hem te voeren en de uitspraken met literatuur te vergelijken: Meneer Müller-Steffan werkt cliëntgericht.

4.4.2 Aanbevelingen voor de opdrachtgever & de praktijk

De resultaten van dit onderzoek laten zien, dat de cliënten van het “Alexianer Krankenhaus” in Aken tevreden zijn met de muziektherapeutische behandeling.

Uit de discussie kwam naar voren, dat depressieve cliënten vooral het aspect van de groepscohesie en de afleiding van gedachtepatronen waarderen.

Interessant is, dat deze twee aspecten door de muziektherapeut zelf niet als belangrijke factoren benoemd werden.

Deze tegenstrijdige belangstelling is voor de opdrachtgever interessant en in de zin van patiëntgerichte zorg is aan te bevelen, dat Jörg Müller-Steffan zich met deze twee aspecten bezig gaat houden.

Dat de groepscohesie voor de patiënten zo van belang is, zal vanuit de groepspsychotherapie geen verrassing zijn.

Yalom en Leszcz (2008) stellen, dat groepscohesie de voorwaarde is voor de optimale werkzaamheid van andere therapeutische factoren binnen groepstherapie.

Er is dus aan te bevelen zich in dit aspect te verdiepen en hoofdstuk 3 uit Yalom en Leszcz (2008) te lezen, dat zich met dit fenomeen bezig houdt. Dit boek is voor de opdrachtgever toegankelijk.

Het aspect van de afleiding is een factor die minder afhankelijk lijkt te zijn van de groep, maar van het medium zelf.

Ook hier is aan te bevelen zich van dit werkingsmechanisme en van de positieve ervaring door patiënten bewust te zijn. Op deze manier kan de muziektherapeut er bewust gebruik van maken.

Smeijsters (2008) stelt dat het leren bespelen van een instrument een techniek is om afleiding te bieden. Omdat dit veel concentratie en fijne motorische vaardigheden vraagt, kan het de cliënt afleiden van negatieve gedachten en kan het de cliënt in het hier en nu houden.

Gezien de bandvorm door respondenten vooral werd beschreven als mogelijkheid om nieuwe instrumenten te bespelen en samen te komen, zou de muziektherapeut het aspect van de instrumenten verkenning binnen de bandvorm nog meer op de voorgrond kunnen stellen.

Gezien de respondenten de afleiding als heel positief hebben ervaren, zou hij bewust nog meer in kunnen spelen op hun behoeftes. Door de resultaten wordt al duidelijk dat meneer Müller-Steffan zich van het structurerend karakter van de bandvorm bewust is en de werkvorm daarom bij de doelgroep depressie bewust inzet. Er wordt aanbevolen om dit te blijven doen en de doelstelling nog meer op het aspect van de concentratie te leggen.

Bovendien is er aan te bevelen de resultaten ook aan verplegers te laten zien, omdat deze het meeste contact hebben met de patiënten. Volgens de heer Jörg Müller-Steffan (persoonlijke communicatie, 18 mei 2020) lijden depressieve patiënten die nieuw opgenomen worden nog het sterkst onder hun symptomen en zijn ze vaak niet gemotiveerd om aan het therapieaanbod deel te nemen.

De afleiding van negatieve gedachtepatronen is een factor, die de verplegers kunnen noemen om nieuwe patiënten voor de eerste muziektherapie sessie te motiveren.

De verkregen patiëntenervaringen verduidelijken de belangstellingen van depressieve patiënten die zijn opgenomen in de psychiatrie.

In die zin zijn de aanbevelingen die voor de opdrachtgever werden gemaakt, ook van toepassing voor andere muziektherapeuten die met deze doelgroep werken.

4.4.3 Aanbevelingen voor beroepsontwikkeling

Voor alle vaktherapeuten, sterker nog, voor *alle therapeuten* is het belangrijk om het eigen handelen te evalueren en binnen de behandeling niet te vergeten dat de patiënt met zijn hulpvraag in het middelpunt van behandeling moet staan (Smeijsters, 2008).

Dit onderzoek maakt duidelijk hoe zinvol het is om het eigen therapeutisch handelen te evalueren en feedback van patiënten te ontvangen. Alleen op deze manier kan de vaktherapeut écht nagaan of de behandeling aansluit op de hulpvraag van de patiënt.

Er wordt daarom ook voor andere vaktherapeuten aanbevolen om naar feedback te vragen, bijvoorbeeld in de vorm van anonieme vragenlijsten.

Door het eigen handelen te evalueren kunnen vaktherapeuten zich bovendien verder profileren en aanpassen aan de actuele trends binnen de gezondheidszorg.

Zoals in de probleemstelling van dit onderzoek al beschreven, vindt er in het kader van de positieve gezondheid binnen de gezondheidszorg een verschuiving plaats van de pathogene zienswijze, die zich richt op risicofactoren van ziektes, naar de salutogene focus, die zich richt op gezondheidsbevordering (Lindström & Eriksson, 2011).

Deze gezondheidsbevorderende focus richt zich volgens Lindström en Eriksson (2011) op veerkracht, empowerment en samenwerking met patiënten. De zorgvraag van de patiënt staat daardoor meer centraal.

De ‘World Federation of Music Therapy’ definieert muziektherapie als het professionele gebruik van muziek als interventie voor mensen die hun kwaliteit van leven willen optimaliseren en die hun gezondheid willen verbeteren (World Federation of Music Therapy, 2011).

De algemene doelstellingen van muziektherapie komen dus al gedeeltelijk overeen met de salutogene zichtwijze op gezondheid en de doelstellingen van positieve gezondheid aan zich (Boot, 2018).

Binnen de actuele ontwikkeling bestaat dus een kans voor de muziektherapie om zich verder te profileren. Dit kan onder ander door patiëntenervaringen te inventariseren.

Gezien dit nog te weinig is gedaan (Schneider et al., 2020) wordt aanbevolen om nog meer patiëntenervaringen te inventariseren. Op deze wijze kan de meerwaarde van muziektherapie binnen de actuele ontwikkeling in de gezondheidszorg geëvalueerd en profileert worden.

De boven beschreven doelstellingen van de salutogenese maken tevens duidelijk, hoe goed de cliëntgerichte therapeutische stroming past bij de actuele ontwikkeling binnen de gezondheidszorg. Binnen de cliëntgerichte stroming staat de cliënt met zijn behoeftes in het middelpunt en ook binnen de positieve gezondheid en de actuele ontwikkelingen in de gezondheidszorg komt de zorgvraag van de patiënt meer centraal te staan (Samaritter & Van Hooren, 2017).

Vanwege deze redenen zou de cliëntgerichte stroming toekomstig mogelijk nog meer populariteit vinden onder vaktherapeuten. In dit onderzoek werd duidelijk dat er nog te weinig onderzoek is gedaan naar deze stroming binnen vaktherapie. Er is dringend aan te bevelen om hier meer onderzoek naar te doen, ook gezien de cliëntgerichte benadering tot een van de zes meest gebruikte psychotherapeutische stromingen binnen de muziektherapie hoort (Smeijsters, 2008).

Voor muziektherapeuten is vanuit de actuele ontwikkeling aan te bevelen aspecten van de cliëntgerichte stroming in hun eigen handelen te integreren. Op deze manier kunnen ze meegaan met de ontwikkeling binnen de gezondheidszorg. Er wordt concreet aanbevolen de zorgvraag en ook de wensen van de cliënt centraal te stellen en de initiatief van de cliënt te bevorderen om hun veerkracht en hun empowerment te sterken. Binnen de actuele

ontwikkelingen ligt een duidelijke kans om muziektherapie verder te profileren en er wordt aangeraden om als vak gebruik van deze kans te maken.

4.4.4 Aanbevelingen voor vervolgonderzoek

De genoemde ervaringen van de respondenten kunnen nog niet allemaal voldoende verklaart worden vanuit bestaande literatuur. Vooral het afleidende element binnen muziektherapie zou nog verder onderzocht moeten worden voor de doelgroep depressie.

Dat de afleiding van gedachtepatronen door depressieve patiënten als opluchting wordt ervaren, is in dit onderzoek uitgewerkt. Maar hoe lang blijft deze opluchting bestaan? Kan het richten van aandacht op het hier en nu gekoppeld worden aan stemmingsverbetering?

Dit fenomeen moet verder onderzocht worden en bevindingen moeten geobjectiveerd worden middels kwantitatief onderzoek. Er wordt aanbevolen om met behulp van gesloten vragenlijsten te toetsen of de afleiding van gedachtepatronen werkelijk van zo'n groot belang voor depressieve patiënten is en hoe vaak deze samen optreedt met stemmingsverbetering.

Dit onderzoek is vanwege beperkte tijd met maar zes respondenten uitgevoerd. Om een meer gevalideerde uitspraak te kunnen maken en om nog meer verschillende meningen te horen, zou een onderzoek met meer respondenten van noodzaak zijn.

Er wordt daarom kwalitatief vervolgonderzoek (mogelijk in een andere inrichting) aanbevolen, waarin ervaringen met cliëntgerichte muziektherapie geïnventariseerd worden. Door meer respondenten te interviewen kan de externe validiteit vergroot worden en op deze manier zouden de uitkomsten voor de doelgroep gegeneraliseerd kunnen worden.

Uit paragraaf 4.4.3 *Aanbevelingen voor beroepsontwikkeling* komt voort, dat de cliëntgerichte stroming binnen de muziektherapie mogelijk meer populariteit zal winnen.

Daarom wordt aanbevolen verder onderzoek naar de werking van deze stroming te doen, om zodoende het effect van cliëntgerichte muziektherapie te kunnen definiëren.

Om valide onderzoek naar de werking van cliëntgerichte muziektherapie te kunnen doen, zouden daarom ook de meningen van experts in vorm van een kwalitatieve survey verkend moeten worden.

4.4.5 Integratie van de resultaten in het eigen vaktherapeutisch handelen

In deze paragraaf worden de bevindingen uit het onderzoek vertaald naar mijn eigen vaktherapeutisch handelen. Door het uitvoeren van dit onderzoek heb ik nieuwe ervaringen en kennis opgedaan die mijn vaktherapeutisch handelen beïnvloeden en in het volgende ga ik op deze ervaringen in. Afsluitend vergelijk ik mijn opgedane kennis met de eindcompetenties van de opleiding vaktherapie.

Uitdagen

Een aspect die ik vooral meeneem uit dit onderzoek is het balanceren tussen een ondersteunende houding en een uitdagende houding. Tot nu toe is mijn therapeutische houding over het algemeen meegaand en pas ik in de muziek vooral ondersteunende, empathische technieken toe, zoals “Pacing”, “Synchronizing” en “Rhythmic grounding” (Bruscia, 1987).

Dit komt voort uit mijn waarden. Ik wil veiligheid bieden en vooral bij depressieve patiënten niet te overvragend zijn. Binnen dit onderzoek werd voor mij aan de ene kant bevestigd dat dit een goede startpositie is. De zes respondenten benadrukten het belang van ondersteuning en acceptatie, ook binnen de muziek.

Aan de andere kant werd door vijf van de zes respondenten de meerwaarde van een uitdagende houding herhaald benoemd. Dit had ik zelf niet verwacht bij een doelgroep die zo’n laag zelfbeeld en eigenwaarde heeft (Houtman, 2002). Ik neem hieruit mee dat ik zowel in het medium, alsook verbaal uitdagend mag zijn.

In de literatuur is uitdaging een bekende therapeutische techniek en wordt volgens Egan (2012) door cliënten als verfrissend en stimulerend ervaren. Dat komt overeen met de resultaten uit dit onderzoek. Jacobs (2008) omschrijft uitdaging als het prikkelen van de cliënt om zijn denken, voelen en doen te veranderen. Door als hulpverlener uitdagend te zijn kan ik dus vooral depressieve patiënten beter helpen om verandering aan te brengen in stagneerde gedrags- en gedachtepatronen.

Maar Egan (2012) stelt ook dat uitdaging, confrontatie en het geven van opdrachten snel uit de hand kunnen lopen bij onervaren hulpverleners.

En juist deze angst heeft me tot nu toe tegen gehouden in het oefenen met uitdagend en directief gedrag. De meegaande, ondersteunende houding die ik tot nu toe vooral toepas als hulpverlener komt dus niet alleen voort uit mijn persoonlijke waarden, maar ook vanuit veiligheid. Uitdaging in muziektherapie vraagt niet alleen sociale competenties (Egan, 2012)

maar ook goede muzikale vaardigheden: Het vraagt om flexibel, muzikaal spel en eventueel ook naar volume en doorzettingskracht in de muziek.

Uit dit onderzoek neem ik mee dat het loont om deze vaardigheid verder te ontwikkelen en vooral om te durven eens harder te spelen in de muziek, een tempoverandering aan te brengen en duidelijk de muzikale leiding te nemen. Concreet betekent dit dat ik de Bruscia-technieken “Introducing change” en “Differentiating” (Bruscia, 1987) meer ga gebruiken om binnen de muziek een nieuwe richting in te slaan.

Alle respondenten benadrukken de meerwaarde van het verbaal en muzikaal uitdagend gedrag van meneer Müller-Steffan en ook de literatuur veronderstelt dat directieve, uitdagende interventies van groot belang kunnen zijn voor het therapieproces bij depressieve patiënten, omdat het verandering aanbrengt in stagneerde processen (Egan, 2012; Houtman, 2002; Jacobs, 2008; Molenaar, Don, Van den Bout, Sterk, & Dekker, 2009).

De verkregen resultaten uit dit onderzoek laten me dus kritisch kijken naar mijn therapeutisch handelen en motiveren me om zowel in het medium, alsook verbaal uitdagende interventies toe te passen.

Bandvorm

Uit het onderzoek kwam op verschillende plaatsen voor mij naar voren hoe zinvol het is om binnen een bandvorm te werken met depressieve patiënten. Gezien het ook de opdrachtgever wordt aanbevolen om zich nog meer te focussen op instrumenten verkenning binnen deze werkvorm, is dat zeker een aanbeveling waar ik zelf ook gebruik van kan maken.

Zoals in de aanbeveling voor de opdrachtgever al beschreven, biedt het bespelen van instrumenten afleiding van negatieve gedachten. Het vraagt concentratie en motorische vaardigheden, waardoor de depressieve patiënt in het hier en nu geplaatst wordt (Smeijsters, 2008). Ook beschreven de respondenten dat ze zich binnen de werkvorm moesten concentreren om hun instrument zo te kunnen bespelen, dat het paste binnen het geheel. Op deze manier wordt niet alleen de concentratie getraind, maar wordt ook de samenwerking onderling bevorderd: een aspect dat door de respondenten als belangrijk geacht werd.

Hoewel ik binnen mijn stagejaar ook al met band vormen heb gewerkt, wordt me door middel van dit onderzoek duidelijk waarom het zo geschikt is voor die doelgroep. In mijn opinie voldoet de bandvorm het meeste aan het doel ‘zich op het hier en nu concentreren’, omdat cliënten samen een geheel vormen en iedereen een duidelijke inzet en verantwoordelijkheid heeft. Ten slotte heb ik zelf ervaren, dat de succeservaring en de stemmingsverbetering aan het eind van een bandvorm het meeste voelbaar worden. Er is weinig literatuur beschikbaar

over het werkingsmechanisme van de bandvorm. Kurstjens en Baerends (2006) stellen dat het toewerken naar een muzikaal product niet het meest belangrijk is, maar het proces ernaar toe. Ik zelf denk dat het psychisch proces dat de cliënten doormaken terwijl ze de instrumenten beoefenen en proberen samen te spelen van grote waarde is. Maar ik denk ook dat het eindproduct dat uit het proces resulteert wel van groot belang kan zijn voor een groep. En zeker voor depressieve cliënten is succes en trots een ervaring die hun negatieve gedachtepatronen en schuldgevoelens tegen kan werken.

Ik concludeer uit dit onderzoek voor mijn eigen handelen dat het uitwerken van een lied binnen groepsmuziektherapie een afleidende, groepsbevorderende effect kan hebben.

Uit mijn eigen ervaring weet ik dat de bandvorm structurerend werkt en uit dit onderzoek neem ik mee dat dit aspect voor depressieve patiënten grote meerwaarde heeft omdat het de concentratie op het hier en nu bevordert.

Onderzoek doen

Het doen van onderzoek was nieuw voor me. Door me te verdiepen in de literatuur over het doen van onderzoek heb ik veel kunnen leren over het verzamelen, inventariseren en analyseren van gegevens.

Aan de hand van de kritische reflectie werd duidelijk dat ik binnen het uitvoeren van onderzoek bepaalde aspecten goed heb uitgevoerd en andere aspecten tekort kwamen.

Vooraf van de zwakten heb ik veel kunnen leren en ik neem in het bijzonder mee dat ik in interviews meer verdiepende vragen mag stellen om de gegevens te verzamelen.

Gelijktijdig komt in de kritische reflectie naar voren hoe belangrijk mijn organisatievermogen was voor het uitvoeren van dit onderzoek. Ook deze competentie heb ik binnen dit onderzoek dus verder kunnen ontwikkelen en inzetten.

In de terugkoppeling met de opdrachtgever kon ik mijn bevindingen overdragen en heb ik bijgedragen aan de profilering van het vak.

Cliëntgericht werken

Gezien ik vorig jaar stage ben gelopen bij meneer Müller-Steffan en me door zijn manier van werken heb laten inspireren, werd ik in zekere mate door zijn waarden en doelstellingen beïnvloed. Door middel van dit onderzoek en meneer Müller-Steffan's bevestiging vanuit de terugkoppeling is gedefinieerd dat hij cliëntgericht werkt. Deze definitie is ook voor mij van belang, omdat ik nu duidelijk kan zeggen dat ik door de cliëntgerichte stroming beïnvloed ben. Sterker nog, de reacties vanuit de patiënten en het verdiepende interview met meneer

Müller-Steffan hebben voor mij bevestigd hoe waardevol deze stroming is en hoe goed deze binnen de muziektherapie geïntegreerd kan worden.

Vanuit mijn ervaring als muziektherapeut weet ik, hoe confronterend het medium muziek kan zijn. Vaak heb ik, vooral bij depressieve patiënten, gezien hoe muziek moeilijke emoties en herinneringen kan oproepen. Daarom vind ik het van belang om als muziektherapeut ondersteunend te zijn en de cliënt te helpen deze confrontaties in zijn eigen tempo aan te gaan. Wheeler (1981) beschrijft dat een cliëntgericht werkende muziektherapeut de cliënt niet in een richting zal sturen, maar hem zowel verbaal alsook muzikaal zal ondersteunen. Dit aspect vind ik zelf heel waardevol en heb ik in mijn therapeutisch handelen al geïntegreerd door de Bruscia technieken “Pacing” en Rhythmic grounding” toe te passen (Bruscia, 1987). Het ondersteunen van de cliënt in zijn muzikale uitingen heeft voor mij een grote waarde omdat ik veiligheid binnen de therapie wil creëren.

De resultaten van dit onderzoek laten zien dat de respondenten de cliëntgerichte benadering als positief ervaren en dat iedere cliënt zijn eigen succeservaringen heeft gemaakt binnen de muziektherapie. Hier vind ik van belang dat de muziektherapeut op iedere cliënt persoonlijk in moet gaan om individuele succeservaringen te bereiken: Dat vraagt veel concentratie omdat de therapeut iedere cliënt in de gaten moet houden tijdens het musiceren. Op deze manier krijgt iedere cliënt individuele aandacht binnen de groep.

Vanuit de resultaten is bekend, dat ook de groep zelf van groot belang is voor de respondenten. De relaties onderling lijken dus in de muziektherapie een belangrijke factor te zijn. Dit komt overeen met mijn eigen ervaringen, namelijk dat muziek de kracht heeft om mensen met elkaar te verbinden. Maar juist het cliëntgerichte aspect maakt, dat de therapie voor iedere deelnemer een ander effect heeft, omdat iedere deelnemer gestimuleerd wordt om zijn eigen behoeftes te verkennen.

Ik ben me nu meer bewust van het belang van de wisselwerking tussen de groep en het individu.

Zich als beginnend muziektherapeut te kunnen oriënteren aan een theoretisch kader kan een grote hulp zijn. Door zich ermee bezig te houden wordt voor mij ook duidelijk wat ik zelf belangrijk vind. Voor de hulpverlener is het essentieel om zich bewust te zijn van eigen waarden en belangstellingen (Egan, 2012) en door middel van dit onderzoek heb ik me nauwkeurig uiteen kunnen zetten met de cliëntgerichte muziektherapie.

Zoals ook in de kritische reflectie benoemd, komen mijn eigen waarden sterk overeen met de cliëntgerichte muziektherapie.

Ik kom tot de conclusie dat ik me in de richting van een cliëntgericht werkende muziektherapeut heb ontwikkeld en daar heel tevreden mee ben.

Visie

Ik heb door middel van dit onderzoek geleerd dat ik te hoge verwachtingen heb gesteld aan therapeutische doelen. Daardoor ben ik vergeten naar kleine successen binnen de therapie te kijken. Ik heb zelf niet meer vanuit de cliëntenperspectief gekeken, maar vanuit de literatuur en de pathogenese die doelt op een snelle, effectieve reductie van symptomen (Lindström & Eriksson, 2011).

De interviews met de respondenten hebben echter aangetoond, dat de cliënten zelf ook eigen verwachtingen en belangstellingen hebben. Ik heb geleerd dat ze zich vaak op veel meer essentiële dingen richten dan de literatuur.

Vooraf met het resultaat, dat de afleiding van gedachtepatronen een belangrijk en succesvol effect voor de respondenten is, was ik eerst niet tevreden. Het leek me als niet betekenisvol genoeg, omdat afleiding voor mij ook door een kaartspel kan gebeuren. Maar door dit resultaat en de interpretatie ervan verder te discussiëren, werd voor mij duidelijk dat depressieve patiënten zich juist niet zo makkelijk kunnen afleiden van hun piekergedrag en dat de muziek een sterke prikkel is die ook nog ruimte creëert voor nieuwe, positieve ervaringen.

Ik werd door de patiënten dus gecorrigeerd in mijn overtuiging dat afleiding niet betekenisvol genoeg is als therapeutisch doel. Sterker nog: Ik werd door de interviews gestimuleerd om mijn overtuiging te toetsen en bij te stellen.

Ik kon door de patiënten iets essentieels over mijn vak leren en dit bevestigt (sterker nog dan alle literatuur van Rogers en Yalom waardoor ik geïnspireerd werd) mijn overtuiging dat de *patiënt zelf* de expert voor zijn eigen behandeling is.

De vaardigheden die ik door middel van dit onderzoek heb verkregen, sluiten aan bij de eindcompetenties voor de opleiding vaktherapie, die binnen deze periode centraal worden gesteld.

Dit zijn: organisatie, professionalisering en onderwijs en onderzoek (Pénzes, z.d.).

Wat betreft de organisatie, werd in de kritische reflectie duidelijk hoe groot mijn inzet en organisatievermogen was tijdens het opstellen en doorvoeren van dit onderzoek. Ik was ondernemend en heb op een goede samenwerking met de instelling en de opdrachtgever gelet.

De eindcompetentie professionalisering heb ik door middel van dit onderzoek het meest kunnen ontwikkelen. Ik kon mijn vaktherapeutisch handelen actualiseren en verder uitwerken. Zo neem ik vooral mee dat ik als hulpverlener (muzikaal) uitdagend mag zijn, de bandvorm vaker wil inzetten en geïnspireerd wordt door de cliëntgerichte stroming binnen muziektherapie.

Ik heb dus mijn methodisch handelen bij de doelgroep depressie kunnen uitbreiden en kunnen verdiepen. Deze doelgroep spreekt me enorm aan. De verkregen resultaten zorgen dan ook voor veel enthousiasme om mezelf als muziektherapeut bij deze doelgroep nóg sterker neer te zetten.

Tot slot heb ik de eindcompetentie onderwijs en onderzoek kunnen ontwikkelen. Door onderzoek te doen heb ik geleerd hoe ik data kan verzamelen en analyseren, maar ik heb ook geleerd hoe ik de verkregen data over kan brengen. In de terugkoppeling heb ik niet alleen de uitkomsten van dit onderzoek weergegeven, maar kon ik ook bijdragen aan de profilering van muziektherapie. Door de geprinte resultaten aan de instelling te geven, kan deze profilering doorgaan binnen het Alexianer ziekenhuis.

Ik heb dus alle eindcompetenties van de onderzoeksperiode in kunnen zetten en verder kunnen ontwikkelen binnen dit onderzoek.

Literatuurlijst

- Aalbers, S., Fusar-Poli, L., Freeman, R. E., Spreen, M., Ket, J. C. F., Vink, A. C., . . . Gold, C. (2017). Music therapy for depression (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 11. doi:10.1002/14651858.CD004517.pub3
- Alexianer Aachen GmbH. (z.d.-a). Geraadpleegd op 18 september 2019, van <https://www.alexianer-aachen.de/einrichtungen/alexianer-krankenhaus-aachen/>
- Alexianer Aachen GmbH. (z.d.-b). Geraadpleegd op 18 september 2019, van <https://www.alexianer-aachen.de/leistungen/krankenhaus-abteilungen/allgemeinpsychiatrie/>
- Altenmüller, E., & Schlaug, G. (2015). Apollo's gift: new aspects of neurologic music therapy. *Progress in Brain Research*, 217, 237-252. <https://doi.org/10.1016/bs.pbr.2014.11.029>
- Ashida, S. (2000). The Effect of Reminiscence Music Therapy Sessions on Changes in Depressive Symptoms in Elderly Persons with Dementia. *Journal of Music Therapy*, 37, 170-182. doi: 10.1093/jmt/37.3.170
- Baarda, B., Bakker, E., Fisher, T., Julsing, M., De Goede, M., Peters, V., & Van der Velden, T. (2013). *Basisboek Kwalitatief onderzoek: Handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek* (3^e druk). Groningen: Noordhoff Uitgevers.
- Bähler, M., & Oosterveld, H. (2013). SamenKeuzesMaken, gereedschap voor shared decision making in de GGZ. *Kwaliteit in zorg*, 3, 16-18. Geraadpleegd op 20 mei 2020, van <https://assets-sites.trimbos.nl/docs/c31f9c99-51a3-4fb9-97c7-872a0a98fbbb.pdf>
- Blom, M. B. J. (2003). Nabehandeling en begeleiding van de herstelde patiënt. In M. B. J. Blom, J. Spijker, & R. Van Dyck. (Reds.), *Behandelingsstrategieën bij chronische depressie & dysthymie* (pp.124-131). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Boeije, H. (2014). *Analyseren in kwalitatief onderzoek: Denken en doen* (2^e druk). Den Haag: Boom Lemma.
- Boot, J. M. D. (2018). *Organisatie van de gezondheidszorg* (4^e herziene druk). Assen: Koninklijke Van Gorcum.
- Bruscia, K. E. (1987). *Improvisational models of music therapy*. Springfield: Charles C. Thomas.
- Bruscia, K. E. (2014). *Defining Music Therapy* (3rd edition). Illinois: Barcelona.
- Bunt, L., & Hoskyns, S. (Eds.). (2002). *The Handbook of Music Therapy*. Hove: Routledge.

- Burlingame, G. M., McClendon, D. T., & Yang, C. (2018). Cohesion in group therapy: A meta-analysis. *Psychotherapy*, 55(4), 384–398. <https://doi.org/10.1037/pst0000173>
- Cabral, R. J., Best, J., & Paton, A. (1975). Patients' and observers' assessments of process and outcome in group therapy: a follow-up study. *The American Journal of Psychiatry*, 132(10), 1052-1054. doi:10.1176/ajp.132.10.1052
- Egan, G. (2012). *Deskundig hulpverleners: Een model, methoden en vaardigheden*. Assen: Koninklijke Van Gorcum.
- Erkkilä, J., Punkanen, M., Fachner, J., Ala-Ruona, E., Pöntiö, I., Tervaniemi, M., . . . Gold, C. (2011). Individual music therapy for depression: randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry* 2011, 199(2), 132–139. doi:10.1192/bjp.bp.110.085431
- Fischer, T., & Julsing, M. (2019). *Onderzoek doen! Kwantitatief en kwalitatief onderzoek* (3^e druk). Groningen: Noordhoff.
- Friedli, L. (2009). *Mental health, resilience and inequalities*. Kopenhagen: WHO.
- Glaser, B. G., & Strauss, A. L. (1967). *The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research*. Chicago: Aldine.
- Gunter, R. W., & Bodner, G. E. (2008). How eye movements affect unpleasant memories: Support for a working memory account. *Behaviour Research & Therapy*, 46(8), 918-931. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2008.04.006>
- Hakvoort, L. (Red.). (2017). *Beroepscompetentieprofiel: Muziektherapeut*. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Muziektherapie (NVvMT).
- Houtman, R. (2002). *Depressie: Hoe een behandeling het levensplezier weer terug kan brengen*. Wormer: Inmerc.
- Jacobs, G. (2008). *Rationeel-emotionele therapie: Een praktische gids voor hulpverleners* (2^e herziene druk). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Kurstjens, H., & Baerends, A. (2006). Actieve muziektherapie. In H. Smeijsters. (Red.), *Handboek Muziektherapie: Evidence based practice voor de behandeling van psychische stoornissen, problemen en beperkingen* (pp.134-148). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Laansma, M., & Riemke, C. (2006). Stemningsstoornissen. In H. Smeijsters. (Red.), *Handboek Muziektherapie: Evidence based practice voor de behandeling van psychische stoornissen, problemen en beperkingen* (pp.165-181). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Lindström, B., & Eriksson, M. (2011). Een salutogene benadering van het aanpakken van verschillen in de gezondheid. In E. W. Baars, & G. H. Van der Bie (Reds.), *Health*

- promotion: preventief en curatief: Naar een duurzame gezondheidszorg* (pp. 35-66). Amsterdam: SWP.
- MacDonald, S. (2015). Client Experiences in Music Therapy in the Psychiatric Inpatient Milieu. *Music Therapy Perspectives*, 33(2), 108-117.
<https://doi.org/10.1093/mtp/miv019>
- Maso, I., & Smaling, A. (1998). *Kwalitatief onderzoek: Praktijk en theorie*. Amsterdam: Boom.
- McCaffrey, T. (2018). Evaluating music therapy in adult mental health services: Tuning into service user perspectives. *Nordic Journal of Music Therapy*, 27(1), 28-43.
<https://doi.org/10.1080/08098131.2017.1372510>
- Migchelbrink, F. (2013). *Handboek praktijkgericht onderzoek: Zorg, welzijn, wonen en werken*. Amsterdam: SWP.
- Mittelmark, M. B., Sagy, S., Eriksson, M., Bauer, G. F., Pelikan, J. M., Lindström, B., & Espnes, G. A. (Eds.). (2017). *The Handbook of Salutogenesis*. Cham: Springer.
- Molenaar, P. J., Don, F. J., Van den Bout, J., Sterk, F., & Dekker, J. (2009). *Cognitieve gedragstherapie bij depressie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Odell-Miller, H. (1995). Why provide music therapy in the community for adults with mental health problems? *British Journal of Music Therapy*, 9, 4–10.
<https://doi.org/10.1177/135945759500900102>
- Pénzes, I. (Red.). (z.d.). *Bachelor Vaktherapie 2019-2020: Module CA1.15-16 "Afstudeerproject"*. Heerlen: Zuyd Hogeschool.
- Punkanen, M. (2011). *Improvisational Music Therapy and Perception of Emotions in Music by People With Depression*. Jyväskylä: University of Jyväskylä. Geraadpleegd op 29 september 2019, van
<https://jyx.jyu.fi/bitstream/handle/123456789/27199/9789513943042.pdf>
- Remmerswaal, J. (2006). *Begeleiden van groepen: Groepsdynamica in praktijk* (2^e herziene druk). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Rogers, C. R. (1957). The Necessary and Sufficient Conditions of Therapeutic Personality Change. *Journal of Consulting Psychology*, 21(2), 95-103.
<https://doi.org/10.1037/h0045357>
- Samaritter, R., & Van Hooren, S. (2017). In beweging komen: De werking van danstherapie beschreven vanuit het perspectief van patiënten. *Tijdschrift voor vaktherapie*, 4(13), 16-26. Geraadpleegd op 20 november 2019, van

- https://www.researchgate.net/publication/321918824_Samaritter_R_van_Hooren_S_2017_In_beweging_komen_De_werking_van_danstherapie_beschreven_vanuit_het_perspectief_van_patienten_Tijdschrift_voor_vaktherapie_413_pp_16-26
- Schneider, S., Scheytt, N., Delhey, M., Pokorny, D., & Von Wietersheim, J. (2020). Musiktherapie im psychosomatischen tagesklinischen Setting – Wirksamkeit aus Sicht der Patientinnen und Patienten. *Musiktherapeutische Umschau*, 41(1), 16-30. Geraadpleegd op 14 mei 2020, van <https://www.vandenhoeck-ruprecht-verlage.com/zeitschriften-und-kapitel/55547/musiktherapeutische-umschau-2020-bd-41-heft-1>
- Siedlecki, S. L. (2005). The Effect of Music on Power, Pain, Depression, and Disability: A Clinical Trial. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 65, 39-50. Geraadpleegd op 20 april 2020, van https://www.researchgate.net/publication/35150233_The_Effect_of_Music_on_Power_Pain_Depression_and_Disability_a_Clinical_Trial
- Silverman, M. J. (2015). *Music Therapy in Mental Health for Illness Management and Recovery*. Oxford: Oxford University Press.
- Smeijsters, H. (2006). Kwalitatief onderzoek. In H. Smeijsters. (Red.), *Handboek Muziektherapie: Evidence based practice voor de behandeling van psychische stoornissen, problemen en beperkingen* (pp. 36-53). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Smeijsters, H. (2008). *Handboek Creatieve Therapie* (3^e herziene druk). Bussum: Countinho.
- Snijders, H. (2004). Groepscohesie: Een empirisch ondersteunende therapeutische factor? *Tijdschrift voor psychotherapie*, 30, 148-159. <https://doi-org.zuyd.idm.oclc.org/10.1007/BF03062088>
- Thaut, M. H., McIntosh, G. C., & Hoemberg, V. (2014). Neurologic Music Therapy: From Social Science to Neuroscience. In M. H. Thaut & V. Hoemberg. (Eds.), *Handbook of Neurologic Music Therapy* (pp.1-6). Oxford: Oxford University Press.
- Van Buuren, H., Hummel, H., Slootmaker, A., & Berkhout, J. (2009). *Onderzoek: De basis* (3^e druk). Groningen: Noordhoff.
- Van Cranenburgh, B. (2007). Muziek en brein (2). *Neuropraxis*, 11, 139-144. <https://doi.org/10.1007/BF03079144>
- Van Cranenburgh, B. (2018). *Muziek en brein: Over de kracht van muziek*. Haarlem: Stichting ITON, Instituut voor Toegepaste Neurowetenschappen.
- Van der Pligt, J., & De Vries, N. K. (1995). *Opinies en attitudes: Meting, modellen en*

- theorie*. Meppel: Boom.
- Vandereycken, W., Hoogduin, C. A. L., & Emmelkamp, P. M. G. (Reds.). (2008). *Handboek Psychopathologie: Deel 1 basisbegrippen* (4^e herziene druk). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Wheeler, B. L. (1981). The Relationship Between Music Therapy and Theories of Psychotherapy. *Music Therapy*, 1(1), 9–16. <https://doi.org/10.1093/mt/1.1.9>
- Wheeler, B. L. (Red.). (2005). *Music Therapy Research* (2nd edition). Gilsum: Barcelona.
- WHO Geneve & WHO FIC CC Bilthoven. (2016). *ICD-10: Internationale statistische classificatie van ziekten en met gezondheid verband houdende problemen* (10^e revisie). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Wigram, T. (2004). *Improvisation: Methods and Techniques for Music Therapy Clinicians, Educators and Students*. London: Jessica Kingsley.
- Wigram, T., Pedersen, I. N., & Bonde, L. O. (2002). *A comprehensive guide to music therapy: Theory, clinical practice, research, and training*. London: Jessica Kingsley.
- World Federation of Music Therapy. (2011). *Announcing WFMT's NEW Definition of Music Therapy*. Geraadpleegd op 26 mei 2020, van <https://www.wfmt.info/2011/05/01/announcing-wfmts-new-definition-of-music-therapy/>
- World Health Organization. (2018). *Depression*. Geraadpleegd op 18 september 2019, van <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Yalom, I. D., & Leszcz, M. (2008). *The Theory and Practice of Group Psychotherapie* (5th edition). New York: Basic Books.

Bijlagen

Bijlage A: Informatiebrief & Toestemmingsverklaring



Einverständniserklärung

Sehr geehrter Teilnehmer der Forschung: *Patientenerfahrungen mit Musiktherapie*.

Sie sind eingeladen, an der Forschung: Patientenerfahrungen mit Musiktherapie teilzunehmen. Diese Forschung wird im Zusammenhang mit der Bachelorarbeit des Studienganges Fachtherapie der Zuyd Hochschule und in Zusammenarbeit mit dem Alexianer Krankenhaus, Aachen ausgeführt von *Sophia Lillpopp*. Das Forschungsprojekt wird von Jörg Müller-Steffan begleitet.

Das Ziel dieser Bachelorarbeit ist es, Ihre Erfahrungen mit der musiktherapeutischen Behandlung zu inventarisieren. Die Ergebnisse dieser Bachelorarbeit werden genutzt um herauszufinden, was die Patientenmeinungen über Musiktherapie sind.

Wenn Sie an dieser Bachelorforschung teilnehmen, bedeutet dies, dass Sie Ihre Erfahrungen mit der musiktherapeutischen Behandlung teilen werden. In diesem Sinne wird ein Interview mit Ihnen geführt. Dieses Interview ist ausschließlich für die Bachelorarbeit bestimmt, niemand außer der Forscherin (Sophia Lillpopp) hat Zugriff auf diese Daten.

Die Teilnahme an dieser Forschung ist freiwillig. Jede Information wird streng vertraulich behandelt. Alle Ergebnisse werden anonym wiedergegeben, sodass niemand identifiziert werden kann.

Sie können Ihre Zustimmungserklärung zu jeder Zeit zurückziehen.

Bei Fragen können sie Kontakt aufnehmen mit: Sophia Lillpopp, sophialillpopp@gmx.de.

Ich habe dieses Formular zur Kenntnis genommen und stimme zu.

Datum:

Unterschrift:

Informationspflicht gemäß §§ 14ff KDG für die

Alexianer Aachen GmbH

Name des Verantwortlichen	Alexianer Aachen GmbH
Kontakt Daten des Verantwortlichen (bzw. seines Vertreters)	J. Müller-Steffan, Abt. Musiktherapie, Alexianergraben 33, 52062 Aachen, j.mueller-steffan@alexianer.de
Kontakt Daten des Datenschutzbeauftragten	datenschutz@alexianer.de
Kategorien personenbezogener Daten	Gesundheitsdaten des Patienten
Zweck der Datenverarbeitung	Übermittlung im Rahmen der Bachelor-Arbeit von Fr. Sophia Lillpopp
Rechtsgrundlage für die Datenverarbeitung	Einwilligung des Patienten § 6 Abs. 1 b KDG
Empfänger / Kategorien von Empfängern	Frau Sophia Lillpopp
Dauer der Speicherung ¹	10 Jahre nach Behandlungsende
Erforderlichkeit der Bereitstellung der Daten (sofern beim Betroffenen erhoben)	☒ mittels Einwilligung ☐ gesetzlich vorgeschrieben ☐ vertraglich vorgeschrieben ☐ für einen Vertragsabschluss erforderlich ☐ Verpflichtung, die Daten zur Verfügung zu stellen Bei Nichtbereitstellung sind diese Folgen möglich: [bitte ausfüllen]
automatisierten Entscheidungsfindung ²	☒ nein ☐ ja

¹ oder, falls dies nicht möglich ist, die Kriterien für die Festlegung dieser Dauer [§ 15 Absatz 2 lit. a) KDG]

² gemäß § 24 Absätze 1 und 4; erforderlich sind in diesem Fall aussagekräftige Informationen über die involvierte Logik sowie die Tragweite und die angestrebten Auswirkungen einer derartigen Verarbeitung.

Informationspflicht gemäß §§ 14ff KDG für

Fr. Sophia Lillpopp

Name des Verantwortlichen	Frau Sophia Lillpopp
Kontakt Daten des Verantwortlichen (bzw. seines Vertreters)	Eupenerstr. 135, 52066 Aachen
Kategorien personenbezogener Daten	Stammdaten, Anamnestiche Daten, Krankengeschichte, Gesundheitsdaten, Protokolldaten
Zweck der Datenverarbeitung	Auswertung Patientendaten zur Erstellung der Bachelor-Arbeit
Rechtsgrundlage für die Datenverarbeitung	Einwilligung d. Betroffenen
Empfänger / Kategorien von Empfängern	(Speicherung in Figshare, Datenspeicherdienst der Hogeschool Zuyd, Heerlen, Niederlande)
Etwaiger Drittlandtransfer	Keiner
Dauer der Speicherung ³	Anonymisierung der Daten
Erforderlichkeit der Bereitstellung der Daten (sofern beim Betroffenen erhoben)	☒ mittels Einwilligung ☐ gesetzlich vorgeschrieben ☐ vertraglich vorgeschrieben ☐ für einen Vertragsabschluss erforderlich ☐ Verpflichtung, die Daten zur Verfügung zu stellen Bei Nichtbereitstellung sind diese Folgen möglich: [bitte ausfüllen]
Quelle der Daten (sofern nicht beim Betroffenen erhoben)	Patientenakte der Alexianer Aachen GmbH Die Quelle ist öffentlich zugänglich: ☒ nein ☐ ja
automatisierten Entscheidungsfindung ⁴	☒ nein ☐ ja

³ oder, falls dies nicht möglich ist, die Kriterien für die Festlegung dieser Dauer [§ 15 Absatz 2 lit. a) KDG]

⁴ gemäß § 24 Absätze 1 und 4; erforderlich sind in diesem Fall aussagekräftige Informationen über die involvierte Logik sowie die Tragweite und die angestrebten Auswirkungen einer derartigen Verarbeitung.

Recht auf Auskunft, § 17 KDG

Jeder Betroffene hat das Recht, Auskunft darüber zu verlangen, ob und inwieweit seine personenbezogenen Daten verarbeitet werden (insbesondere Verarbeitungszweck, Empfänger der Daten, Speicherdauer, etc.).

Recht auf Berichtigung, § 18 KDG

Jeder Betroffene hat das Recht, die Berichtigung seiner gespeicherten Daten zu verlangen, sofern diese unrichtig oder unvollständig sein sollten. Dies umfasst das Recht auf Vervollständigung durch ergänzende Erklärungen oder Mitteilungen.

Recht auf Löschung, § 19 KDG

Jeder Betroffene hat das Recht, die Löschung seiner personenbezogenen Daten zu verlangen. Dies ist etwa dann möglich, wenn die Daten nicht mehr für die Zwecke, für die sie erhoben wurden, erforderlich sind oder die Daten aufgrund gesetzlicher Pflichten zu löschen sind. Im Einzelfall kann dieses Recht jedoch ausgeschlossen sein.

Recht auf Einschränkung der Verarbeitung, § 20 KDG

Jeder Betroffene hat das Recht, die Verarbeitung seiner personenbezogenen Daten einschränken zu lassen. Dies ist etwa dann möglich, wenn die Daten unrichtig erfasst oder die Datenverarbeitung unrechtmäßig erfolgt. Im Falle der Einschränkung der Verarbeitung dürfen die Daten nur noch in eng umgrenzten Fällen verarbeitet werden.

Recht auf Datenübertragbarkeit, § 22 KDG

Jeder Betroffene hat das Recht, die Herausgabe der ihn betreffenden Daten in einem gängigen elektronischen, maschinenlesbaren Datenformat an ihn oder an einen von ihm zu benennenden Verantwortlichen zu verlangen, wenn er diese Daten selbst bereitgestellt hat.

Widerspruchsrecht, § 23 KDG

Jeder Betroffene hat das Recht, aus Gründen, die sich aus seiner besonderen Situation ergeben, der Verarbeitung der ihn betreffenden personenbezogenen Daten jederzeit mit Wirkung für die Zukunft zu widersprechen, sofern die Datenverarbeitung zur Wahrung berechtigter Interessen erfolgt (vgl. § 6 Abs. 1 lit. g), KDG).

Recht zur Beschwerde beim Datenschutzbeauftragten, § 48 KDG

Jeder Betroffene hat das Recht, sich wegen eventueller Verstöße gegen datenschutzrechtliche Vorschriften jederzeit an die zuständige Aufsichtsbehörde der Union oder der Mitgliedsstaaten zu wenden. Folgende Aufsichtsbehörde ist zuständig:

Der Diözesandatenschutzbeauftragte für die Ostdeutschen Bistümer

Widerrufsrecht

Erfolgt die Datenverarbeitung auf Grundlage einer Einwilligung, so kann die Einwilligung durch den Betroffenen jederzeit ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

Ausübung der Betroffenenrechte

Zur Ausübung der Rechte im Zusammenhang mit Vorgängen der Datenverarbeitung wendet sich der Betroffene an den betrieblichen Datenschutzbeauftragten.

Anfragen an den betrieblichen Datenschutzbeauftragten, die elektronisch eingereicht werden, werden in der Regel elektronisch beantwortet, soweit in der Anfrage keine abweichenden Festlegungen getroffen wurden.

Die zu erbringenden Informationen und Mitteilungen einschließlich der Erfüllung der Betroffenenrechte werden grundsätzlich unentgeltlich erbracht. Etwas anderes gilt lediglich im Fall von offenkundig unbegründeten oder exzessiven Anträgen.

Auskunfts- und Informationsbegehren werden in der Regel unverzüglich, jedenfalls innerhalb eines Monats nach Eingang der Anfrage bearbeitet. Die Frist kann um weitere zwei Monate verlängert werden, soweit dies unter Berücksichtigung der Komplexität und/oder der Anzahl der Anfragen erforderlich ist. Im Fall einer Fristverlängerung erfolgt innerhalb eines Monats nach Eingang der Anfrage eine Information unter Angabe der Gründe für die Verzögerung.

Einwilligung zur Weitergabe von Patientendaten

(inkl. der Patientenakte bzw. Auszüge daraus)

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum/-ort: _____

Ich erteile hiermit meine Einwilligung im Sinne des § 11 Abs. 1 lit. a) KDG, meine Patientendaten aus der aktuellen Behandlung (.....) an folgende Personen weiterzugeben:

Fr. Sophia Lillpopp
Eupenerstr. 135, 52066 Aachen

Ich bin mir bewusst, dass meine erteilte Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden kann.

Die Einwilligung gebe ich zum Zwecke der Übermittlung an die genannten Personen ab, sodass diese ihre Bachelor-Arbeit mit den oben genannten Informationen erstellen kann. Insb. wird sie die Erfahrungen von Patienten mit der Musiktherapie inventarisieren.

Im Hinblick auf die Personen, an welche ich die Datenübermittlung bzw. Datenweitergabe ausdrücklich zulasse, entbinde ich das Krankenhauspersonal ebenso von der Schweigepflicht nach § 203 StGB. Das Krankenhauspersonal hat sich zu vergewissern, dass es sich bei den anfragenden Personen um die von mir Bezeichneten handelt.

Ort, Datum und Unterschrift des Patienten
ggf. Unterschrift des gesetzl. Vertreters /
des gerichtl. bestellten Betreuers /
des Bevollmächtigten

Die Informationspflichten i. S. d. § 15 KDG finden Sie im beiliegenden Informationsblatt, welches gleichzeitig mit dieser Einwilligungserklärung ausgehändigt wurde.

Bijlage B: Topiclijsten

Topiclijst

Hoeveel muziektherapeutische sessies heeft u tot nu toe gekregen?

Wat zijn u ervaringen met de muziektherapie in het Alexianer ziekenhuis?

Begrip	Factoren	Aspecten vanuit literatuur	Mogelijke vragen
Cliëntgerichte muziektherapie	Cliënt	Relatie met therapeut	Gericht op mening en ervaring
		Relatie met de groep	
		Eigen keuzes	Was dit goed of storend voor u?
		Meespraak	
	Therapeut	Invulling van therapie	
		Niet oordelend	Wat vind u belangrijk?
		Acceptatie	
		Ondersteunend	Wat vind u waardevol?
		Reflecterend	
		Empathisch	
		Authentiek (echt)	
	Medium	Innerlijke ervaringen uiten	Wanneer u actief muziek hebt gemaakt, hoe heeft u dat waargenomen?
		Emoties verkennen	
		Muzikale activiteiten	Aan welke doelen draagt de muziektherapie bij?
		Groepscontact in de muziek	
	Bijdrage aan algemene behandeling/ doelen bij depressie	Concentratie	Had u bepaalde verwachtingen van de muziektherapie?
		Activatie	
		Gedachteverandering	
		Beïnvloeding van stemming	
		Uitbreiden gedrags- & relatie repertoire	
		Therapiemotivatie	

Einde: Cliëntgerichte muziektherapie uitleggen. Komt dat overeen met de manier van Jörg Müller-Steffan?

Roept dit nog nieuwe aspecten op?

Topic-Liste

An wievielen musiktherapeutischen Stunden haben Sie bis jetzt teilgenommen?
Hatten Sie vor diesem Aufenthalt schonmal Erfahrungen mit MT?

Was sind Ihre Erfahrungen mit der Musiktherapie im Alexianer Krankenhaus?

Begriff	Aspekte	Aspekte aus der Literatur	Mögliche Fragen
Patientenzentrierte Musiktherapie	Patient	Beziehung mit Therapeut Beziehung mit Gruppe Eigene Entscheidungen Mitsprache Mitgestaltung der Therapie	Gerichtet auf Meinung und Erfahrung Fanden Sie das gut oder störend?
	Therapeut	Nicht beurteilend Akzeptierend Unterstützend Reflektierend Empathisch Authentisch (echt)	Was finden Sie wichtig? Was finden Sie wertvoll?
	Medium	Eigene Erfahrungen äußern Emotionen erkunden Musikalische Aktivitäten Gruppenkontakt in Musik	Wenn Sie aktiv Musik gemacht haben, wie haben Sie das empfunden?
	Beitrag an allgemeiner Behandlung/Ziele bei Depression	Konzentration Aktivität Gedankenveränderung Stimmung beeinflussen Verhaltens- und Beziehungsrepertoire ausbreiten Therapiemotivation	An welchen Zielen trägt die Musiktherapie bei? Hatten Sie Erwartungen von Der Musiktherapie? Haben diese sich bereits erfüllt?

Schluss: Patientenzentrierte Musiktherapie erklären, stimmt das überein mit Realität?

Ruft das noch neue Aspekte hervor?

Topic-Liste Musiktherapeut

Wie verhältst du dich als Therapeut? Was machst du?

Was ist dir in deiner therapeutischen Haltung wichtig?

Aspekte	Aspekte aus der Literatur	Mögliche Fragen
Therapeut	Haltung Zielsetzungen Was ist wichtig Aufbau der Therapie Persönliche Werte	Was machst du? Warum machst du das?
Patient	Reaktionen von Patienten	Wo siehst du Veränderung?
Medium	Haltung - Unterschied/ Gemeinsamkeit zwischen verbal & musikalisch? Ziele in der Musik Aktivitäten Wirksame Elemente in der Musik	Was tust du? Was sind wirksame Aktivitäten? Hat sich etwas bewährt? Was sind wirksame Elemente in der Musik?
Beitrag an allgemeiner Behandlung/Ziele bei Depression	Ziele, wie: Konzentration Aktivität Gedankenveränderung Stimmung beeinflussen	Ziele aufgrund von Zielgruppe? Verbesserung von Symptomen durch Musiktherapie?

Was versuchst du mit deiner Haltung zu erreichen?

Bijlage C: Voorbeeld open codering

De open codering vond eerst plaats op papier: De transcriptie werd uitgeprint en er werden vooral samenvattende codes toegekend. Het voordeel hiervan was om zo dicht mogelijk bij de formuleringen van de respondenten te blijven. Aan de samenvattingen werden kleuren toegekend, in het voorbeeld is te zien dat alle uitspraken die er over de groep gingen in het groen markeert werden.

Interview 3

Mevrouw G.
Leeftijd:
Nationaliteit: Duits

12.03.2020, 15:00 uur

I: Ja, ich hab mir so ne Liste mitgebracht, ich schau
haben was ich noch besprechen wollte. Ehm, aber w
Erfahrungen hier mit der Musiktherapie wissen. Ehm
bevor Sie hier waren schon Erfahrungen mit Musik
G: Gar nicht.
I: Gar nicht.
G: Also mit ehm, ja also selbst die Musikerfahrung
irgendwie zu tun gehabt.
I: Ah, ok.
G: So, also und dem entsprechend ehm und Zuhause
I: Ja
G: Das heißt, ich war einer von denen die hier rein l
Woche auch noch, ja.
I: Mhm
G: Aber ich hab mir vorgenommen, mir für die The
möglichst viel mitzunehmen, also hab ich dann vers
I: Ja, also Sie waren auch dann von Anfang an scho
das auch mit Sorge verbunden vielleicht?
G: Mh, eher neugierig. Also besonders als ich in de
Gedanke erstmal so wow, es ist so wahnsinnig viel
vorstellen, was jetzt genau passiert und ehm hab jet
Sachen hier mitgemacht, dass ich jetzt schon zumin
dahinter steckt oder was man auch, wie soll man sa
kriegt ein Instrument in die Hand und darf fröhlich
I: Ja, ja. Ehm, da wär ich erstmal neugierig, was haben Sie denn hier alles gemacht? Also wie san das
denn hier überhaupt aus?
G: Ehm, ich versuche es mal chronologisch zu ordnen.
I: Oh ja, gutes Gedächtnistraining.
G: Es war, genau es war, also die Gruppe hat sich auch hin und wieder komplett... Also ist einmal
ausgetauscht von Anfang bis Ende
I: Mhm
G: Ehm, als ich hier rein gekommen bin haben wir auf Wunsch von einem Patienten, aber da waren
die Anderen auch mit einverstanden, das Stück "Piano Man" eingeübt und das war ganz schön. Dann
hat man es am Anfang immer einmal gehört und dann kriegte jeder so: Ja, was möchten Sie denn
gerne machen? Möchten Sie so mehr singen oder vielleicht ein paar Klaviernoten haben oder
verschiedenste ehm ja also es gab verschiedenste Möglichkeiten sich einzubringen. Eine Patientin ist
total aufgeblüht hier mit einem Akkordeon.
I: Oh
G: Ja (Lacht). Das fand ich auch höchst erstaunlich, ich dachte auch das wäre sowas, das müsste man
von Kind auf lernen, aber
I: Ja, es wirkt so kompliziert.
G: Ja, es wirkt wahnsinnig kompliziert und das war dann auch irgendwie so der Ansporn zu sagen: Ok
da sind einige, also wir hatten noch einen der konnte wahnsinnig gut Klavier spielen und dann ist man
natürlich erstmal sehr eingeschüchtert und denkt so Oh Gott, jetzt bin ich hier und kann gar nichts.
I: Ja
G: Also das war am Anfang ein bisschen schwierig da rein zu finden, gerade wenn so ein Stück
erarbeitet wird, aber ging dann doch ganz gut. Also dadurch dass die Gruppe sehr aufgeschlossen war

Legende:

- = musikalische Voreinführung SLV
- = Therapiemotivation
- = Raum
- = Gruppe
- = Musikalische Aktivitäten
- = Entscheidungen
- = persönliche Wertung/Erfahrung
- = Mitpatienten
- = Kommunikation
- = Therapeut als Beispiel
- = Eigenwirksamkeit
- = auf Bedürfnis eingehen/Raum geben
- = Zu Ruhe kommen
- = Akzeptanz
- = Raum verlassen & wieder kommen
- = Frustration
- = Spannung
- = fordernd
- = Überwinden → Stolz
- = Effekte / Analogie
- = Alternatives Verhalten wben
- = Geduld
- = Struktur
- = natürliche Autorität
- = patientenzentriert

**Gruppenkonstellation
ausgetauscht**

**Wunsch von Patient,
Gruppe einverstanden**

**Stück
eingeübt: singen,
Klaviernoten, Akkordeon**

**Therapeut fragt:
Was möchten Sie
machen?**

**Das war ganz
schön**

**eingesüchtert
guten musikalischen
Mitpatienten**

**Anfang:
schwierig,
rein zu finden**

Gruppe: aufgeschlossen

und ehm von Seiten von Herrn Müller dann auch noch kam: Ja was würden Sie denn gerne...
 Interessiert Sie vielleicht ein Instrument? Und ich war so: Ja, meine Tante hat früher mal Klavier
 gespielt, vielleicht... Und ehm, ja sie hat's auch mal versucht mir beizubringen und da war ich aber
 klein und hab beim Noten lernen aufgegeben.
 I: Ja, kann ich verstehen.
 G: Und dachte dann, ok dann nutze ich das Chance das jetzt ein bisschen mitzunehmen, diesen
 Schwung. Ja, und dann ehm hat sich das mit den einzelnen Leuten die gegangen sind dann
 verabschiedet. Danach haben wir mit, dann haben wir ein anderes Stück erarbeitet, was sich daraus
 ergeben hat aus der vorigen Gruppe und zwar ehm das Hauptthema aus "Die fabelhafte Welt der
 Amelie". Dann hat ein anderer Mitpatient dann angefangen Noten rauszuschreiben, dass man so
 einige, also das in verschiedene Parts zu unterteilen, dass jeder so ein bisschen mitspielen konnte, ehm
 auf verschiedenen Instrumenten. Wir hatten auch einen Mitpatienten, der sich am Anfang komplett
 dagegen geweigert hat, irgendwas mitzumachen und der dann nachher sehr freudig am Xylophon saß
 (Lacht)
 I: Ach, wow.
 G: Und eh wo sogar Herr Müller gesagt hat: Ich hätte nicht gedacht, dass das hier nochmal passiert. Gibt Mut zu
 Und das das gibt so Mut das zu sehen, wenn sich andere Leute dann auch überwinden.
 I: Oh ja
 G: Und ehm das macht es einem selber einfacher zu sagen: Ok, vielleicht kann ich das ja auch. Oder
 vielleicht erreiche ich auch etwas in der Zeit wo ich hier bin. Ehm danach...
 I: Was haben Sie bei dem Stück gemacht, darf ich das auch fragen?
 G: Ehm ich hab mich auch ans Klavier mitgesetzt
 I: Ah ja
 G: Mit einer Mitpatientin die nach mir dann auch dazu gekommen ist und die auch aber sehr
 klavierinteressiert war und dann sagte komm, eh wir machen das jetzt hier zu zweit an einem großen
 Stück und das hat sich ganz gut aufgeteilt, weil es immer so ich sag mal so zwei Leute gab, die keine
 Ahnung hatten auf jeden Patienten der irgendwie mit Musik Verbindung hat. Oder dass Herr Müller
 auch immer viel rum gegangen ist und ehm jedes Mal den Leuten die Möglichkeit gegeben hat zu
 sagen: Das ist ok, wenn Sie jetzt nur zuhören wollen oder wenn Ihnen das zu viel ist, ehm also das hat
 er generell immer wie soll man sagen, so sein Hauptthema zu sagen: Es ist eine Einladung, wenn Sie
 sagen das ist gerade nichts für mich, dann kann mich sich auch irgendwie weiter wegsetzen, es gibt
 einige Leute die haben mit Kopfschmerzen zu tun oder sowas und ehm, also da gehörte ich
 zwischenzeitlich auch zu, wo ich dachte ok ich muss zwischenzeitlich einfach mal den Raum verlassen,
 weil zu viel dann auf den Kopf auch noch einhämmert
 I: Ja
 G: Ehm, aber immer wieder, wie soll man sagen, mit der offenen Tür wieder zurück zu kommen und
 sich wieder rein zu setzen, runter zu kommen und mitzumachen. Und ehm das hat mich, oh ich glaub
 ich war selten oder in wenigen Therapien so frustriert wie hier in Musik.
 I: Ja
 G: Ja (lacht). Ich dachte nach den ersten Versuchen an diesem Keyboard, da ist man innerlich so
 angespannt und will so diesen Flipp am liebsten mit dem Ding machen (Tut so als würde sie das
 Keyboard umstoßen) Weil man sich denkt, oh warum krieg ich das nicht hin, wieso funktioniert das innerlich angespannt
 nicht?
 I: Oh je
 G: Und vor allem wenn das in so Stücke aufgeteilt ist, ehm das es dann heißt: Ok jetzt ist Ihr Einsatz,
 und ich so nervös werde, dass ich einfach den Raum verlasse.
 I: Ja. Ok also die Spannung steigt dann
 G: Ja
 I: Und dann lieber raus?
 G: Ja, dann, also mein erster Impuls ist dann immer Flucht und ehm dann war das auch gut, dass es
 mal hieß: Ok ignorieren Sie das, bleiben Sie sitzen, mach Sie einfach weiter. Und das hat, also
 nachdem das zweimal vorgekommen ist, das ich den Raum verlassen habe, dass es dann hieß nein es
 jetzt Ihre Aufgabe für heute, Sie bleiben jetzt mal sitzen, halten Sie es aus
 I: Ok, wow
 G: Und das ist... Oah... (Lacht) das war unfassbar schwer, aber wenn man's dann gemacht hat und sich
 überwunden hat, dann ist natürlich da auch so ein bisschen Funke Stolz auf einmal wieder da und das

Therapeut fragt nach Interessen
 Tante spielte Klavier versucht beizubringen
 Chance mitnehmen
 Stück erarbeitet Parts unterteilt durch Mitpatient
 Mitpatient hat sich geweigert, später ok mit.
 Gibt Mut zu sehen, wenn andere sich überwinden
 Durch Mitpatienten motiviert. "Vielleicht kann ich das ja auch"
 Mit Mitpat. am Klavier Durch Mitpat. motiviert
 Ok wenn Sie nur zuhören Es ist eine Einladung
 Raum verlassen wegen Kopfschmerzen
 offene Tür wieder zu kommen, runter zu kommen, runter zu kommen
 frustriert warum kriegt ich das nicht hin!
 so nervös, dass ich den Raum verlässt
 erster Impuls: Flucht
 Aufgabe: sitzen bleiben weiter machen
 überwunden: Stolz

De samenvattingen werden in het voorbeeld gegroepeerd zodat er codes toegekend werden. Op zich waren de samenvattingen niet nodig, maar maakten het materiaal overzichtelijker. De codes lieten zich weer samenvatten onder bepaalde categorieën. En de categorieën lieten zich weer onderverdelen onder aspecten van de creatief-therapeutische driehoek: Client-Therapeut-Medium.

Dreieck <i>Driehoek</i>	Kategorie <i>Categorie</i>	Code <i>Code</i>	Zusammenfassung <i>Samenvatting</i>	Text <i>Tekst</i>	Nummer <i>Nummer</i>
Patient <i>Cliënt</i>	Musikalische Vorerfahrung <i>Muzikale voorkennis</i>	Wenig Vorerfahrung <i>Weinig voorkennis</i>	Musikerfahrung aus Schule <i>Muziekervaring uit school</i>	Die Musikerfahrung aus der Schule hat nichts mit dem hier jetzt irgendwie zu tun gehabt.	3.1
			Tante spielte Klavier <i>Tante speelt piano</i>	Meine Tante hat früher mal Klavier gespielt, vielleicht... Und ehm, ja sie hat's auch mal versucht mir beizubringen	3.2
	Therapie- motivation <i>Therapie- motivatie</i>	Offen <i>Open</i>	Offen für Therapie <i>Open voor therapie</i>	Ich hab mir vorgenommen, mir für die Therapie wie ein Schwamm hier alles aufzusaugen	3.1
			Neugierig <i>Nieuwsgierig</i>	Mh, eher neugierig	3.1
		Viel mitnehmen <i>Veel meenemen</i>	Möglichst viel mitnehen <i>Zo veel mogelijk meenemen</i>	Und möglichst viel mitzunehmen, also hab ich dann versucht.	3.1
			Das Wichtige verarbeiten <i>Belangrijke dingen verwerken</i>	Und versuche das dann zu verarbeiten, irgendwie für mich das Richtige rauszufiltern, oder das Wichtigste.	3.6
	Gruppe <i>Groep</i>	Gruppendynamik <i>Groepsdynamiek</i>	Gruppen- konstellation ausgetauscht <i>Groepsconstellatie uitgewisseld</i>	Die Gruppe hat sich auch hin und wieder komplett... also ist einmal ausgetauscht von Anfang bis Ende	3.1
			Große Anzahl Frauen <i>Grote aantal vrouwen</i>	Wir sind eine große Anzahl von Frauen in unserer Gruppe, ich glaub nur 3 Männer	3.5
			Glück mit Gruppenkonstellation <i>Geluk met groepsconstellatie</i>	Vielleicht hatte ich auch Glück in einer besonders guten Gruppenkonstellation drin zu sein	3.9
			Wie arbeitsfähig ist Gruppe <i>Is groep in staat om te werken</i>	Also das jedes Mal wieder neu geguckt wird: wie arbeitsfähig ist die Gruppe? Dass dieser Zusammenhalt hier auch gefördert wird	3.7

Bijlage D: Voorbeeld axiale codering

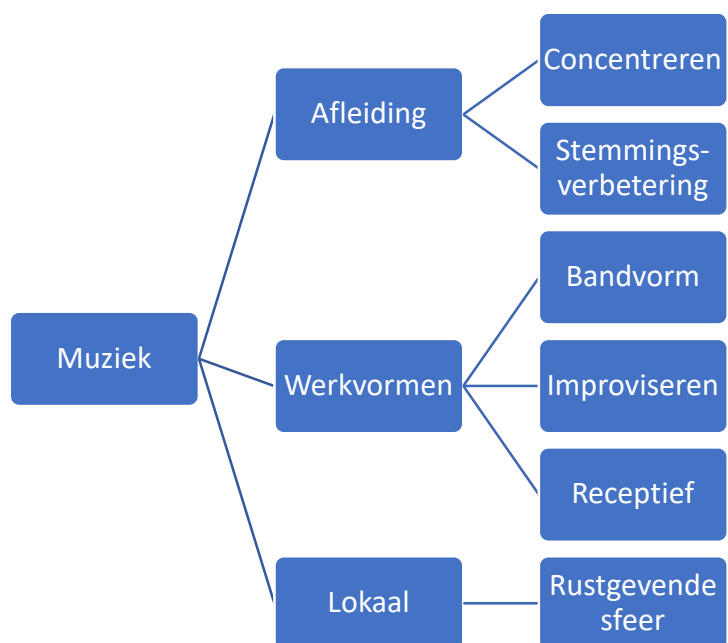
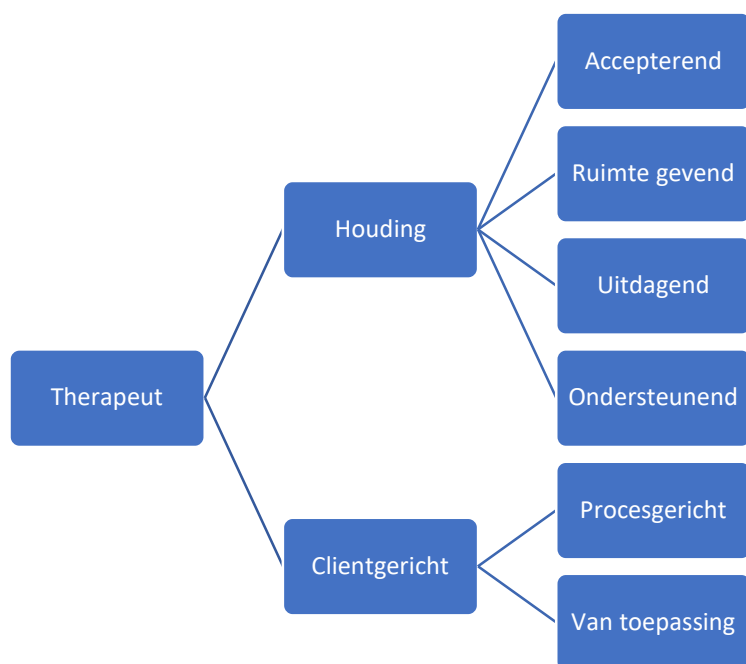
Overstijgende code (axiaal)	Interview 1	Interview 2	Interview 3	Interview 4
Persoonlijke waarde	Plezier & Ontspanning	Plezier & Positief gevoel	Werken aan probleem Goed gevoel	Trots door aan zich te werken Positief
Keuzes & meespraak	Democratisch & Individueel	Instrumentenkeuze Vrijwillig	Wensen inbrengen Democratisch & Individueel Keuzevrijheid Meebepalen	Democratisch & Individueel
Groep	Cohesie & Teamwerk	Iedereen doet mee Individueel & Samen	Groepsdynamiek Zich verlaten op elkaar Onderlinge spanningen oplossen Samen komen Altijd communiceren Saamhorigheid Motivatatie door medeclënten Andere communicatie door muziek	Groep werkt samen Groep als eenheid Versterkt groepsgevoel
Houding	Accepterend Ruimte gevend Rustgevend Behulpzaam Aanwezig	Vriendelijk & Speelt mee	Accepterend Ruimte gevend Uitdagend Geduldig Structurerend Leider Voorbeeldfunctie	Veel aanbod Ruimte gevend Structurerend Liefdevol-directief Uitdagend Ondersteunend
Clientgericht	Van toepassing & procesgericht		Vraagt naar interesses Therapie aannemen of verwijgeren Eigen keuzes Groepsconflicten oplossen	Onthoud namen meteen Uitdagend maar respecteert grenzen
Muziek: Afleiding	Instrumenten Opgeloste blokkade Afleiding	Eindresultaat: passend, leuk Keuze hoe ze meedoet Afleiding: concentratie op muziek	Directe feedback	Roept herinneringen op Zingen is plezierig Concentreren Afgeleid van zorgen
Werkvormen	Bandvorm Improviseren Receptief	Receptief Actief	Bandvorm Improviseren Zang Receptief	Bandvorm Zang
Lokaal	Veiligheid		Veel	Leuke aanblik

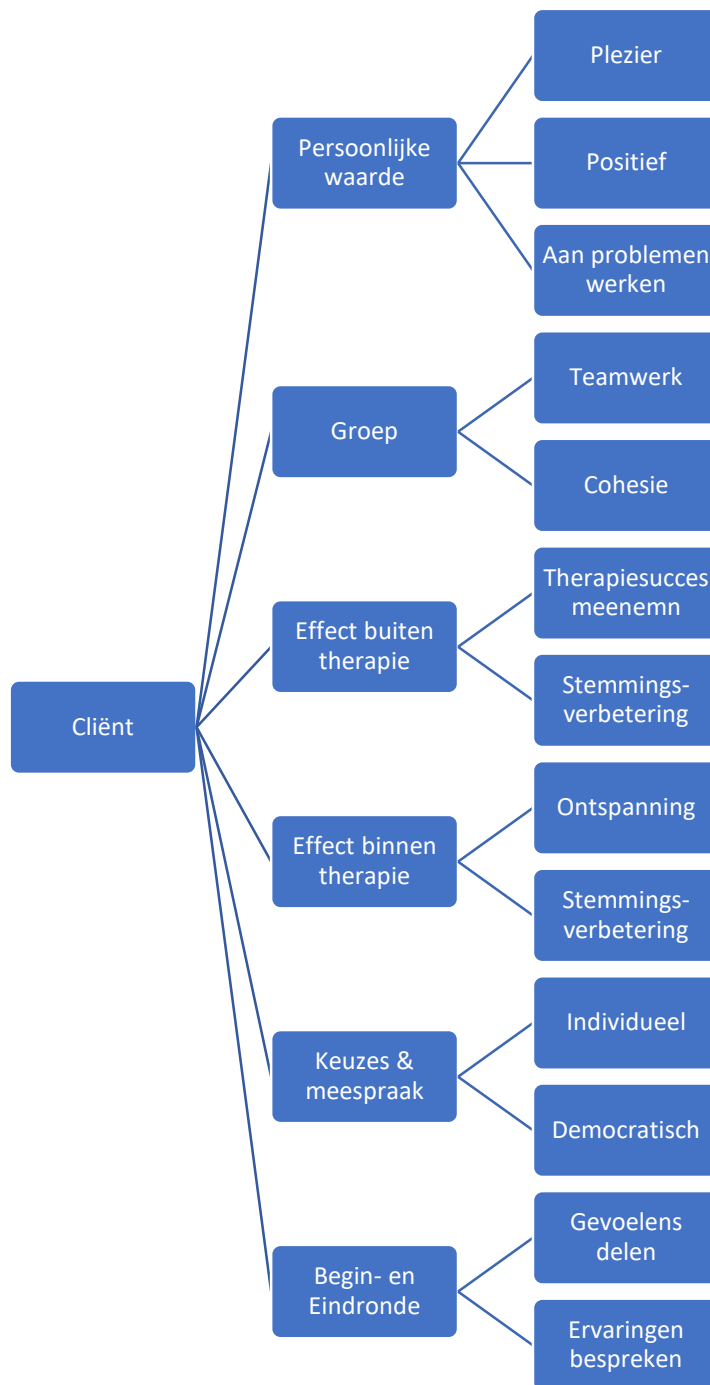
			Rustgevende sfeer	
Effecten buiten muziektherapie	Positief, negatief, neutraal	Goed gevoel op korte termijn	Effect op andere therapieën Eerste stap in mt	Verbetering door alle therapieën Muziektherapie belangrijk
Effecten binnen muziektherapie	Spanning/ ontspanning Positief	Stemmingsverbetering	Ontspanning Goed gevoel	Stemmingsverbetering
Begin- en Eindronde	Beginronde: voorstellen verzamelen	Beginronde: over gevoelens praten		Eerst gaan zitten en vertellen hoe het gaat: rust
Werken aan problemen			Frustratie Spanning Opdracht gekregen Zich overwinnen Nieuw gedrag oefenen Analogien	

Binnen de axiale codering kwamen “overkoepelende codes” samen: Deze codes kwamen in ieder interview naar voren. Daarom zijn ze in een tabel opgenomen en van ieder respondent werd een voorbeeld gegeven van hoe die het thema had verwoord. Er zijn verschillende woorden gebruikt, maar ze gaan over hetzelfde onderwerp en laten zich daardoor groeperen onder de overkoepelende code.

Bijlage E: Codebomen

De overkoepelende codes vanuit de axiale codering werden geïllustreerd aan de hand van drie codebomen. Deze codebomen zijn onderverdeeld in de aspecten van de creatief-therapeutische driehoek Client-Therapeut-Medium. Daardoor worden samenhangen duidelijk en laten zich de axiale codes overzichtelijk ordenen.





Bijlage F: Logboek

Logboek Interviews: “Profielmemo”

In het profielmemo werden de gegevens van ieder respondent genoemd (leeftijd, nationaliteit, opname, diagnose, aantal sessies, voorgeschiedenis, problematiek en wensen voor behandeling wanneer aanwezig). Verder wordt inzicht gegeven in de omstandigheden voor en tijdens het interview (sfeer, bijzondere omstandigheden, opvallendheden).

Interview 1: 06.03.2020, 14:30

Respondent 1 (vrouw)

Leeftijd: 24 (geboren in 1996)

Nationaliteit: Duits

Opgenomen sinds: 23.01.2020

Diagnose: Recidiverende depressieve stoornis, huidige episode ernstig zonder psychot. symptomen

Eerste opname in een psychiatrie, sinds jaren ambulante psychotherapie 2x in de week

Aantal sessies: 7

Voorgeschiedenis:

Depressieve fases sinds het 14e levensjaar

Problematiek: Moeilijkheden in concentratie, het onthouden van dingen, vermogen om keuzes te maken, doorslaapproblemen. Gevoelens van waardeloosheid, en minderwaardigheid.

Dagelijks suicidale gedachten, voegt zichzelf pijn toe

Wensen: Wenst zich meer plezier, aandrif en motivatie.

Wat gebeurde voor het interview:

Ik was al vroeger aanwezig, had alles goed neergezet, ook water. Ik zat nog te kletsen met de tweede muziektherapeute die in de inrichting werkt, wanneer de respondente naar binnen kwam. Eigenlijk wilde Jörg ons met elkaar bekend maken, maar de respondent was 10 minuten te vroeg en Jörg was nog niet aanwezig.

Ik heb me dan zelf voorgesteld en uitgelegd waarom ik dit onderzoek doe.

Ik heb ervoor gekozen zonder Jörg te beginnen, omdat ik niet op hem wilde wachten en de respondent was al geïnformeerd.

Daarom heb ik haar de toestemmingsformulieren laten ondertekenen en we zijn begonnen.

Ik was goed voorbereid en weinig nerveus.

Wat gebeurde er tijdens het interview:

Aan het begin waren de antwoorden van de respondent best kort en ik merkte dat ik pauzes probeerde op te vullen door mijn vragen wat langer te formuleren. Anders was het een korte opeenvolging van vragen en antwoorden geweest.

Na een tijd begon de respondent wel meer te vertellen, ik denk dat ze tijd nodig had om zich aan mijn vragen en de situatie te wennen.

We hadden snel een veilige situatie en hadden een adequaat vertrouwensband tussen twee mensen die een gesprek voeren. Dit lag zeker ook eraan dat de respondent ongeveer in mijn

leeftijd was. Daardoor hebben we vanaf het begin op een vertrouwensevolle, bijna informele manier met elkaar gepraat.

Me veel wel op, dat de respondent zijn gevoelens en bevindingen heel oppervlakkig heeft geuit. Dingen waren “leuk” of ze voelde zich “tevreden”. Wanneer ik vroeg naar meer persoonlijke gevoelens, kwamen we niet tot een bepaalde diepte. Ik bedacht me, dat dit waarschijnlijk met de depressie samenhangt.

Interview 2: 11.03.2020, 17:00 uur

Respondent 2 (vrouw)

Leeftijd: 46 (1974)

Nationaliteit: Turks

Opgenomen sinds: 03.02.2020

Diagnose: Recidiverende depressieve stoornis, huidige episode ernstig zonder psychot. symptomen

Tweede opname in een psychiatrie. 2010 stationair opgenomen in de psychiatrie in Düren.

Aantal sessies: 5

Voorgeschiedenis: Wilde niet stationair opgenomen worden, omdat ze voor haar 3 kinderen wilde zorgen. Is sinds 1996 in Duitsland.

Denkt over suicide naar en heeft een overdosis aan medicatie genomen.

Ze heeft geen eigen wensen voor de behandeling.

Wat gebeurde voor het interview:

Respondent 2 had in de middag haar laatste sessie muziektherapie gehad, en haar psychiatrische behandeling eindigde de volgende dag.

Respondent 2. Kwam 10 minuten te vroeg, maar ik had alles al klaar gezet. Ze kwam samen met haar dochter, zodat deze alles kon vertalen. Mevrouw leek wel alles te begrijpen en kon ook antwoord geven, maar wilde de dochter graag erbij hebben.

Jörg was ook aanwezig, omdat hij mij voor wilde stellen. Dit was raar, omdat ik me daardoor niet zelf kon introduceren. Daarna is Jörg wel gegaan en ik we gingen met z'n drieën zitten. Mevrouw vroeg twee keer wat er gaat gebeuren en leek met spanning naar het interview toe te kijken.

Wat gebeurde er tijdens het interview:

De dochter bleef 15 minuten aanwezig. Aan het begin heeft ze bijna iedere zin voor respondent 2. Vertaalt, waardoor er korte pauzes in het gesprek ontstonden. Daarin heb ik gewacht totdat de vertaling afgesloten was.

Mevrouw maakte een nerveuse, gespannen indruk op me, de dochter leek wel ontspannen en nieuwsgierig. Mevrouw antwoorde aan het begin alleen maar met één woord op mijn vragen. Na een tijd, waarin ik ook zelf mijn vragen wat langer formuleerde, zodat ze pauzes had tussen de antwoordmomenten, begon ze vrijer te vertellen. Ze vroeg minder vaak aan haar dochter om te vertalen.

Vanwege de taalbarriere waren haar antwoorden best kort en niet diepgaand. Ze benoemde ook tussendoor, dat ze de woorden niet kon vinden om haar gevoelens te beschrijven.

Ik zelf had de neiging mijn woorden met non-verbale pantomieme te ondersteunen. Deze heb ik niet getranscribeerd, omdat mijn woorden daardoor niet beïnvloed werden.

Mevrouw leek tussendoor erg vermoeid door het interview en liet zuchten horen.

Ik vroeg of ze een pauze wilde maken of of we moesten stoppen, ze vroeg naar een pauze, die we hebben gemaakt. In deze tijd heb ik met de dochter gekletst.

Na 12 minuten belde iemand en de dochter moest gaan om haar zus te verzorgen. Respondent 2. Vroeg hoe lang het interview nog zou duren, ze wilde blijkbaar stoppen en vertelde dat

haar kinderen op haar wachtten.

Daarna was voor mij duidelijk, dat ik niet meer zou krijgen dan de korte, oppervlakkige antwoorden die ik al had. Toen ik met mevrouw alleen was en we nog door gingen, vertelde ze iets meer, maar na 21 minuten stopten we het interview.

Ze herhaalde haar antwoorden en wanneer ik doorvraagde, zei ze dat ze het niet wist.

Toen we stopten, leek ze opgelucht.

Hoewel ze gespannen was tijdens het interview, was er een moment waar duidelijk te zien was dat ze begon zich te ontspannen. Ze glimlachte en twee keer hebben we samen gelacht.

Het was voor mij interessant zich aan een zo angstige, gespannen respondent aan te passen en ook nog met de taalbarriere te werken.

Ik was heel ondersteunend, vroeg meerdere keren aan haar of ze nog door wilde gaan met het interview en praatte best langzaam en in simpele woorden.

Interessant: In het interview valt op dat respondent 2 vooral praat over de muziek, de instrumenten en hoe ze gebruik maakte van de muziek.

Ik denk, dit komt vooral daardoor, dat mevrouw de Duitse taal niet goed beheerst en ook in de therapie vooral gebruik heeft gemaakt van het medium en minder van de reflecterende, verbale gesprekken achteraf.

Ze geeft aan, de muziek te genieten en dit als gevoels- en gedachteveranderend te gebruiken.

Hier is dus het medium belangrijk.

Reden wirkt für sie nicht so wichtig in der Therapie.

Interview 3: 12.03.2020, 14:45 uur

Respondent 3 (vrouw)

Leeftijd: 31 (1989)

Nationaliteit: Duits

Opgenomen sinds: 02.01.2020

Diagnose: Recidiverende depressieve stoornis, huidige episode ernstige zonder psychotische symptomen (oude diagnoses: F33.1 & F34.1)

Eerste opname in een psychiatrie (dagkliniek)

Aantal muziektherapie-sessies: 16

Voorgeschiedenis: sociale terugtrekking, ambulante psychotherapie 1 keer per week sinds jaren, sinds september twee keer per week. Suicidale gedachten, concentratie problemen, verlaat het huis bijna niet meer, zelf beschadigend gedrag, slaapproblemen.

Sinds haar 15^e moeilijkheden.

Wat gebeurde er voor het interview:

Respondent 3 kwam 15 minuten te laat. Na 10 minuten wachtten belde Jörg haar afdelinf (TK) en er werd duidelijk dat ze de afspraak was vergeten. Maar na het telefoongesprek kwam ze meteen naar het muziektherapie-lokaal.

Ik had weer alles klaar gezet, was goed voorbereid en had genoeg tijd zodat de vertraging niet erg was.

Wat gebeurde er tijdens het interview:

Het interview duurde een hele uur. Dat is dubbel zo lang dan de voorafgaande interviews.

Me veel op dat ze tussendoor veel heeft gelacht, dit gebeurde volgens mij vaak wanneer er pauzes ontstonden en ze begon zich ongemakkelijk te voelen.

Verder heeft mevrouw veel verteld, was tussendoor ook de rode draad kwijt, maar benoemde dit ook. Ze was open, maar veel gericht op wat anderen deden of wat op actieniveau gebeurde. Wanneer ik naar gevoelens of persoonlijke ervaringen vroeg, werd dit tot een bepaalde diepte beantwoord, maar niet verder. Dat was ok voor het interview, ik heb alsnog heel veel informatie verkregen.

Interview 4: 17.03.2020, 16:00 uur

Respondent 4 (vrouw)

Leeftijd: 60 (1960)

Nationaliteit: Duits

Opgenomen sinds: 19.02.2020

Diagnose: Recidiverende depressieve stoornis, huidige episode ernstig zonder psychot. symptomen

Eerste opname in een psychiatrie. Ambulante psychiater.

Aantal muziektherapie-sessies: 5

Voorgeschiedenis: Slaapstoornissen, angsten in het beroep, terugkerende en negatieve gedachten, twijfels aan zichzelf.

Wat gebeurde er voor het interview:

Jörg heeft de MT-ruimte 5 minuten te laat opgesloten, waardoor ik buiten moest wachten. De respondent ook, maar we hebben aan verschillende ingangen gewacht, waardoor we elkaar niet eerder hebben leren kennen. Dit had vm geen invloed op het interview.

Wat gebeurde er tijdens het interview:

Respondent 4 vertelde met een zachte, soms monotone stem. Het was wel goed te verstaan. Het interview duurde 30 minuten en ze heeft voldoende vertelt. Interessant was, dat ze nog geen instrument had gespeeld en ook niet aan het eind van de behandeling was. Dit was voor mij te merken. Ze had maar aan 5 sessies deel genomen tot nu toe en er was duidelijk minder therapie-ervaring en -ontwikkeling dan bij twee andere respondenten.

Ik heb tijdens het gesprek erop te let, pauzes te laten voordat ik weer begin met praten. Me was opgevallen, dat ik stiltes te snel invul, maar ik moet de respondent juist de tijd laten om na te denken. Ik heb nu dus bewust wat langer gewacht voordat ik weer begon met praten en inderdaad heeft respondent 4 soms na een korte stilte nog meer vertelt.

Interview 5: 18.03.2020, 13:00 uur

Respondent 5 (man)

Leeftijd: 37 (1983)

Nationaliteit: Duits

Diagnose: Recidiverende depressieve stoornis, huidige episode ernstig zonder psychot. symptomen.

Eerste opname in een psychiatrie. Tot nu toe bij een psychiater en twee keer bij een ambulante psychotherapeut geweest.

Aantal muziektherapie sessies: 3

Voorgeschiedenis: Zorgen voor de toekomst, sociale terugtrekking, speelzucht, koopzucht, problemen met doorslapen

Therapie doel: Plezier aan het leven hebben

Wat gebeurde er voor het interview:

Ik was 15 minuten van te voren aanwezig en daarom kon ik weer alles klaar zetten. Ik was goed voorbereid, benieuwd of er een verschil zou zijn om een man te interviewen.

Respondent 5 kwam op tijd.

Wat gebeurde er tijdens het interview:

Ik liet erop weer pauzes te laten en stiltes niet te snel in te vullen.

Meneer kwam nerveus over en vertelde in een snel tempo. Er werd ook hier duidelijk dat hij maar 3 sessies heeft gehad: Hij kon nog niet reflecteren over hoe de muziektherapie hem helpt. Het interview duurde ook maar 20 minuten, omdat hij niet veel vertelde. Op vragen antwoorde hij kort en niet uitgebreid.

Interview 6: 18.03.2020, 11:00 uur

Respondent 6 (man)

Leeftijd: 53 (1967)

Nationaliteit: Duits

Opgenomen sinds: 30.01.2020 op de gesloten afdeling eerst, daarna naar stationaire afdeling

Diagnose: Matige depressieve episode (F32.1)

Eerste opname in een psychiatrie. Geen psychische voorbehandeling.

Aantal muziektherapie sessies: 8

Voorgeschiedenis: Schulden, geen werkplek, suicide gepland, slaapproblemen.

I10.1 Beninge essentiële Hypertonie

L40.0 Psoriasis vulgaris

Wat gebeurde er voor het interview:

Ik had hem al een dag geleden leren kennen: Toen heb ik hem samen met Jörg gevraagd of hij een interview met me zou willen houden.

Hij was de afspraak vergeten, we hebben de afdeling gebeld en hij kwam meteen, zodat we 10 minuten later begonnen. Maar dat was niet erg omdat we uitlooptijd hadden.

Wat gebeurde er tijdens het interview:

Respondent 6 heeft niet in lange zinnen gepraat, maar toch heeft hij voldoende antwoord gegeven op mijn vragen. Hij vertelde vooral vanuit zijn eigen perspectief.

Interessant voor mij was dat hij nooit actief heeft mee gespeeld in de muziektherapie. Hij heeft altijd geluisterd, maar wilde zelf geen instrumenten bespelen.

Voor hem was de muziektherapie dus anders dan voor de rest, dat zorgt voor diversiteit binnen mijn respondentengroep.

Interview met muziektherapeut: meneer Müller-Steffan

15.04.2020, 13:15 uur

Duur: 30 minuten

Wat gebeurde er voor het interview:

Omdat het interview via de telefoon zou plaatsvinden, heb ik van te voren gecheckt of het zou lukken om het gesprek alsnog op te kunnen nemen. Dit lukte goed, daarom heb ik me met de topiclijst in een rustige kamer gezet.

Wat gebeurde er tijdens het interview:

Ik begon met de algemene vraag: “Hoe gedrag je als therapeut? Wat doe je?”. Hij heeft heel uitgebreid geantwoord en ik moest opletten de rode draad niet kwijt te raken.

Ik stelde wel tussendoor vragen vanuit de topiclijst, maar heb hem ook vrij laten praten. Hij heeft veel gezegd waardoor ik goed moest luisteren.

Verder heb ik opgelet, geen gekleurde vragen te stellen.

Omdat we dit gesprek al informeel hadden gevoerd, was het nu moeilijk om de juiste vragen te stellen en niet bepaalde uitkomsten te verwachten.

Dat lukte, omdat ik mijn vragen heel open stelde en probeerde objectief te blijven.

Me veel al tijdens het interviewen op dat hij het alleen één keer over de groep had. Dat vond ik verrassend, omdat de respondenten de groep als hele belangrijke factor hadden benoemd.

Maar ik heb niet verder op de groep doorgevraagd, omdat ik het interview niet wilde inkleuren. Ik ben dus open en objectief gebleven.

Methodememo

Aanpassingen in topiclijst:

Na het eerste interview voegde ik nog meer muzikale aspecten toe in de topiclijst.

Na het tweede interview ben ik samen met Jörg de topiclijst door gegaan en vroeg of hij daarmee eens was.

Hij voegde toe dat ik bij Therapeut Authentisch (echt) moest toevoegen en dat er bij de patient ook belangrijk is hoe de relatie is met de groep.

Deze twee aspecten vind ik zelf ook belangrijk. Naar de groep heb ik automatisch doorgevraagd in de afgelopen interviews, maar zet het nu in de topiclijst.

Het authentieke aspect van de therapeut was ik helemaal vergeten om toe te voegen in mijn lijst. Het was dus een goede aanvulling om mijn lijst nog eens door te gaan met een vakkundige.

Verder heb ik na het tweede interview een eindthema toegevoegd: Ik vertel dat meneer Müller volgens de theorie clientgerichte muziektherapie aanbiedt en vraag of ze dit clientgerichte aspect terug zien in zijn manier van werken. Daardoor zijn tot nu toe goede samenvattingen ontstonden en werden dingen verteld, die van te voren nog niet aan bod kwamen.

Keuzes

Ik heb ervoor gekozen respondent 6 te interviewen, hoewel hij niet met een ernstige depressieve episode gediagnosticeerd was. Hij was met een recidiverende depressieve stoornis, huidige episode matig-ernstig (F32.1) gediagnosticeerd.

Dit is dus een afwijking van de opgestelde inclusiecriterium dat ieder respondent een recidiverende depressieve stoornis, huidige episode ernstig (F32.2) moest hebben.

Hier heb ik de keuze gemaakt respondent 6 alsnog te interviewen, omdat er geen andere mannen waren die aan het inclusiecriterium voldeden.

Ik heb de observatie gemaakt dat mannen met een recidiverende depressieve stoornis, huidige episode ernstig, comorbide zijn met alcohol- en cannabisverslavingen.

Er waren minstens vijf mannen die een F32.2 diagnose hadden maar die ik moest uitsluiten vanwege een verslaving.

Mijn keuze, niemand met een comorbiditeit met verslaving te interviewen komt voort uit het feit dat een verslaving vaak in het middenpunt van het leven komt te staan.

Zo zou een verslaving ook de symptomen van een depressie verstoppen en er zou geen gevalideerde uitspraak meer gemaakt kunnen worden over een geselecteerde populatie.

Ik wilde wel meer mannen interviewen, omdat ik al 4 vrouwen en maar één man had geïnterviewd. Mijn keuze om respondent 6 alsnog te interviewen kwam dus voort uit de behoefte diversiteit te waarborgen in vorm van geslacht.

Verder was voor mij bekend dat deze respondent nooit actief mee deed in de muziektherapie,

waardoor ik verder voor diversiteit kon zorgen: Hij had de muziektherapie waarschijnlijk anders ervaren dan de respondenten die actief mee hadden gedaan in de therapie.

Respondent 2 en respondent 4 hadden maar aan 5 muziektherapiesessies deelgenomen, i.p.v. minstens 6. Respondent 5 had maar aan 3 sessies deelgenomen.

De keuze om respondent 2 en 4 alsnog te interviewen had daarmee te maken dat ze de inrichting binnen de volgende dagen zouden verlaten. Ik heb daarom gekozen ze na 5 sessies te interviewen. Verder waren 5 sessies in mijn opinie voldoende om verschillende ervaringen te maken binnen de muziektherapie en ook al een ontwikkeling op te merken.

Respondent 5 had maar aan 3 sessies deelgenomen, wat best weinig is.

De keuze om hem alsnog te interviewen was, dat hij ook in de toekomst geen verdere sessies zou krijgen omdat op dit tijdstip de corona-virus zorgde voor contact-verbod en de muziektherapie alleen nog in individuele sessies word aangeboden. Respondent 5 had zich daarvoor niet opgegeven en zou daarom geen muziektherapie sessies meer krijgen.

Verder was hij de eerste mannelijke respondent die ik heb interviewd, waardoor ik diversiteit wilde waarborgen.

Door deze omstandigheden heb ik onbedoeld op gebied van het aantal sessies voor diversiteit gezorgd: De respondenten hebben tussen de 3 tot 16 sessies deelgenomen en hierin ligt dus ook diversiteit.

Persoonlijke gevoelens

Ik had het gevoel dat respondent 1 (mevrouw S.) en respondent 3 (mevrouw G.) de hoogste IQ hadden. Ze vertelden heel gedifferentieerd over hun ervaringen en hebben veel zelfinzicht gehad. Ze probeerden al een verklaring te vinden voor de meerwaarde die muziektherapie voor hun had.

Een ander aspect is dat respondent 1 en 3 niet stationair opgenomen waren zoals de rest, maar op een dagkliniek. Dat betekent dat ze over dag in behandeling van de psychiatrie waren maar thuis bleven slapen. Hoewel ze dezelfde diagnose hadden dan de rest, hebben ze dus blijkbaar voldoende afstand genomen van suicidale gedachten.

De twee menen (respondenten 5 en 6) kwamen voor mij over als simpele mensen. Hun IQ leek minder hoog te zijn en ze hebben allebei niet eens gezocht naar waarom de muziektherapie hun stemming had verbeterd. Van hun hoorde ik vooral dat het plezier maakte en hun stemming verbeterde, maar wanneer ik vroeg naar het waarom wisten ze geen antwoord te geven. Alleen dat de muziek zo mooi was.

Ik zelf ervaar een groot verschil tussen die twee uiterste groepen: Ik kan me beter identificeren met de twee vrouwen (ook omdat ik zelf een jonge vrouw ben).

Hier moet ik goed opletten dat de meningen van de menen niet minder tellen!

Ik mag geen verschil maken in hoe sterk ik de meningen integreer in de resultate: Ieder respondent heeft een eigen mening en dat moet ook in de resultaten gelijkwaardig overkomen.

Afbakening codes

Tijdens het open coderen ben ik heel open-minded geweest.

Ik heb met kleuren gewerkt en de eerste codes waren alleen maar samenvattend. Binnen het samenvatten was ik wel al bezig de codes in kleuren te ordenen en ieder bepaalde kleur een overstijgende thema toe te ordenen.

Zo ging “groen” bijvoorbeeld over de houding van de therapeut en alles wat met houding te maken had was zo al door de kleur groen gegroepeerd.

Dit creëerde overzicht voor mij, omdat ik me anders in de codes had verliest.

Ik heb ieder interview weer open-minded codeerd, zonder al samenhangen te zoeken tussen de verschillende interviews.

Daarna heb ik de codes in een tabel gezet en de samenvattende codes al binnen hun kleuren geordend.

Door de samenvattende codes kwam naar boven dat onder het aspect “houding” de codes acceptierend, uitdagend, ruimte gevend enz. hoorden. En zo ontstonden de open codes.

Nadat ik dit voor ieder interview apart had gedaan, heb ik de codes van ieder interview in één grote tabel gezet en met elkaar vergeleken. De codes lieten zich onderverdelen in overstijgende codes, waardoor ik bij ieder overstijgende code in een tabel kon zetten wat precies ieder respondent had gezegd over dit thema.

Zo kon ik de codes met elkaar vergelijken en toetsen of de respondenten allemaal hetzelfde bedoelden met “houding”.

In de reductiefase heb ik die codes verwijderd die niet relevant waren voor het beantwoorden van mijn onderzoeksvraag.

Daardoor had ik aan het eind een overzichtelijk schema van de belangrijke, overstijgende codes. Van daaruit heb ik drie codebomen gemaakt over Therapeut- Client- Medium. Maar ik kwam erachter dat deze drie aspecten ook samenhangen met elkaar en zich wederzijds sterk beïnvloeden en afhankelijk zijn van elkaar.

Daarom heb ik een groot schema gemaakt om te verduidelijken hoe de codes elkaar beïnvloeden en samenhangen.

Operationaliseren therapeutische methode

Aan het begin van het onderzoeksproces was ik van plan de ervaringen van patienten met muziektherapie te inventariseren. Ik kreeg het feedback van mijn docente, Meertine Laansma, dat “muziektherapie” een heel breed begrip was. Omdat de vraag van één muziektherapeut binnen de instelling kwam, was de idee zijn manier van werken als uitgangspunt te nemen.

Dus de vraag was nu wat de patientenervaringen met zijn muziektherapeutisch aanbod waren. ik moest dus eerst zijn manier van werken definiëren. Dit heb ik gezien als voorstap voordat ik écht kon beginnen met mijn onderzoek.

Omdat ik zelf 10 maanden stage was gelopen had ik een uitgebreide observatie kunnen doen van zijn werkwijzes, houding en overtuiging. Verder heb ik samen met de muziektherapeut persoonlijke gesprekken gevoerd over zijn manier van werken.

Hieruit kwam voort dat hij de wensen en behoeftes van de client zo veel mogelijk wil inbrengen in de therapie. Maar helaas heb ik deze persoonlijke gesprekken niet geprotocolleerd.

Vanuit deze gesprekken en mijn observaties ben ik in september gestart in de literatuur te zoeken naar hoe ik de houding wetenschappelijk onderbouwd kon benoemen.

Ik kwam uit op de clientgerichte werkwijze, of ook Rogeriaanse werkwijze genoemd.

Deze literatuurstudie heb ik aan de werkende muziektherapeut voorgelegd om feedback daarop te krijgen. Hij vond deze theoretische benadering een goede verwoording van zijn overtuigingen en houding. Zo heb ik in afspraak met hem de theoretische benadering van zijn therapeutische houding gevonden.

Tijdens het proces van data-verzameling kwam ik erachter dat deze eerste stap niet voldoende was voor een onderzoek: Ik had niet voldaan aan de kwaliteitscriteria die heel belangrijk zijn binnen kwalitatief onderzoek.

Wel had ik in mijn topiclijst al aspecten van de clientgerichte muziektherapeutische houding gezet waar ik expliciet naar doorvroeg.

De oplossing hiervoor was, om nogeens een gesprek met de muziektherapeut aan te gaan en over zijn manier van werken te praten. Maar deze keer binnen de randvoorwaarden van het onderzoek: Een open interview met topiclijst en met een audio opname, zodat het gesprek achteraf getranscribeerd en codeert kon worden.

Zo kon ik de transparantie van mijn onderzoek weer waarborgen en de uitspraken van de therapeut bewijzen.

Dit interview zal een sterkte punt zijn van mijn onderzoek.

En gelijktijdig is het een zwaktepunt dat ik het officiële interview pas heb gedaan nadat ik mijn data vanuit de clienten al had verzamelt.

Dit interview draagt verder bij aan het kunnen plaatsen van de patientenervaringen. Ik kan de doelen van de therapeut vergelijken met de uitkomsten die respondenten benoemen.

Ik heb het interview met de therapeut op dezelfde manier codeert en geanalyseert als de interviews met de respondenten. Als resultaat heb ik een tabel gemaakt om overzichtelijk weer te geven wat de therapeut als belangrijke aspecten van zijn manier van werken benoemd.

Kerncategorie	Subcategorie
Therapeutische Houding	Accepterend Ruimte gevend Empathisch Echt Ondersteunend
Doel	Interesses & Gevoelens verkennen Vertrouwen winnen Zelfwaardering bevorderen Concentratie op hier en nu Eigeninitiatief ondersteunen
Interventies	Grenzen stellen bij destructief gedrag Zichzelf in relatie brengen Afstemmen Groep als ondersteuning Beginronde
Persoonlijke waarden	Met motivatie werken De relatie draagt het therapieproces
Ervaringsdeskundigheid	Structuur bevordert motivatie
Eigenschappen medium	Speelruimte Gericht op gevoel

Omdat “Eigenschappen medium” niet belangrijk is voor de beantwoording van mijn onderzoeksvraag, heb ik die niet meegenomen in de resultaten.

Begrippenmemo

Definitie van axiale codes:

Werkvormen: Ieder respondent noemde verschillende werkvormen. De meest voorkomende werkvorm was “Bandvorm”, omdat de respondenten vaak liederen samen hebben uitgewerkt. Binnen deze werkvormen heeft een respondent gezongen, twee hebben een partij aan de piano geoefend en een respondent is begonnen de partij op de gitaar te oefenen. Een respondent heeft alleen geluisterd.

Verder werd er door iedereen benoemd dat er ook improviseert werd. Iedereen kon voor een eigen instrument kiezen en meestal kwam de groep toch ook samen binnen een improvisatie. Ook heeft bijna ieder respondent benoemd dat er naar al bestaande muziek geluisterd werd: Of als begin, tussendoor of om de liefdelingsband te laten horen.

Afleiding: Ieder respondent benoemde dat het maken van muziek of het luisteren naar muziek hun afleidde van hun negatieve gedachtepatronen. Dit kwam doordat de respondenten zich moesten concentreren wanneer ze bezig waren met muziek. Ze hebben dit allemaal al positief benoemd en de afleiding zorgde voor alle respondenten ook voor stemmingsverbetering.

Lokaal: 3 van de 6 respondenten benoemden de rustgevende sfeer van het muzieklokaal. Verder vonden ze de vele instrumenten in het lokaal een mooie aanblik.

Effecten binnen therapie: Deze code bevat de aangegeven effecten binnen de muziektherapie die de respondenten benoemden. Dit was voor bijna iedereen ontspanning en stemmingsverbetering.

Effecten buiten therapie: Deze code vat de meest genoemde effecten van muziektherapie buiten de therapie samen die er werden aangegeven. Er werd het doel gesteld om het therapiesucces (van binnen de therapie) ook mee te nemen naar het leven buiten de psychiatrie. Verder benoemde ieder respondent dat de stemmingsverbetering vanuit de effecten binnen therapie mee werd genomen naar buiten (dus buiten het muziek lokaal).

Persoonlijke waarde: Onder deze code zijn alle persoonlijke uitingen samengevat. Dit was bij iedereen dat de muziektherapie plezierig was. Ze benoemden de muziektherapie in het algemeen als positief. Verder benoemden 5 van de 6 respondenten dat er binnen de muziektherapie aan problemen werd gewerkt. Interessant is hier dat de enige respondent die dit niet benoemde respondent 6 was: Diegene die niet actief mee deed.

Groep: De clienten hadden het vaak over de groep. Vooral teamwerk en groepscohesie waren begrippen die in ieder gesprek meermaals naar voren kwamen.

Keuzes en Meespraak: Deze code vat samen dat de respondenten eigen keuzes konden maken. Echter benoemd ieder respondent dat ieder client individuele keuzes kon maken, zoals instrumentenkeuzes of de keuze hoe actief hij zich wil inbrengen. Maar gelijktijdig benoemd ook iedereen dat er als groep altijd democratische keuzes werden gemaakt en de groep zo als eenheid bepaalde hoe de therapie sessie werd ingevuld.

Begin- & Eindronde: Deze code beschrijft dat iedere sessie met een beginronde begon, waarin gevoelens en wensen gedeeld werden. En iedere sessie eindigde met een eindronde, waarin ervaringen met elkaar werden besproken.

Houding: Deze code beschrijft de houding van de therapeut. De respondenten benoemden vooral: Accepterend, ruimte gevend, ondersteunend en uitdagend. Deze begrippen laten zich samenvatten in de code “Houding”.

Clientgericht: Deze term werd door de onderzoeker ingevoerd: Ze legde dit uit en vroeg of ze deze term vonden passen bij de therapeut. De respondenten vonden deze term passend bij de houding van Jörg Müller-Steffan en hebben ze als positief en passend ervaren.

Theoriememo

Ontwikkeling van de theorie

Zoals benoemd ben ik vrij open-minded ingegaan in de interviews.

Ik weet dat iedereen therapie anders ervaart en was vooral benieuwd naar de unieke ervaringen van patienten.

Ik merkte tijdens het interviewen op dat de respondenten bepaalde thema's hadden die altijd naar voren kwamen, zoals plezier, afleiding van problematische gedachten, keuzevrijheid, belang van de groep, acceptatie door de therapeut en ook uitdaging vanuit de therapeut.

Deze aspecten bevestigen dat de muziektherapeut clientgericht werkt en de client zijn eigen keuzes laat en hem daarin bevestigt.

Wanneer het gaat over de mening hierover zijn er verschillen:

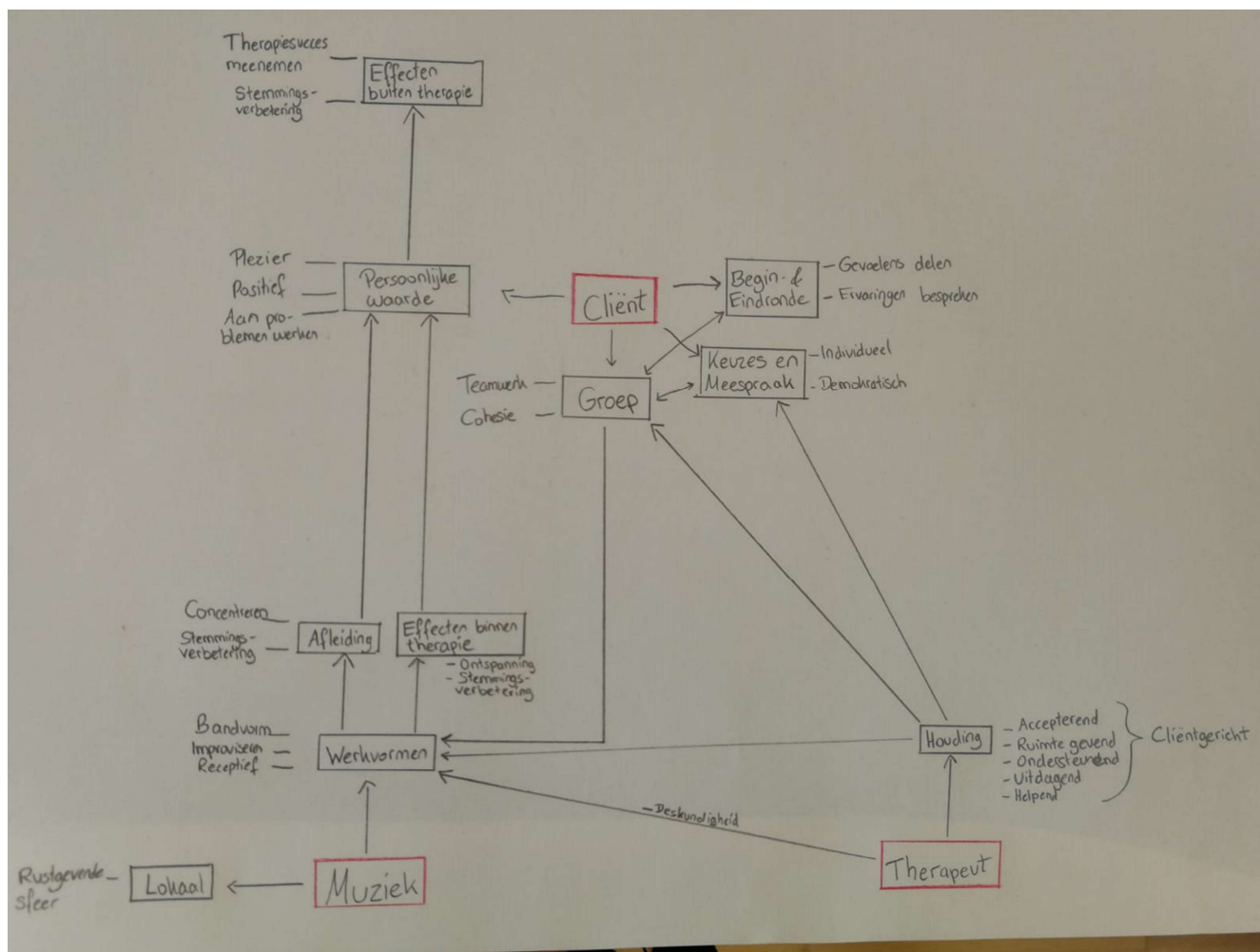
4 van de 6 respondenten vonden deze manier van werken heel geschikt voor hun persoonlijk en gaven er geen kritiek op.

2 respondenten gaven aan, deze vrijheid aan het begin als overvragend ervaren te hebben.

Ze wisten niet wat er van hun verwacht werd en waren nerveus.

Wel gaven ze aan dat deze onzekerheid na korte tijd verdween wanneer duidelijk werd, dat er wel structuur en houvast werd aangeboden binnen iedere sessie.

Verder ben ik in de axiale coderingsfase begonnen samenhangen tussen de codes te verduidelijken:



Aan de hand van dit schema wordt voor mij een nieuw aspect duidelijk: Van de therapeut gaan minder pijlen uit dan verwacht. Eentje naar “werkvormen”, een ander via “houding” naar “werkvormen” en via “houding” gaan twee naar “Groep” en “Keuzes & Meespraak”. Dit lijkt weinig. Heeft de therapeut zo weinig invloed?

Nee, want de pijlen gaan de grondliggende, therapiedragende aspecten toe. Zijn houding beïnvloedt ook de groep. En zijn houding beïnvloedt vooral op welke manier de groep betrokken wordt bij het keuzeproces binnen de hele therapie.

Vanuit de interviews wordt duidelijk dat de therapeut keuzevrijheid laat en de cliënten juist aanmoedigd eigen keuzes en wensen in te brengen. Door zijn accepterende, ruimte gevende, ondersteunende houding worden de cliënten dus uitgenodigd mee te bepalen en de therapie vorm te geven. Wat zegt dat? Met zijn houding creëert hij een veilige basis.

Verder gaat een peil naar de werkvormen.

Hoewel hij de cliënten uitnodigt keuzes te maken en zich in te brengen, is hij de deskundige die de wensen vorm kan geven door middel van een werkvorm.

Hij is de “muzikant” die voldoende ervaring en kennis heeft, de besproken wensen in actie om te zetten.

En nog iets wordt hier duidelijk: De code “werkvormen” lijkt iets bijzonders te hebben. Zowel van de muziek, alsook de therapeut gaat er een directe pijl naartoe. Maar ook van de cliënt gaat via de code “Groep” een peil naar de code “werkvormen”.

Ieder aspect van de driehoek heeft dus invloed op de werkvorm.

Ik interpreteer dit zo, dat de therapeut keuzevrijheid laat, de groep kiest voor een doel, de therapeut stelt een passende werkvorm voor. De werkvorm vormt hij met behulp van zijn deskundigheid als muziektherapeut. Deze werkvorm wordt door de groep aangenomen of gediscussieerd. Als ze wordt aangenomen, gaan groep en therapeut in deze werkvorm werken en daardoor ontstaat “Afleiding” en “Effecten binnen therapie” die weer leiden naar “Persoonlijke waarde” en “Effecten buiten therapie”.

Ook hier is de werkvorm dus weer de basis.

Het lijkt alsof de therapeut vooral invloed neemt op de basis aspecten van de therapie en daardoor veiligheid en ordening creëert.

Wat ieder client uit deze creëerde basis maakt, is zijn eigen keuze.

Verder nog: Als we kijken naar de client, zijn “Groep”, “Keuzes en Meespraak” en “Begin- en Eindronde” met elkaar verbonden. De groep lijkt hier in het middenpunt te staan.

Keuzes worden samen met de groep gemaakt, binnen begin- en eindronde worden ervaringen met de groep gedeelt en de groep werkt binnen een werkvorm als team.

De groep lijkt in de hele therapie een belangrijke plek in te nemen. Dit kwam ook voort uit de interviews, waarin ieder respondent benoemde dat de groep belangrijk was.

Aan de hand van de figuur, maar ook vanuit de interviews blijkt dat de therapeut op dit proces invloed heeft. Hij stelt de groep in het middenpunt door keuzevrijheid te laten en gelijktijdig duidelijk te maken dat de groep samen moet kiezen wat er gebeurt.

Door zijn accepterende en ondersteunende houding bevordert hij een open contact tussen groepsleden.

Deze houding spiegelt zich ook weer in de muziek. De respondenten benoemen vooral dat de therapeut een helpende houding aanneemt in het contact met een instrument.

Verder is dit een aspect waarop clienten niet zo veel letten: Ieder client benoemde wel dat de therapeut meespeelde, maar kon niet duidelijk zeggen hoe hij dan meespeelde. Hier hadden de respondenten blijkbaar niet veel op gelet. Ik interpreteer dit zo, dat de respondenten bezig waren met het spelen van de eigen instrumenten.

Maar sommige respondenten benoemen dat hij ook binnen de muziek accepterend was: „Dat je niets fout kunt doen, dat je gewoon begint en dan komt er iets uit en dat is ok” (respondent 1).

Verder heeft de therapeut zich blijkbaar in de bandvorm erbuiten gehouden: „Hij is ook soms door de ruimte gelopen, heeft geluisterd en geholpen of nogeens tips gegeven hoe je dat beter kunt doen, maar overal gezien heeft hij zich erbuiten gehouden en ons meer geobserveerd” (respondent 1).

Aan de hand van deze voorbeelden word verduidelijkt dat de therapeut ook in de muzikale werkvormen ondersteunend, helpend en accepterend was.

Recapitulatiememo

Interessant vind ik nog steeds, dat respondent 6 als enige niet heeft benoemd dat hij binnen de muziektherapie aan problemen kon werken. De rest heeft problemen doorgewerkt en analogieën naar hun leven getrokken. Respondent 6 was de enige respondent die nooit actief mee heeft gedaan. Hij was tevreden met het luisteren naar zijn medecliënten en vond dit positief en plezierig. Ik vraag me af of de inactieve houding in relatie staat tot het niet doorwerken van problemen.

Verder vind ik interessant dat de interviews van elkaar verschilden, maar de axiale coderingen een goede overzicht geven van de belangrijkste aspecten. Deze aspecten werden door bijna iedereen genoemd. Dit laat zien dat er desondanks alle verschillen tussen de cliënten bepaalde aspecten van muziektherapie op dezelfde manier worden ervaren en gewaardeerd!

Verder heb ik de ontdekking gemaakt dat de therapeut door zijn helpende, accepterende houding een veilige basis creëert. Daarop kunnen de cliënten opbouwen en eigen ervaringen en keuzes maken.

De respondenten hebben weinig gezegd over de therapeutische houding in de muziek. Hier moet ik een beetje interpreteren uit iets abstracter denken dan van te voren.

Tot nu toe kon ik de woorden van de respondenten precies weergeven en heb weinig begrippen veranderd. Ik denk, dat ik de zinnen van de respondenten wat verder moet denken om tot een beschrijving van de therapeutische houding in het medium te kunnen geven. De informatie ligt er, maar niet zo letterlijk dan de andere informatie.

Bijlage G: Zoekgeschiedenis

PICO vraag: Hoe kan muziektherapie bijdragen aan de behandeling van een depressieve stoornis bij volwassenen?			
Zoektermen NL	Synoniemen	Zoektermen ENG./ DUTS	Synonym s
Muziektherapie	Creatieve therapie Vaktherapie muziek	Music therapy Musiktherapie	Creative music therapy Expressive therapy Kreative Therapie
Depressieve stoornis	Stemmingsstoornis Neerslachtigheid Recessie	Depression Depression	Recession Melancholia Unhappiness Sadness
Volwassenen	Mondig Volgroeid meerderjarig	Adults Erwachsene	Grown Grown-up Of age Ripened developed
Psychiatrie	Instelling ziekenhuis	Psychiatry Psychiatrie	Psychiatric hospital
Behandeling	Werkwijze Behandelwijze	Treatment Behandlung	Method Treatment method
Boolean Search	Databank (en)	Resultaten	
“Muziektherapie” AND “depressie”	DiZ	51 hits 1 bruikbaar	
“Music therapy” AND “depression”	DiZ	94.126 hits 5 bruikbaar	
„Music therapy OR creative therapy“ AND “depression“	DiZ	343.478 hits 13 bruikbaar	
“Melancholia” AND “Music therapy”	Google Scholar	10.400 hits 5 bruikbaar	

“Adults“ AND „music therapy“ AND “depression“	DiZ Google Scholar	7.920 hits 9 bruikbaar 17,400 hits 22 bruikbaar
“Muziektherapie” AND “volwassenen” AND “depressie”	DiZ Google Scholar	6 hits 0 bruikbaar 153 hits 7 bruikbaar
“Muziektherapie” AND “depressie” AND “behandeling”	Google Scholar	324 hits 0 bruikbaar
“Muziektherapie” AND “volwassenen” AND “depressie”	DiZ Google Scholar	6 hits 0 bruikbaar 153 hits 7 bruikbaar
“Vaktherapie” AND “depressie” AND “behandeling”	DiZ	20 hits 2 bruikbaar
“Creatieve therapie” AND “depressie”	DiZ	76 hits 0 bruikbaar
“Art therapy” AND “depression”	DiZ	6.812 hits 13 bruikbaar
“Music therapy” AND “mood regulation”	DiZ	16.224 hits 9 bruikbaar
“Depression” AND “treatment” AND “arts therapies“	DiZ	180.349 hits 10 bruikbaar
“Depression” AND “psychiatry” AND “music therapy“	DiZ Googel Scholar	46.376 hits 5 bruikbaar 149.000 hits 25 bruikbaar
“Musiktherapie” AND “Depression”	DiZ	798 hits 6 bruikbaar
“Depression” AND “Psychiatrie” AND “Kreative Therapie“	DiZ	457 hits 1 bruikbaar
“Fachtherapie” AND “Depression”	Google Scholar	298 hits 4 bruikbaar

“Musiktherapie” AND “Depression” AND “Psychiatrie”	Google Scholar	3.280 hits 20 bruikbaar	
Nieuwe PICO-vraag: Wat zijn de de ervaringen van depressieve patiënten met de cliëntgerichte muziektherapie?			
Zoektermen NL	Synoniemen	Zoektermen ENG./ DUIJS	Synonyms
Ervaringen	Perspectief	Experiences Erfahrungen	
Cliëntgerichte muziektherapie	Cliënt- centreeerde muziektherapi e	Client-centered music therapy Patientenzentrier t Musiktherapie	Person-centered music therapy
Boolean Search	Databank(en)	Resultaten	
“Ervaringen” AND “Patiënten” AND “Muziektherapie”	DiZ	27 hits 5 bruikbaar	
“Ervaringen” AND “cliëntgerichte muziektherapie”	Google Scholar	53 hits 3 bruikbaar	
“Ervaringen” AND “depressie” AND “muziektherapie”	DiZ	20 hits 1 bruikbaar	
“Perspectief” AND “patiënten” AND “muziektherapie”	DiZ	9 hits 0 bruikbaar	
“experiences” AND “client centered music therapy” AND “depression”	DiZ	1.297 hits 0 bruikbaar	
“client centered” AND “music therapy”	DiZ	12.223 hits 0 bruikbaar	
“person-centered” AND “music therapy”	DiZ	23.578 hits 0 bruikbaar	
“Experiences” AND “music therapy” AND „depression“	DiZ	57.590 hits 1 bruikbaar	
„Experiences“ AND „music therapy“	DiZ	158.565 hits 3 bruikbaar	

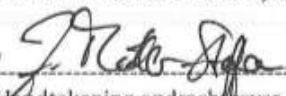
“Erfahrungen” AND “patientenzentrierte Musiktherapie”	DiZ Google Scholar	20 hits 0 bruikbaar 203 hits 0 bruikbaar
“Patientenerfahrungen” AND “Musiktherapie”	Google Scholar	53 hits 2 bruikbaar
Handsearch		Resultaten
Boeken in bibliotheek Zuyd Hogeschool		3 bruikbaar
Referenties gevonden artikels		5 bruikbaar

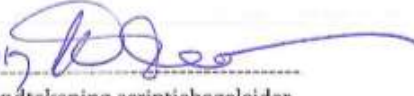
Bijlage H: Akkoordformulier opdrachtgever & scriptiebegeleider

Akkoordformulier afstudeer(onderzoeks)project 2019-2020 opleiding VT Zuyd

Voor + achternaam student	Sophia Lillpopp			
Studentnummer	1659898			
Medium student	☐ beeldend	☐ dans	☐ drama	☒ muziek
onderzoekslijn ¹	☐ Kind & Jeugd ☐ GGZ ☐ Ouderen ☐ Somatiek ☐ Werkingsmechanisme van het medium ☐ Wijkgerichte zorg ☐ Technologie i.d. zorg ☐ Interdisciplinair werken ☐ Meten			
Korte beschrijving van het project (probleem, doelgroep, projectplan, doelstelling, design)	Muziektherapie laat binnen de kliniek Alexianer (Aken) positieve resultaten zien, maar toch blijkt er iedere keer discussie te ontstaan over het voortbestaan ervan zodra het om de verdeling van de financiële middelen gaat. Om als muziektherapie team bij deze discussies meer gewicht in de schaal te kunnen leggen zou het goed zijn de ervaringen van cliënten met muziektherapeutische behandeling te inventariseren om zodoende de meerwaarde van muziektherapie binnen het geheel van de klinische behandeling te kunnen definiëren. Cliënten binnen de kliniek zijn zeer divers wat problematiek betreft, om het onderzoek realistisch en de resultaten van waarde te laten zijn, richt het zich op cliënten met depressieve klachten. <u>Design: Kwalitatieve survey</u>			
Onderzoeksdoel	De doelstelling van dit onderzoek zal zijn om de ervaringen van depressieve patiënten met muziektherapie te beschrijven voor de instelling: Alexianer Krankenhaus, Aachen.			
Onderzoeksvraag	Wat zijn de ervaringen van depressieve cliënten (18-60 jaar oud) met een tegenwoordig zware episode met de muziektherapeutische behandeling binnen het Alexianer ziekenhuis (Aken)?			
Naam opdrachtgever of contact persoon	Jörg Müller-Steffan			
Email adres opdrachtgever of contact persoon	J.Mueller-Steffan@alexianer.de			
Naam scriptie begeleider	Meertine Laansman, Kathinka Poismans			

¹ vink aan binnen welke onderzoekslijn(en) je onderzoeksproject past

28.09.19 
Datum + Handtekening opdrachtgever

30-09-2019 
Datum + Handtekening scriptiebegeleider

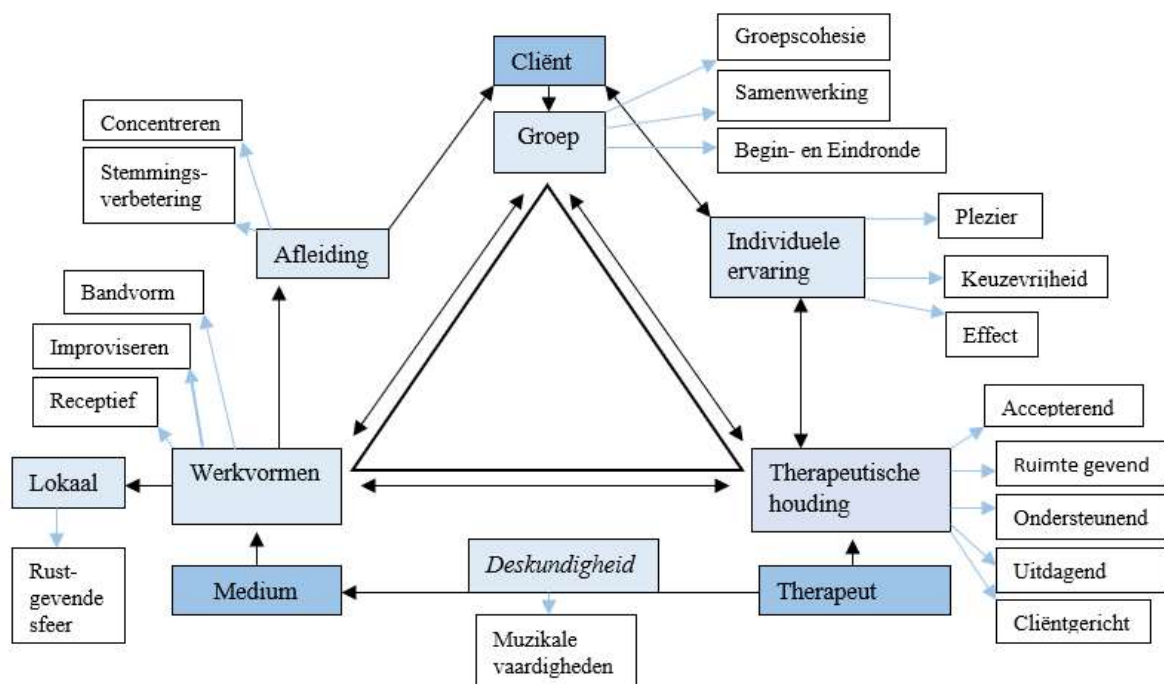
M. Laansman

Opleiding Vaktherapie
Fase 4, OP 13, 2019-2020
Lijn C.A: Afstuderen

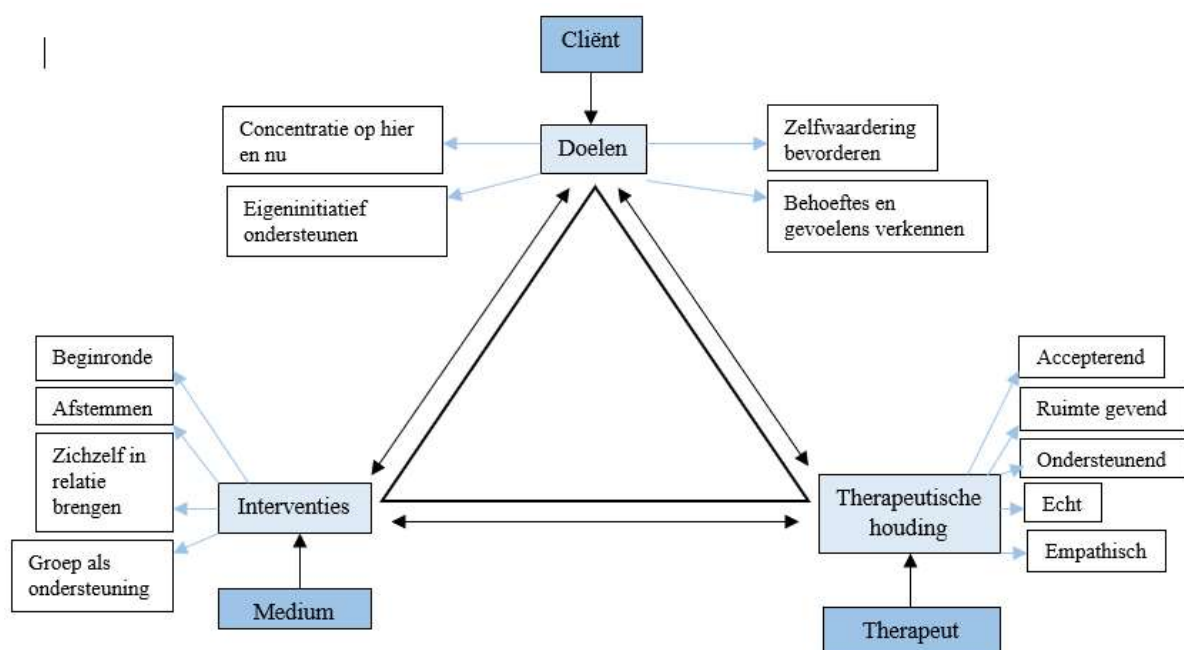
57

Bijlage I: Schema's

Schema vanuit patientenervaringen met kerncategorieën en subcategorieën:



Schema vanuit muziektherapeut met kerncategorieën en subcategorieën:



Bijlage J: Verklaring geheimhouding en Nederlandse gedragscode

Verklaring geheimhouding en zorgvuldige omgang met persoonsgegevens

Onderzoek bij mensen en het verzamelen van gegevens van mensen vereist bijzondere zorgvuldigheid. Om de privacy van betrokkenen te waarborgen, dien je als (student)onderzoeker altijd vertrouwelijk en zorgvuldig met die informatie om te gaan. Met betrekking tot datamanagement en dataopslag dient aan een aantal criteria te worden voldaan die voortvloeien uit bepalingen van subsidieverstrekkers en METC, en uit wetgeving als de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG) en Wet Medisch-wetenschappelijk Onderzoek met mensen (WMO).

Hierbij verklaar ik dat:

- Ik zorgvuldig en verantwoord omga met de onderzoeksgegevens en met de aan mij verleende toegang tot digitale gegevensdragers;
- Ik alleen voor het onderzoek relevante data verzamel, waarbij persoonsgegevens apart worden bewaard van de overige onderzoeksdata. Data worden anoniem verwerkt en gegevens zijn in de verslaglegging niet herleidbaar tot individuele personen;
- Ik aan niemand identificeerbaar zal openbaren wat mij tijdens het onderzoek is verteld;
- Ik ervan op de hoogte ben dat onderzoeksdata alleen toegankelijk zijn voor het onderzoeksteam, dat de codeersleutel of de codering van de brondata van de deelnemers moet worden bewaard en dat dit alleen toegankelijk is voor de verantwoordelijke onderzoeksbegeleider;
- Ik ervan op de hoogte ben dat onderzoeksdata alleen opgeslagen mogen worden op een veilige plek. Zie hiervoor ook het [stappenplan praktijkgericht onderzoek](#) via de website van Zuyd Bibliotheek;
- Ik ervoor zorg dat na afloop van het project de data/materialen conform de regelgeving minimaal 10 jaar (bij WMO-plichtig onderzoek 15 jaar) opgeslagen en bewaard worden in een beveiligde omgeving, in een map specifiek aangemaakt voor het project waartoe alleen het onderzoeksteam toegang heeft, of in een daarvoor bestemde afsluitbare ruimte. Zodra een teamlid niet meer betrokken is bij het onderzoek wordt de toegang tot de data geblokkeerd. Ben je student? Dan dien je alle data/materialen te overhandigen aan de verantwoordelijke begeleider van je onderzoek, zodat hij/zij hiervoor kan zorgen;
- Ik met de verantwoordelijke onderzoeksbegeleider overleg wanneer uitwisseling van data met externe partijen (buiten Zuyd) nodig/gewenst is en op welke beveiligde wijze dit gedaan mag worden.

Datum: 19.09.2019

Plaats: Aachen, Duitsland

Naam (indien student ook studentnummer): Sophia Lillpopp (1659898)

Academie: Zuyd Hogeschool, Vaktherapie

Lever een ondertekend exemplaar in conform afspraken van je opleiding.

Verklaring Nederlandse Gedragscode wetenschappelijke integriteit

Eind 2018 is de Gedragscode wetenschappelijke integriteit van kracht gegaan. Deze code wordt breed onderschreven door alle organisaties in Nederland die betrokken zijn bij onderzoek. Daarmee is de code van toepassing voor ieder type onderzoek (fundamenteel, toegepast of praktijkgericht) en ongeacht waar het wordt uitgevoerd (universiteit, hogeschool of elders). Je vindt de code [hier](#). Als Zuyd Hogeschool onderschrijven we de code ook.

Een belangrijk onderdeel van de code zijn enkele leidende principes voor integer onderzoek. Zij zijn leidend voor de individuele onderzoeker, maar ook voor andere bij het onderzoek betrokken personen en organisaties (denk bijvoorbeeld aan opdrachtgevers voor het onderzoek). Het is belangrijk dat je deze principes kent en onderschrijft. Dat maak je kenbaar door deze code te ondertekenen.

1. Eerlijkheid

Eerlijkheid houdt onder andere in dat je geen ongefundeerde claims doet, je correct over het onderzoeksproces rapporteert, data of bronnen niet verzint of vervalst, alternatieve visies en tegenargumenten serieus neemt, en resultaten niet gunstiger dan wel ongunstiger voorstelt dan ze zijn.

2. Zorgvuldigheid

Zorgvuldigheid houdt onder andere in dat je wetenschappelijke methoden gebruikt en optimale precisie betracht bij het ontwerp, de uitvoering, verslaglegging en verspreiding van het onderzoek.

3. Transparantie

Transparantie houdt onder andere in dat het voor anderen helder is op welke data je je baseert, hoe deze zijn verkregen, welke resultaten je hebt bereikt en langs welke weg, en wat de rol van externe belanghebbenden is geweest. Als delen van het onderzoek of van de data niet toegankelijk worden gemaakt, dien je goed gemotiveerd aan te geven waarom dat niet mogelijk is. De wijze van uitvoering en fasering van het onderzoeksproces moet tenminste voor vakgenoten te volgen zijn. Dit betekent in ieder geval dat de argumentatie helder moet zijn en dat de stappen in het onderzoeksproces controleerbaar moeten zijn.

4. Onafhankelijkheid

Onafhankelijkheid houdt onder andere in dat je je in de keuze van de methode, bij de beoordeling van de data en in de weging van alternatieve verklaringen, niet laat leiden door buiten-wetenschappelijke overwegingen (bijvoorbeeld overwegingen van commerciële of politieke aard). Aldus geformuleerd omvat onafhankelijkheid ook onpartijdigheid. Onafhankelijkheid is in elk geval vereist bij de opzet en uitvoering van en rapportage over het onderzoek; bij de keuze van het onderzoeksobject en van de onderzoeksvraag is onafhankelijkheid niet altijd nodig.

5. Verantwoordelijkheid

Verantwoordelijkheid houdt onder andere in dat je rekenschap geeft van het feit dat je als onderzoeker niet in isolement opereert, en daarom binnen de grenzen van het redelijke rekening houdt met de legitieme belangen van bij het onderzoek betrokken personen en dieren, van eventuele opdrachtgevers en financiers, en van de omgeving. Verantwoordelijkheid houdt ook in dat men onderzoek doet dat wetenschappelijk en/of maatschappelijk relevant is.

Datum: 19.09.2019

Plaats: Aachen, Duitsland

Naam (indien student ook studentnummer): Sophia Lillpopp (1659898)

Academie: Zuyd Hogeschool Vaktherapie

Lever een ondertekend exemplaar in conform afspraken van je opleiding.