

Ontwikkel onder de vleugels van muziek

Een actiegericht onderzoek naar de integratie van muziektherapeutische technieken in het ontwikkelingskader van Anton Došen



L.I.A. Bosschaert

Studentnummer: 0940127

Creatieve therapie

Medium: muziek

Hogeschool Zuyd

Heerlen

Faculteit Gezondheid en Zorg

5 juni 2013

Scriptiebegeleider: Harry van
den Born

Inhoudstabel	
Voorwoord	3
Inleiding	5
Hoofdstuk 1: Probleemstelling	6
1.1 De aanleiding van het onderzoek	6
1.2 De rol van het medium	6
1.3 De doelgroep	7
1.4 Zoekstrategie en picovragen	7
1.5 Uiteenzetting van resultaten uit bestaand onderzoek	8
1.5.1 Verstandelijke beperking en muziektherapie	8
1.5.2 Anton Došen	10
1.5.3 Kenneth Bruscia	11
1.6 De belangrijkste begrippen	14
1.7 Noodzaak, relevantie voor aanvullend onderzoek	14
Hoofdstuk 2: Vraagstelling	14
Hoofdstuk 3: Doelstelling	14
Hoofdstuk 4: Onderzoekstype en methode	15
Hoofdstuk 5: Voorfase en oriëntatiefase	15
5.1 Voorfase	15
5.2 Oriëntatiefase	17
Hoofdstuk 6: Diagnostische fase	18
Hoofdstuk 7: Ontwikkelfase	19
7.1 Realisatie van het project	19
7.2 Rol van de onderzoeker	20
7.3 Vastleggen van data	20
Hoofdstuk 8: Actiefase	20
Hoofdstuk 9: Evaluatiefase	21
9.1 Procesevaluatie	21
9.2 Productevaluatie	23
Hoofdstuk 10: Resultaten	25
10.1 Došen 1	26
10.1.1 Pijler 1: Afstand en nabijheid	26
10.1.2 Pijler 2: Structuur en grenzen	27
10.1.3 Pijler 3: Activiteiten	29
10.1.4 Pijler 4: Communicatie	29
10.2 Došen 2	30
10.2.1 Pijler 1: Afstand en nabijheid	30
10.2.2 Pijler 2: Structuur en grenzen	31
10.2.3 Pijler 3: Activiteiten	32
10.2.4 Pijler 4: Communicatie	32

Hoofdstuk 11: Discussie	33
11.1 Sterkte en zwakte van de analyse	33
11.2 Interpretatie van de resultaten	34
11.2.1 Došen 1	34
11.2.2 Došen 2	34
11.2.3 Analyse van de gebruikte technieken.....	34
11.3 Aanbeveling voor de praktijk, beroepsontwikkeling en vervolgonderzoek	38
11.3.1 Praktijk en beroepsontwikkeling	38
11.3.2 Vervolgonderzoek	39
11.4 Nieuw werkmodel	39
11.4.1 Oud werkmodel vs. Nieuw werkmodel	40
11.4.2 Verklaring van het nieuwe werkmodel.....	41
11.5 Beantwoording van de deelvragen en de vraagstelling	43
Hoofdstuk 12: Samenvatting	45
Literatuurlijst.....	46
Bijlage	47
Bijlage 1: Zoekstrategie.....	47
Bijlage 2: Ontwikkelingsdynamisch kader van Anton Došen	48
Bijlage 3: Improvisatietechnieken Kenneth Bruscia	49
Bijlage 4: Reflectiecyclus volgens Korthagen	52
Bijlage 5: Observatieschema	53
Bijlage 6: Van inschatting naar ondersteuning	54
Došen 1:	55
Došen 2:	55
Bijlage 8: Observatie voorbeelden	57

Voorwoord

Na mijn stage vorig academiejaar in de kinder- en jeugdpsychiatrie Fioretti te Gent, heb ik het bijzondere voorrecht gekregen om als muziektherapeut deeltijds aan de slag te gaan in de leefgroep van de jongvolwassenen. Dit heeft mij als laatstejaars de unieke kans gegeven een actiegericht onderzoek uit te voeren naar een situatie uit mijn onmiddellijke beroepspraktijk.

Kinderen en jongeren die zich in Fioretti bevinden lijden aan een licht mentale handicap in combinatie met psychiatrische problemen. Fioretti is de enige instelling in Vlaanderen die zich tot deze specifieke doelgroep richt. Hun aanpak is dan ook te omschrijven als uiterst specifiek daar hun algemene visie en denkkader gestoeld is op de ontwikkelingsdynamisch kader van de Nederlandse ontwikkelingspsycholoog Anton Došen. Kenmerkend voor dit denkkader is dat er een duidelijk onderscheid gemaakt wordt tussen de emotionele en cognitieve ontwikkeling van een kind of jongere. Voor mij als student muziektherapie was het de eerste keer dat dit onderscheid zo duidelijk afgelijnd werd. Gaandeweg mijn stagejaar heb ik mij hier steeds meer in verdiept en ervoer ik dat deze unieke manier van werken me veel nieuwe inzichten alsook methodische mogelijkheden aanreikte met betrekking tot de manier van werken en in het progressief aanpakken van een gestelde problematiek. Echter, tot nu toe is deze manier van werken enkel uitgeschreven vanuit een orthopedagogisch standpunt, maar omwille van het progressieve karakter klinkt gaandeweg de vraag naar meer onderzoek over de toepassingen van het ontwikkelingsdynamisch kader in andere therapeutische velden steeds luider.

Toen ik als vierdejaarsstudent dan ook de kans kreeg om onderzoek te doen ging mijn interesse onmiddellijk uit naar dit onderwerp. Meer specifiek naar hoe het mogelijk was om dit denkkader te koppelen aan muziektherapie en ook hier te streven naar een verhoogde kwaliteit van het therapeutische handelen.

Met dit onderzoek maak ik de eerste innovatieve link tussen het ontwikkelingsgerichte denkkader en muziektherapie aan de hand van de interventietechnieken van Kenneth Bruscia. Gezien de aard van het onderzoek werd gekozen voor de methode volgens het actiegericht onderzoek en werd er vervolgens een uitgebreid actieonderzoeksnetwerk opgesteld. De co-creator, de muziektherapeut van de kindergroep, de afdelingsarts, de therapeutisch coördinator, de dramatherapeut, de danstherapeut, maar vooral de jongeren die deelnamen aan het onderzoek hebben allemaal op hun manier bijgedragen aan een boeiend en leerrijk onderzoekstraject, dat me basis gaf om de link tussen de muziektherapie en het ontwikkelingskader van Anton Došen te leggen.

Afstuderen doe je niet alleen. Zo ook ik niet. Ondanks een niet aflatende motivatie voor de cliënt tijdens de therapeutische sessies was het bij tijden toch een strijd om me toe te leggen op het academisch schrijven en praktijk om te zetten in woorden. Uiteindelijk is het me toch gelukt met hulp van mensen uit allerlei hoeken. Mijn onderzoek had niet plaats kunnen vinden zonder de professionele feedback van een aantal mensen. Graag wil ik even de ruimte nemen om die mensen dan ook te bedanken die ieder op hun eigen unieke, maar voor mij zo noodzakelijke manier een bijdrage aan mijn scriptie hebben geleverd.

Harry van den Born, dank je wel voor je fijne maar zeer deskundige bijstand. Bedankt om me de moed te laten vinden, me te ondersteunen wanneer ik er zelf niet meer in geloofde. Je bent altijd bereid geweest om tijd voor me te maken en je hulp aan te bieden. Dit nu als scriptiebegeleider, maar ook de jaren voorheen als docent, en vooral als mentor. Bedankt voor al je wijsheid.

Hanne Collie, mijn co-creator. Hanne, ik wil je bij deze persoonlijk bedanken omwille van je professionele deskundigheid, je unieke blik, je flexibele houding en je uitstekend observerend vermogen! In de eerste plaats wil ik je bedanken omwille van de mens die je bent, omwille van je vriendschap, je spontane behulpzaamheid, je 200% inzet, je enorme steun en geloof in mij op momenten dat ik het niet meer zag zitten! Bedankt voor alles, zonder jou was er geen scriptie.

Pieter Elias, bedankt voor de ruimte die je voor me genomen hebt, nu tijdens het onderzoek, maar ook voordien als mijn stagebegeleider. Bedankt voor je eerlijke, open en kritische blik, het heeft me veel geholpen. Bedankt om een belangrijke rol te spelen in mijn ontwikkeling als muziektherapeut.

Kenneth Buyle, mijn Kenneth, zonder jouw steun, uithoudingsvermogen, geduld, vertrouwen, behulpzaamheid, liefde, vriendschap en respect was het me nooit gelukt. Zonder jouw steun was ik

nooit aan deze opleiding begonnen, laat staan dat ik hem had afgemaakt. Bedankt dat je er zonder uitzondering, altijd voor me bent!

De klas: Sirik, Esther, Desirée, Rebecca, Carolene, Teresa, Eva S, Eva, Julia. Ontzettend bedankt voor de afgelopen vier fantastische jaren die we hebben gehad. Ik durf luid te zeggen dat het me zonder jullie nooit was gelukt. Jullie hebben me bijgestaan in mijn groei als persoon en me ondersteund in mijn zoektocht. Het voelde allemaal zo vanzelfsprekend, zo warm, zo vertrouwd, zo echt, zo thuis en ik kan in geen woorden uitleggen hoe dankbaar ik ben dat jullie me konden vergezellen in deze tocht.

Desirée Simons, jou wil ik graag even persoonlijk bedanken. Voor de fantastische, unieke vriendschap die ik mocht ervaren tussen ons. Dank je wel voor alles wat je me geleerd hebt, voor het vertrouwen dat je me geschonken hebt, het geloof dat je hebt in mij. Desirée, *you are my person!*

Mama, papa, Robbert en Andries, jullie hebben me meer geholpen dan jullie denken. Bedankt voor alle steun die ik gekregen heb afgelopen jaren. Bedankt dat ik steeds bij jullie terecht kon voor steun in alles wat me bezig houdt in en naast mijn studie. Bedankt voor alles, ik hou van jullie!

Liesbeth, Lies, jou wil ik graag even apart bedanken voor je engelengeduld en voor de moeite die je hebt genomen bij het verbeteren van mijn scriptie! Bedankt voor je harde werk en steun!

Mijn collega therapeuten te Fioretti, bedankt dat jullie zo ondersteunend en oprecht geïnteresseerd waren in mijn onderzoek. Bedankt voor de vele gesprekken die ervoor zorgden dat ik steeds nieuwe inzichten verkreeg!

De jongeren, E., A., J. die deelgenomen hebben aan het onderzoek. Bedankt voor jullie medewerking en inzet. Bedankt om me de ruimte te geven om te groeien tot een betere muziektherapeut.

Fioretti, bedankt voor alle mogelijkheden die jullie me geboden hebben en voor het mooie werk dat jullie leveren!

Dank aan iedereen die op een of andere manier een bijdrage heeft geleverd aan het tot stand komen van dit onderzoek en deze scriptie.

Lieselotte Bosschaert, 5 juni 2013

Inleiding

Deze scriptie begint met hoofdstuk 1, de probleemstelling. In deze probleemstelling wordt de aanleiding van het onderzoek weergegeven. Daarnaast wordt er in dit hoofdstuk de problematiek, de aanpak en het muziektherapeutisch denkkader weergegeven. Kernwoorden hierin zijn, 'verstandelijke beperking', 'muziektherapie en verstandelijke beperking', 'Anton Došen' en 'Kenneth Bruscia'. Het hoofdstuk eindigt met de uiteenzetting van de relevantie van het onderzoek.

Uit de probleemstelling vloeit hoofdstuk 2 en 3 voort, respectievelijk de vraagstelling en de doelstelling van het onderzoek.

De onderzoeksopzet wordt in hoofdstuk 4 tot en met hoofdstuk 9 uit de doeken gedaan. Je vindt er in chronologische volgorde de beschrijving van het onderzoekstype en de onderzoeksmethode, de voor- en oriëntatie-fase, de diagnostische fase, de ontwikkelingsfase en de actiefase terug. In hoofdstuk 9 wordt er een proces en product evaluatie beschreven. Dit hoofdstuk bevat eveneens een bespreking van de kwaliteitscriteria van een actieonderzoek.

In hoofdstuk 10 wordt er een gedetailleerde beschrijving gegeven van de resultaten. Vanuit dit hoofdstuk komen we bij het gedeelte van de discussie, hoofdstuk 11. In deze discussie wordt er kritisch gekeken naar het onderzoek. In eerste instantie wordt er een sterkte/zwakte analyse gedaan van het onderzoek. Verder worden de resultaten vanuit hoofdstuk 10 verklaart en geïnterpreteerd aan de hand van extra literatuur. Deze resultaten worden ook verder in het hoofdstuk geïntegreerd in een nieuw werkmodel. In dit hoofdstuk wordt er een aanbeveling gedaan voor vervolgonderzoek. Als laatste wordt de vraagstelling beantwoordt.

Ik beëindig deze scriptie aan de hand van een beknopte samenvatting, een literatuuropgave en een reeks bijlagen, die ik doorheen de scriptie aangeduid heb.

Hoofdstuk 1: Probleemstelling

1.1 De aanleiding van het onderzoek

Afgelopen jaar heb ik stage gelopen in de kinder- en jeugdpsychiatrie *Fioretti* te Gent. Deze instelling is de enige in Vlaanderen die zich als psychiatrie richt tot jongeren met een licht verstandelijke beperking en bijkomende psychische aandoeningen. Hoewel de verstandelijke beperking van deze doelgroep een grote invloed op de behandeling heeft, wordt er in *Fioretti* ook veel aandacht besteed aan de emotionele ontwikkeling van de cliënt. Dit is congruent met de algemene visie van *Fioretti*, dewelke steunt op de ontwikkelingsdynamische theorie van Anton Došen. Došen richt zich hoofdzakelijk op de emotionele ontwikkeling van de cliënt en verdeelt de emotionele ontwikkeling van een kind in verschillende niveaus. Erg belangrijk om een gerichte, kwaliteitsvolle behandeling en ondersteuning aan te bieden is dat de therapeut aansluit op het juiste niveau van deze doelgroep – dit werd dan ook tijdens het multidisciplinair overleg herhaaldelijk benadrukt. Na 8 weken sinds de aanname van een cliënt wordt er tijdens het multidisciplinair overleg bepaald in welk niveau van Došen hij/zij functioneerde.

Echter, tijdens de stage werd duidelijk dat er nog nooit eerder een link gemaakt is tussen de niveaus van Došen en muziektherapie, wat het soms moeilijk maakt om in de muziektherapie die gerichte aansluiting te vinden en vervolgens toe te passen. Hierdoor ervoer ik handelsverlegenheid; ik miste een duidelijk muziektherapeutisch kader van waaruit in de muziek gewerkt kon worden aan gestelde doelen en bijgevolg miste ik methodisch handelen. Deze ervaring leefde ook bij de groepswerkers; ook zij konden geen concreet beeld vormen over de muziektherapie en hoe dat er aan doelen wordt gewerkt. Doordat het voor mezelf ook niet duidelijk was kon ik dit niet overbrengen.

Aan het begin van dit schooljaar werd ons gevraagd om na te denken over scriptieonderwerpen. Met *Fioretti* in mijn achterhoofd heb ik mijn stagebegeleiders gemaïld en zij kwamen toen zelf met de vraag om een onderwerp te kiezen dat waardevol kan zijn voor *Fioretti*. Beiden dachten aan hoe de ontwikkelingsniveaus van Došen vertaald konden worden naar muziektherapie en zo vervolgens voor conformiteit in de instelling te zorgen alsook het methodisch handelen vanuit de muziektherapie te verbeteren.

Het doel van het onderzoek is dan ook om meer duidelijkheid te scheppen en concrete, methodische handvaten te kunnen aanreiken aan muziektherapeuten aangaande de integratie van Došen's ontwikkelingsniveaus in muziektherapie.

1.2 De rol van het medium

Zoals beschreven (zie supra) is de basisvisie van *Fioretti* de theorie van Anton Došen. Hoe je dit als muziektherapeut invult beslis je tot nu toe zelf. In de praktijk betekent dit, dat er tot op dit moment geen doelgerichte interventies beschreven zijn die ingezet worden om aan te sluiten op het Došen niveau van de cliënt. Wel is het belangrijk dat de cliënt centraal staat in de therapie. De therapeut laat de cliënt beslissen wat er gedaan wordt in de therapie en anticipeert hierop. Concreet betekent dit dat men in muziektherapie, op *Fioretti*, met verschillende werkvormen aan de slag gaat. Deze kunnen variëren van vrije improvisaties, tot rappen, tot liedjes nazingen, tot het aanleren van een bepaald instrument. De cliënt bepaalt bijvoorbeeld welke instrumenten er bespeeld worden, of er gezongen wordt, vaak zelfs of er überhaupt muziek gemaakt wordt. Mijn ervaring hierbij was dat dit voor sommige cliënten onveilig was; deze cliënten wisten vaak niet wat ze wilden doen, voelden zich angstig en onzeker waardoor ze geen of moeizaam een eigen invulling aan de therapie konden geven.

Tijdens mijn stage heb ik gewerkt met een jongen van 16 met verschillende problematieken. Deze waren onder andere een hechtingsstoornis, een zwakke emotionele ontwikkeling, zwakke communicatiemogelijkheden (dit door neurologische en emotionele redenen). De hoofddoelstelling voor hem was het creëren van vertrouwen.

In de muziektherapie kwam deze jongen dan ook met zeer weinig eigen inbreng. Hij voelde zich onzeker en was bang om iets van zichzelf te laten zien. Op eigen intuïtie ben ik bij hem begonnen met het aanleren van een liedje dat hij zelf gekozen had. Ik merkte dat hij enorm opleefde. Het leren

spelen van 3 akkoorden was voor hem een grote stap. Samen hebben we ook het liedje op een 'vrij podium' kunnen opvoeren.

Vanuit het aanleren van het liedje hebben we zo de stap kunnen zetten naar improviseren rond deze 3 akkoorden. Deze gaven hem genoeg veiligheid en ondersteuning. Langzaam en met veel proberen hebben we samen een stap gemaakt naar spel plezier en improviseren in de muziek. Doordat ik hem veel ondersteuning, begeleiding en een veilig kader aanbood ontstond er ook wederzijds vertrouwen.

Ik merkte dat ik tijdens de therapieën vaak vanuit mijn eigen intuïtie handelde. Maar dat ik daarom niet altijd op het juiste niveau van de cliënt aansloot en hem hierdoor ook soms overvroeg.

Ik merk dat er in de muziektherapie op Fioretti veel aandacht geschonken wordt aan de cliënt en dat ook de expertise en ervaring van de muziektherapeut een belangrijke rol spelen. Zij werken al verschillende jaren met vrije improvisatie.

1.3 De doelgroep

Fioretti is de enige K-dienst – kinder- en jeugdpsychiatrie – in Vlaanderen die zich richt tot licht verstandelijk gehandicapte kinderen en jongeren. Zowel jongens als meisjes met een bijkomende psychiatrische aandoening op de AS-I (zie paragraaf 1.6: "de belangrijke begrippen") worden opgenomen. Algemeen gezien bestaat de doelgroep van dit onderzoek uit jongeren tussen de 12 en de 18 jaar, dewelke geen onhoudbare agressie vertonen en waarbij er geen sprake is van primair alcohol- of druggebruik. Wel vertonen zij extreem ernstige gedragsstoornissen die voortkomen uit de complexe combinatie van hun specifieke psychiatrische problematiek en hun beperkte cognitieve mogelijkheden.

Zoals gezien onderscheidt Došen 5 verschillende ontwikkelingsfasen, de kinderen die in Fioretti worden opgenomen bevinden zich in fase 1,2 en hoogstens 3. Meer specifiek werd er, tijdens dit onderzoek, gefocussed op jongeren die zich situeren in het eerste en tweede Došen-niveau. Dit omwille van de korte tijd waarin het onderzoek kan plaatsvinden.

Bij aanvang van het onderzoek kwamen er vier jongeren in aanmerking om deel te nemen aan het onderzoek. Van deze vier werden er twee gesitueerd op het eerste Došen niveau en twee op het tweede Došen niveau. In de actiefase, verder in de scriptie wordt nader toegelicht op welke basis deze jongeren geselecteerd werden.

1.4 Zoekstrategie en picovragen

Aan het begin van het onderzoek kwam er al snel een vraag vanuit de instelling waar ik stage gelopen heb. Dit of het mogelijk zou zijn om vanuit het ontwikkelingsdynamisch denkkader van Anton Došen een link te kunnen maken naar de muziektherapie.

Eerst ben ik begonnen met extra informatie te zoeken over de theorie van Anton Došen. Dit door op de algemene bibliotheek site te zoeken naar informatie over Anton Došen.

Al snel had ik hier een boek over gevonden.

Daarnaast heb ik ook op Google nog 'kern woorden' zoals Došen ingetypt en stelde ik vast dat er vanuit zijn theorie nog verder onderzoek gedaan is geweest. Dit was het boek geschreven door o.a. Lien Claes; Emotionele ontwikkeling bij mensen met een verstandelijke beperking. In dit boek heb ik ook veel extra informatie gevonden over hoe de theorie in de praktijk werd omgezet.

Ik heb ook zelf opnieuw contact opgenomen met de instelling waar ik vorig jaar mijn stage heb gevolgd met de vraag of zij nog extra informatie hadden betreffende dit onderwerp. Van mijn vorige stagebegeleider heb ik nog een aantal relevante artikels gekregen betreffende de doelgroep, een artikel dat ze zelf gepubliceerd had in het tijdschrift 'musiktherapeutische umschau' en een artikel van Gerrit Vignero, die de theorie van Došen omgezet had naar begeleidingshandvatten. Verder had ik ook nog informatie van vorig jaar, dit betreft een eindthesis van een studente orthopedagogie en de vorige psychiater van Fioretti. In deze thesis wordt de theorie van Došen omgezet in handvaten gericht aan de groeps werkers.

Omdat ik op dat moment al veel literatuur verzameld had over het ontwikkelingspsychologisch denkkader, ben ik opzoek gegaan naar een combinatie met muziektherapie. Dit door aan de slag te gaan met de volgende PICO vragen:

Wat zijn de effecten van muziektherapie bij kinderen met een gestoorde emotionele ontwikkeling?
(Which effects does music therapy have on emotionally disturbed children)

Wat zijn de effecten van muziektherapie bij kinderen in een psychiatrie?
(Which effects does music therapy have on children in a psychiatric setting)

Hieruit heb enkel relevante artikels gevonden over hoe er op dit moment in de kinder- en jeugdpsychiatrie gewerkt wordt en hoe dit specifiek toegepast wordt bij jongeren met een gestoorde emotionele ontwikkeling.

Daarnaast ben ik ook op de HBO-kennisbank opzoek gegaan naar scripties van vorige muziektherapiestudenten.

Ik merkte dat geen van deze artikelen een duidelijke link kon leggen tussen de theorie van Anton Došen en muziektherapie. Mijn begeleidster Kathinka Poismans heeft me naar aanleiding hiervan ook de tips gegeven om de theorie van Došen te vergelijken met de improvisatietechnieken van Kenneth Bruscia.

In de algemene bibliotheek site en op andere online tijdschriften heb ik gezocht met de volgende trefwoorden:

Fritz Hegi
Karin Schumacher
Anton Došen
Daniel Stern
Emotionele ontwikkeling
Kenneth Bruscia

(zie ook bijlage 1: "Onderzoeksstrategie")

1.5 Uiteenzetting van resultaten uit bestaand onderzoek

In de zoektocht naar literatuur is er in eerste instantie opzoek gegaan naar de link tussen het ontwikkelingsdynamisch kader van Anton Došen en muziektherapie. Al snel werd er geconstateerd dat er nog geen literatuur geschreven is over dit specifieke onderwerp. Daarom ben ik enerzijds opzoek gegaan naar informatie over mensen met een verstandelijke beperking en muziektherapie. Anderzijds ben ik me gaan verdiepen in het ontwikkelingsdynamisch kader van Anton Došen. Daarnaast was het belangrijk dat er een connectie kon gemaakt worden tussen het ontwikkelingsdynamische kader en muziektherapie. Dit heb ik gedaan door na te gaan wat de improvisatietechnieken van Kenneth Bruscia me voor mogelijkheden biedt en in hoeverre dit gekoppeld kan worden aan het ontwikkelingsdynamisch kader van Anton Došen. Hier wordt in het volgende hoofdstuk dieper op in gegaan.

1.5.1 Verstandelijke beperking en muziektherapie

In de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking werkt men volgens het adagio "normaal waar mogelijk, speciaal waar nodig" (Smeijsters, 2006, p. 300). Dit houdt in dat over de afgelopen jaren, de focus van de muziektherapeut en het zwaartepunt van zijn werk verschoven is naar de speciale doelgroepen. Bij de individuele therapieën, waarbij een specifiek probleem als indicatie wordt geformuleerd en een afgebakende therapieperiode wordt afgesproken, geeft de muziektherapeut groepsmuziekactiviteiten die gebaseerd zijn op de ortho(ped)agogische ontwikkeling en ondersteuning. De muziektherapeut wordt ook soms ingezet voor taken die niet direct therapeutisch van aard zijn. De muziektherapeut werkt bijvoorbeeld als coach voor activiteiten- of groepsbegeleiders die zelf muziekactiviteiten uitvoeren (Smeijsters, 2006). Dit is ook het geval op Fioretti. De muziektherapeut geeft naast zijn individuele therapiesessies ook 'ateliers'. Deze ateliers zijn muziekactiviteiten waarbij alle kinderen en jongeren vrij zijn om aan te sluiten. Op dit moment zijn dat het liedjesatelier (waarin we liedjes zingen die cliënten zelf mogen kiezen en die begeleid worden door de therapeut) en het percussiemoment (tijdens dit moment spelen we samen op de percussie instrumenten). Daarnaast wordt er ook elke week een groot atelier moment aangeboden waarin elke therapeut een activiteit voor de hele afdeling aanbiedt. De muziektherapeut sluit ook meerdere keren per week aan bij dagdagelijkse activiteiten van de jongeren. Dit kan zijn bij het opstaan, het ontbijt, middag- en/of avondeten. Samenvatten kan bij de muziektherapeut een aanvraag worden gedaan op het gebied van (a) muziektherapie bij een specifiek probleem; (b) ortho(ped)agogische muziektherapie ter ondersteuning

van de ontwikkeling; (c) coaching en ondersteuning van de groepsleiding bij het geven van muziekactiviteiten; en tenslotte (d) observatie in het kader van diagnostiek.

1.5.1.1 Kinderen met een verstandelijke beperking

In Fioretti worden kinderen begeleid die o.a. een achterstand hebben in hun ontwikkeling. Muziek maken en muziek als ortho(ped)agogisch middel komt tegemoet aan de elementaire hulpvraag van alle kinderen. Kinderen maken, op welke manier dan ook, in hun groei een ontwikkeling door waarin muziek een belangrijk aandeel kan hebben. Naast muzikale vorming maakt het socialiseren en taal- en spraakbevorderende karakter van muziek het noodzakelijk dat muziek als ortho(ped)agogisch middel in de dag situatie wordt aangeboden. De intensiteit en het soort aanbod van muziek zijn sterk afhankelijk van het ontwikkelingsprofiel van de kinderen. In de praktijk blijkt dan vaak, dat juist de beleving van muziek en de sfeer daaromheen toegang biedt tot hun belevingswereld. Dat maakt dat een verdere uitbouw van het contact en hun belevingen mogelijk (Smeijsters, 2006).

1.5.1.2 Behandeling

Luisteren naar muziek brengt *“iets”* teweeg. Muziek kan activeren en tot rust brengen. Zij kan vergezichten en herinneringen oproepen, sombere gevoelens of gevoelens van angst of afkeer wekken. Mensen zijn in staat om betekenis aan muziek te ontleen, bijvoorbeeld schoonheid, troost, bevrijding, maar ook bedreiging en verwarring. Beleving van muziek is mogelijk, ongeacht de beschikbare vaardigheden of afkomst. Muziek vraagt niet om woorden, je hoeft niet te kunnen praten om de betekenis van muziek te kennen of te begrijpen. In Fioretti zijn er vele jongeren die traumatische gebeurtenissen hebben meegemaakt. Het is voor hun vaak moeilijk om deze gebeurtenissen ook een plaats te geven en hier mee om te gaan. Daarnaast gaat de communicatie via gesproken taal bij mensen met een verstandelijke beperking vaak moeizaam. In Fioretti kunnen de meeste jongeren wel praten, maar om in gesproken taal woorden te vinden en vorm te geven aan hun trauma is vaak moeilijk. Daarom is muziek een goede ingang. Een verstandelijke beperking is echter niet per definitie een indicatie voor muziektherapie. De indicaties liggen veelal op het gebied van ‘contact maken’, ‘ontwikkeling’ en ‘gedragsproblematiek’. De jongeren in Fioretti hebben naast hun verstandelijke beperking ook vaak psychiatrische stoornissen en gedragsproblemen (agressie). Muziek als non-verbaal communicatiemiddel biedt vele mogelijkheden om deze cliënten mee te bereiken en te helpen ontwikkelen (Smeijsters, 2006).

1.5.1.3 Doelstelling

In muziektherapie wordt er via muziek gewerkt aan doelstellingen. Voor jongeren met een verstandelijke beperking hanteren muziektherapeuten volgende doelstellingen: (a) het ortho(ped)agogisch stimuleren van de ontwikkeling; (b) supportief leren omgaan met problemen; en (c) via re-educatie nieuw gedrag aanleren.

De hoofddoelstellingen waaraan gewerkt kunnen worden zijn; problemen op sociaal en emotioneel gebied, problemen op lichamelijk en op cognitief gebied. Van deze opgenoemde doelstellingen zijn problemen op sociaal en emotioneel gebied het meest voorkomend in Fioretti. Henk Smeijsters (2006) geeft in zijn handboek enkele voorbeelden van hoe muziek kan ingezet worden bij deze doelgroep. Ik heb me beperkt tot enerzijds het sociaal en emotioneel gebied en anderzijds de doelstellingen die ook gebruikt worden in de instelling, omdat dit het meest relevant is voor mijn onderzoek. In wat volgt geef ik vier voorbeelden van hoe muziek kan ingezet worden.

1. Muziek kan ingezet worden om zowel fysiek als emotioneel in beweging te komen. De verschillende muzikale parameters (harmonie, toonhoogte, klank, dynamiek en ritme) kunnen innerlijke en uiterlijke bewegingen bewerkstelligen, zodat er momenten ontstaan waarbij het probleemgedrag doorbroken wordt (Smeijsters, 2006).
2. Bij problemen met regulatie en verwerking van prikkels (uit zich in dwangmatigheid, rigiditeit, gillen, spugen, automutilatie) is muziektherapie geïndiceerd. Door middel van muziek kunnen prikkels gestructureerd aangeboden worden. Muziek heeft een duidelijke opbouw en een gestructureerde tijdsindeling door onder andere puls, maat en harmonie. Dit zorgt voor overzicht en een zekere voorspelbaarheid, waardoor een meer gestructureerde prikkelverwerking tot stand komt (Smeijsters, 2006).
3. Bij cliënten met een ontwikkelingsachterstand op gebied van lichaams- en ik-besef kan muziek spelenderwijs ingezet worden om het ik-besef en de gewaarwording te stimuleren. Dit gebeurt met een bewegingsspel over het lichaam en eenvoudige liedteksten die aansluiten bij het belevingsniveau van de cliënt (Smeijsters, 2006).
4. De cliënt heeft moeite met zich adequaat emotioneel te uiten. Door gebruik te maken van de verschillende muzikale parameters (harmonie, toonhoogte, klank, dynamiek en ritme) worden

emoties oproepen. Muziek biedt hier een kader waarbinnen emoties veilig geuit kunnen worden. Dit kan de uiting en de regulatie van emoties bevorderen en de emotionele beleving uitbreiden (Smeijsters, 2006).

De hierboven beschreven doelstellingen zijn veel voorkomend op Fioretti. Dit hoofdstuk laat zien dat muziektherapie met mensen met een verstandelijke beperking effect heeft.

Vanuit de nood aan meer conformiteit in de instelling vraag ik me af in hoeverre ik dit kan samenbrengen met de theorie van A. Došen, van waaruit gewerkt wordt in de instelling.

1.5.2 Anton Došen

Zoals hierboven vermeld wordt er in de instelling, Fioretti, gewerkt vanuit het ontwikkelingsdynamisch kader van Anton Došen, psychiater in Nederland. Zo wordt er gekeken in welke fase van de socio-emotionele ontwikkeling het kind zich bevindt, van welk (pathologisch) mechanisme er sprake is en wat bijgevolg de klemtonen in de begeleiding kunnen zijn (Vienne & Dumortier, 2009).

(In de bijlage 2: het ontwikkelingsdynamisch kader van Anton Došen, wordt er een schematisch voorstelling gegeven van dit kader.)

1.5.2.1 *Emotionele ontwikkeling*

“In de Westerse samenleving overheerst de ‘cognitieve cultuur’ binnen gedragswetenschappen en psychiatrie en wordt er veel minder aandacht geschonken aan de emotionele ontwikkeling” (Došen, 2010 in Claes et al., 2012, p. 13). Zo wordt ‘verstandelijke beperking’ gedefinieerd als een beperking in de cognitieve ontwikkeling en in het adaptieve gedrag (Claes et al., 2012). De emotionele ontwikkeling ontbreekt echter volledig in deze definitie. In praktijk betekent dit dat emotionele ontwikkeling een onderwerp is dat in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking helaas nog te weinig aandacht krijgt van de hulpverleners. Nog minder is dit onderwerp bekend bij niet-professionals zoals, de ouders en de familie van deze kinderen en volwassenen (Došen, 2010 in Claes et al., 2012).

Echter, emotionele ontwikkeling is een wezenlijk aspect van de persoonlijkheidsontwikkeling en de laatste drie decennia evolueerde emotionele ontwikkeling steeds meer tot een sleutelbegrip binnen de ondersteuning van mensen met een verstandelijke beperking (met of zonder gedrag- en/of psychische problemen) (Claes et al., 2012). Dit werd wetenschappelijk onderschreven doordat nieuwe wetenschappelijke richtingen –zoals ontwikkelingsperspectief, cognitieve, moleculaire en gedragsneurowetenschappen – ontdekten dat het cognitieve en het emotionele neurosysteem twee aparte systemen zijn, die zich onafhankelijk van elkaar kunnen ontwikkelen en elkaar ook kunnen beïnvloeden. Bijgevolg, opdat een individu dus een evenwichtige ontwikkeling doormaakt, is het noodzakelijk dat naast de cognitieve aspecten ook de emotionele aspecten parallel ontwikkelen. Een discrepantie tussen cognitieve en emotionele ontwikkeling resulteert in een persoonlijkheid met een verhoogde kwetsbaarheid voor het ontstaan van gedrag- en psychische stoornissen (Došen, 2010 in Claes et al., 2012). Voor hulpverleners is het dus van uiterst belang dat zij niet enkel de cognitieve ontwikkeling van kinderen met een verstandelijke beperking stimuleren, maar ook de emotionele ontwikkeling. Om gericht en optimaal te handelen ten aanzien van de emotionele ontwikkeling alsook adequate en kwaliteitsvolle hulpverlening bij gedragsproblemen en psychische stoornissen te voorzien, is het belangrijk om bij de beeldvorming van de cliënt het niveau van de emotionele ontwikkeling te bepalen en de basale emotionele behoefte te onderkennen (Došen, 2010 in Claes et al., 2012). Met de ontwikkelingsdynamische benadering en beschrijving van de verschillende fases in de emotionele ontwikkeling leverde Anton Došen (2005) hiertoe een grote bijdrage. Zijn kader en zijn Schaal voor Emotionele Ontwikkeling (SEO, 1990 in Claes et al., 2012) bieden handvaten die wijd verspreid zijn en gebruikt worden in Vlaanderen en Nederland (Claes et al., 2012). In wat volgt wordt er dieper ingegaan op de ontwikkelingsdynamische benadering van Anton Došen.

1.5.2.2 *Theoretisch kader: Anton Došen.*

Zoals reeds vermeld wordt er in Fioretti gewerkt vanuit het ontwikkelingsdynamisch kader van Anton Došen. Concreet betekend dit dat er wordt gekeken in welke fase van socio-emotionele ontwikkeling het kind zich bevindt, van welk pathologisch mechanisme er sprake is en wat bijgevolg de klemtonen in de begeleiding kunnen zijn (Vienne & Dumortier, 2009).

De kernwoorden van dit model zijn: nabijheid, opvoedende betrokkenheid, holding (zie paragraaf 1.6: “de belangrijke begrippen”). Daarnaast staan er voor elke ontwikkelingsfase nog eens specifieke woorden centraal. Došen onderscheidt 5 verschillende fases, de kinderen die in Fioretti worden opgenomen bevinden zich in fase 1, 2 en hoogstens 3. Voor het onderzoek heb ik me gericht op de eerste twee ontwikkelingsfasen van A. Došen. De belangrijkste elementen van deze fasen worden hieronder weergegeven.

Fase 1: Adaptatiefase: Homeostase – Disregulatie (ontwikkelingsleeftijd: 0-6maand)

Personen die zich bevinden in de adaptatiefase worden constant heen en weer geslingerd tussen homeostase (innerlijk evenwicht, veiligheid, rust) en disregulatie (overspoeld worden/zichzelf verliezen ten gevolge van honger, dorst, pijn, vermoeidheid, te veel prikkels, gespannen sfeer). In deze fase is men nog volop bezig zich fysiek aan te passen aan de buitenwereld. Zo past een pasgeboren baby zich aan het leven buiten de baarmoeder aan, wat in ieder geval een pak andere sensaties betekent dan voorheen. Ook volwassenen in deze ontwikkelingsfase hebben moeite om zich aan te passen aan allerlei prikkels die op hen afkomen. In een situatie van onevenwicht (disregulatie) krijgen ze deze zintuiglijke prikkels niet meer geordend, wat resulteert in chaos. Bij personen die zich in de adaptatiefase bevinden, wordt er vaak lichamelijke onregeling opgemerkt wanneer ze zich in een situatie van disregulatie bevinden: (koorts, hyperventilatie,...) Alles wat op lichamen vlak misgaat, lokt reactie uit en vraagt om rechtgetrokken te worden. Hierbij is de actieve inbreng van de cliënt – net als bij de pasgeborene- beperkt (Claes et al., 2012).

Hiermee samengaand zien we dat het innerlijke spanningsniveau van cliënten in deze fase snel onregelmatig raakt. Er is vaak sprake van hype- of hyperarousal; ook zonder duidelijke aanleiding kan hun spanningsniveau plots uit evenwicht raken. Wanneer het innerlijke spanningsniveau te hoog is, bv. bij grote stress, zullen cliënten proberen zelf deze spanning te reduceren. Sommige personen doen dit door zich vast te klampen aan begeleiding, anderen wiegen zichzelf, nog andere zullen eerder agressief gedrag vertonen (Claes et al., 2012).

Binnen de begeleiding van de cliënten die zich in de adaptatiefase bevinden, ligt de nadruk op het reguleren. De begeleiding streeft hierbij naar minimaal evenwicht, een situatie van zo veel mogelijk innerlijke rust. Het is dus heel belangrijk om op basis van soms hele kleine signalen die de cliënt geeft en rekening houdend met het eigene van elke cliënt op zoek te gaan naar aanvaardbare manieren om de innerlijke spanning die ze voelen te reduceren (Claes et al., 2012).

Fase 2: Eerste socialisatiefase: wantrouwen – vertrouwen (ontwikkelingsleeftijd: 6-18maand)

Algemeen kan er voor deze fase gesteld worden dat alles binnen deze fase gezien moet worden in het kader van relatie cliënt-begeleider. De eerste socialisatiefase wordt ook wel de gehechtheidfase genoemd. Vertrouwen versus wantrouwen is het grote thema. De grote pijlers binnen de begeleiding zijn gezamenlijkheid enerzijds (WE-identity) (zie paragraaf 1.6: “de belangrijkste begrippen”) en structuur en grenzen anderzijds.

In de socialisatiefase gaat alles om het bezig zijn met anderen. Deze personen zitten nog in symbiose, hebben nog geen eigen ‘ik’, kunnen niet functioneren zonder begeleid/ouder/verzorger in de buurt. “De cliënt ontleent zijn veiligheid aan personen” (Claes et al., 2012, p. 40).

Vanuit dit denkkader wordt er in Fioretti gewerkt. Ik wil voor mijn onderzoek zien hoe deze theorie met de verschillende fasen samengebracht kan worden met de muziek. Op basis daarvan ben ik op zoek gegaan naar muziektherapeutische denkkaders die daarop kunnen aansluiten. Een van deze denkkaders zijn de improvisatietechnieken van Kenneth Bruscia.

1.5.3 Kenneth Bruscia

Kenneth Bruscia (1987) beschrijft in zijn boek: “Improvisational models of music therapy” 64 improvisatie technieken (zie bijlage 3: “improvisatietechnieken Kenneth Bruscia”).

Bruscia (1987) verdeelt zijn improvisatietechnieken onder in negen categorieën: technieken betreffende empathie, structurerende technieken, ontlokkende technieken, technieken om een nieuwe richting in te slaan, technieken betreffende intimiteit, technieken betreffende procedures, verwijzings technieken, technieken ten behoeve van het onderzoeken van emoties en gesprekstechnieken.

Bij de begeleiding van jongeren en kinderen die zich in de verschillende Došen niveaus bevinden is er veel nood aan specifieke, vaak ook individuele begeleiding en ondersteuning (Claes et al., 2012).

Daarnaast wordt er in het boek: “Emotionele ontwikkeling bij mensen met een verstandelijke beperking” geschreven mede door Lien Claes (2012) een vertaling gemaakt van het ontwikkelingsdynamische model van Anton Došen naar een schema voor de dagelijkse ondersteuning van cliënten met een verstandelijke beperking (zie bijlage 6: “van ondersteuning naar begeleiding”). Bij de ondersteuning van deze kinderen zijn er vijf pijlers die belangrijk zijn. Deze zijn ‘afstand en nabijheid’, ‘structuur en grenzen’, ‘activiteiten’, ‘communicatie’ en ‘wat te doen bij probleemgedrag’. Om na te gaan of het referentiekader van Bruscia relevant is, vergelijk ik in eerste instantie de categorieën ‘afstand en nabijheid’, ‘structuur en grenzen’ en de kenmerken van emotioneel functioneren (zie tabel 1: adaptatiefase en tabel 2: socialisatiefase).

1.4.3.1 Fase 1: Adaptatiefase

Belangrijk is het evenwicht tussen homeostase en disregulatie (Došen, 2010). De kerntaak in de begeleiding is: Reguleren.

Tabel 1: Adaptatiefase (Bron: Claes et al., 2012, p. 70).

Kenmerken emotioneel functioneren	Afstand en nabijheid	Structuur en grenzen
- Fysiologische aanpassingen - Sensorische integratie - Arousal regulatie - Integratie van ruimte en tijd	- We- Dentity - Nabijheid en responsiviteit - Grote beschikbaarheid - Samen ZIJN - Affectieve synchronie - Alert voor tempo en signalen - Reguleren naar minimaal evenwicht	- Basis veiligheid bieden door structuur in tijd en ruimte, voorspelbaarheid en herkenbaarheid - Regelmaat - Duidelijkheid - Begrenzen door overnemen, lichamelijke nabijheid

Kenmerken emotioneel functioneren: De fysiologische aanpassing is een kenmerk dat vooral naast de muziek gestimuleerd wordt. In dit stadium draait het hoofdzakelijk over de aanpassing aan de buitenwereld, dag en nacht.

De sensorische regulatie handel vooral over het feit dat de kinderen niet overspoeld worden door te veel prikkels. Een overvloed aan prikkels kan voorkomen worden door prikkeldosering (prikkelverarming). De structurerende technieken kunnen ingezet worden om een duidelijke regelmaat en structuur aan de improvisatie te bieden. Dit kan o.a. door een vaste, duidelijke ritmische basis te geven (rhythmic grounding). De arousal regulatie, gaat over de innerlijke spanning die het kind moet kunnen kwijt geraken. Dit kan door de technieken om de gevoelens te ontdekken toe te passen. Doubling en holding zijn hierbij passende technieken. Als de cliënt improviseert, biedt de therapeut een muzikale achtergrond dat overeenkomt met de gevoelens van de cliënt (holding) en de therapeut en de cliënt uiten gevoelens die voor de cliënt moeilijk zijn om te onderkennen en te uiten (doubling).

Afstand en nabijheid: Onder het puntje, afstand en nabijheid, is vooral het samen zijn, erg belangrijk. Dat de cliënt zich gehoord voelt en dat je als begeleider of als therapeut je beschikbaar maakt voor de cliënt. Onder dit begeleidingspunt vind ik de technieken met betrekking tot de empathie passend omdat er met deze technieken nabijheid en afstand kan gecreëerd worden. Onder de technieken met betrekking tot de empathie vallen technieken zoals o. a. synchronizing, hiermee doet de therapeut hetzelfde als wat de cliënt doet in de improvisatie. De cliënt voelt zich gesteund en gehoord maar er kan ook een duidelijke fysieke afstand gecreëerd worden. Ook technieken zoals pacing, (afstemmen op het energieniveau van de cliënt) en imitating (imiteren van wat de cliënt speelt) kunnen ervoor zorgen dat de cliënt het gevoel van samen zijn, WE-dentity ervaart. Onder afstand en nabijheid kunnen ook nog verschillende andere muzikale technieken gebruikt worden zoals holding (als de cliënt improviseert, biedt de therapeut een muzikale achtergrond dat overeenkomt met de gevoelens van de cliënt). Holding hoort bij de technieken ten behoeve van het ontdekken van de emoties.

Structuur en grenzen: In het puntje structuur en grenzen passen de structurerende technieken van Bruscia. Onder deze noemer vallen technieken die gericht zijn om in de improvisatie, structuur te bieden. Dit kan o.a. door een vaste, duidelijke ritmische basis te geven (rhythmic grounding), door een tonaal, harmonische basis aan te bieden waarmee de cliënt kan improviseren (tonal centering) of door de cliënt te helpen om de lengte, de duur van de improvisatie te bepalen (shaping). Dit zijn de meest voor de hand liggende technieken, maar er zijn nog verschillende andere technieken van toepassing die voor structuur en grenzen kunnen zorgen. In de eerste fase is hoort bij structuur en grenzen ook 'begrenzen door de situatie als begeleider over te nemen, lichamelijke nabijheid'. Hierbij kan dus ook de techniek, sharing instruments, passen. Hierbij wordt door zowel de therapeut als door cliënt op hetzelfde instrument gespeeld. Waardoor er een duidelijke lichamelijke, fysieke nabijheid gecreëerd wordt.

1.4.3.2 Fase 2: De socialisatiefase

Belangrijk in deze fase is de hulpvraag een balans te vinden tussen vertrouwen en wantrouwen (Došen, 2010).

De kerntaak in de begeleiding is: Circuleren.

Tabel 2: Socialisatiefase (Bron: Claes et al., 2012, p. 70).

Kenmerken emotioneel functioneren	Afstand en nabijheid	Structuur en grenzen
- Hechting, basale veiligheid - Symbiose - Toegenomen sociale gerichtheid - Angst bij scheiding - Transitioneel object	- We- Dentity - Emotionele beschikbaarheid - Nabijheid op afstand - Transitioneel object - Holding en containment	- Houvast door consequente, voorspelbare begeleider - Duidelijkheid & grenzen herhalen - Ondersteuning bij overgangen - Preventief werken - Duidelijk en consequent begrenzen door overnemen, uit de situatie halen

Afstand en nabijheid: In de tweede fase is afstand en nabijheid nog steeds een belangrijk begeleidingspunt. In deze fase is het samen zijn nog steeds erg belangrijk, maar er ontstaat meer afstand tussen de cliënt en de therapeut/begeleider. Het is belangrijk om nabijheid bieden op afstand. Vertrouwen is erg belangrijk. Nog steeds zijn hier de Bruscia technieken met betrekking tot de empathie passend. Het afstemmen op het energieniveau van de cliënt (pacing) biedt een betrokkenheid, maar technieken zoals incorporating (een motief van de cliënt gebruiken als thema voor de improvisatie) kunnen ook toegepast worden. Op deze manier kan er nog steeds sprake zijn van 'We- dentity' maar is er ook ruimte voor inbreng van de cliënt. Onder afstand en nabijheid kunnen ook nog verschillende andere muzikale technieken gebruikt worden, zoals, de uitlokkende technieken. Making space zou daar een van kunnen zijn. In deze fase zou er vanuit een veilig gecreëerde improvisatie ruimte kunnen gelaten worden voor inbreng van de cliënt.

Structuur en grenzen: In deze fase hoort onder het begeleidingspunt, structuur en grenzen nog steeds de duidelijkheid en het herhalen van grenzen. Daarom passen hier de structurerende technieken van Bruscia bij. Door als therapeut een duidelijk basis ritme, in de improvisatie, aan te geven, creëert dit duidelijkheid en structuur voor de cliënt. Zoals hierboven vermeld zouden ook tonal centering en shaping passen onder dit begeleidingspunt. Het punt van structuur en grenzen kan in de eerste en tweede fase van Došen overeenkomsten bieden. Het belangrijkste verschil hierbij is dat de nabijheid van de begeleider of therapeut minder constant is.

Kenmerken van het emotioneel functioneren: De hechting en de basale veiligheid zijn belangrijke kenmerken van het emotioneel functioneren in deze fase. De technieken met betrekking tot de empathie en de structurerende technieken kunnen hier van toepassing zijn. Het inzetten van deze technieken kan voor veiligheid zorgen, door bv. een duidelijk gestructureerd kader aan te bieden waarin geïmproviseerd kan worden. Bij de structurerende technieken kan ook 'angst bij scheiding' passen. Door duidelijkheid en herhaling te integreren in de improvisatie, kan er veiligheid en vertrouwen ontstaan waardoor de angst bij een scheiding minder wordt. In deze fase komt ook de symbiotische relatie aan bod. Hierbij kunnen de technieken voor het bevorderen van de intimiteit ingezet worden. Samen op een instrument spelen (sharing instruments) of het geven van een muzikale beloning, zoals een muzikaal optreden, (giving) kunnen invloed hebben op de symbiotische relatie.

Besluit:

Na het maken van deze vergelijking concludeer ik dat ik de improvisatie technieken van K. Bruscia kan inzetten bij de verschillende fasen van A. Došen.

In het voorgaande hoofdstuk komen vooral de technieken van empathie, de uitlokkende technieken, de structurerende technieken, de technieken met betrekking tot de intimiteit, de technieken om de emoties te exploreren en de verwijzingstechnieken aan bod. Deze technieken kan ik gebruiken in de praktijk. Bij het inzetten van de technieken moet er naast de begeleidingspunten ook gekeken worden naar de speciale kenmerken van de kinderen. In de praktijk is het zo dat de technieken per kind, per situatie en per diagnose bekeken moeten worden.

1.6 De belangrijkste begrippen

As-I stoornis : As-I dient voor het vastleggen van alle verschillende stoornissen of toestanden in de classificatie met uitzondering van de Persoonlijkheidsstoornissen en Zwakzinnigheid. Ook worden op As-I de andere aandoeningen genoteerd die een reden voor zorg kunnen zijn (American Psychiatric Association, 2008).

Homeostase: Het in evenwicht zijn van alle functies in het lichaam en het vermogen van het lichaam om dit evenwicht te behouden, ondanks omgevingsinvloeden. Bv. innerlijk evenwicht, veiligheid, rust (Vienne & Dumortier, n.d.).

Disregulatie: Verstoorde homeostase: het kind wordt uiterst gevoelig voor alle zintuiglijke prikkels die op hem afkomen en krijgt ze niet meer geordend dit leidt tot totale chaos en voortdurende stress. Bv: overspoelt worden/zich verliezen ten gevolge van honger, dorst, pijn, vermoeidheid, te veel aan prikkels, gespannen sfeer (Vienne & Dumortier, n.d.).

WE-dentity: De we-dentity beklemtoont het 'samen zijn', het kind en de zorgfiguur vormen samen een symbiotische eenheid (Vienne & Dumortier, n.d.).

Holding: term van Winnicott, staande voor omvatten, vasthouden, beschermen, oorspronkelijk van de moeder t.o.v. haar kind (van Waning, 1999).

1.7 Noodzaak, relevantie voor aanvullend onderzoek

Het referentiekader van A. Došen wordt steeds verder onderzocht en uitgespit. In 2012 hebben het Steunpunt Expertisenetwerken, met als peter Anton Došen, zich verdiept in de emotionele ontwikkeling van mensen met een verstandelijke beperking (en al dan niet een bijkomende gedragsproblematiek). Deze mensen hebben een vertaling van het ontwikkelingsdynamisch model van Došen en/of inschaling op de SEO-R (Schaal van Emotionele Ontwikkeling) bij mensen met een verstandelijke beperking naar de dagelijkse ondersteuning van cliënten gemaakt (Claes et al., 2012).

De relevantie voor de praktijk ligt naar mijn mening erin dat er tot nu toe geen link gemaakt is tussen het referentiekader van Došen en muziektherapie en dat deze wel noodzakelijk is. De noodzakelijkheid blijkt ook uit het feit dat de vraag komt vanuit de instelling waar ik stage gelopen heb. In de instelling is het referentiekader van Došen een belangrijk denkkader van waaruit gewerkt wordt. Er is tot nu toe enkel een, vanuit een orthopedagogisch oogpunt geschreven, aanpak die op de groepswerkers gericht is. Het zou waardevol zijn voor de instelling, voor de therapeuten alsook voor de jongeren dat er ook voor de muziektherapie een link gemaakt wordt. Met mijn onderzoek wordt er een start gemaakt naar deze link.

Daarnaast zorgt de link ook voor een duidelijke integratie van het therapeutische kader van A. Došen in de hele instelling.

Zoals eerder vermeld merkte ik als student tijdens mijn stage handelsverlegenheid op. Ik miste het methodisch handelen en een duidelijk muziektherapeutisch kader van waaruit gewerkt werd. Door nu de link te maken hoop ik meer duidelijkheid in de aanpak te creëren.

Voor de cliënt ontstaat er dan ook een meer geïntegreerd, eenduidig, veilig gestructureerd en hopelijk effectiever behandelplan.

Hoofdstuk 2: Vraagstelling

Bovenstaande probleemstelling brengt mij tot de formulering van volgende onderzoeksvraag.

“Welke muziektherapeutische technieken van Kenneth Bruscia sluiten aan op de eerste twee ontwikkelingsniveaus van Anton Došen, toegepast bij jongeren met een verstandelijke beperking in de kinder - en jeugdinstelling Fioretti?”

In wat volgt wordt er dieper in gegaan op wat deze onderzoeksvraag tracht te bereiken en op welke manier dit onderzoek zal bijdragen aan het toepassen van muziektherapie.

Hoofdstuk 3: Doelstelling

Zoals aangegeven werd er een leemte ervaren tussen het in Fioretti gehanteerde theoretische kader van Anton Došen en de methodische toepassing hiervan tijdens muziektherapie. Bijgevolg dient er via muziektherapeutische interventies aansluiting gevonden te worden tussen muziektherapie en het ontwikkelingsdynamisch kader van Došen. Het doel van dit onderzoek is nagaan of deze link kan

gelegd worden via de muziektherapeutische technieken van Kenneth Bruscia en indien zo ja, welke muziektherapeutische Bruscia technieken aansluiten op de eerste twee ontwikkelingsniveaus van Anton Došen. Dit zal worden nagegaan gedurende een periode van acht weken. Het resultaat zal in de eerste plaats bijdragen aan het duidelijker, kwalitatief methodisch handelen van de muziektherapeut waardoor de therapie in de toekomst gerichter kan aansluiten op de problematiek en het ontwikkelingsniveau van de jongeren. In de tweede plaats echter zal Fioretti een nog meer omvattende en geïntegreerde therapeutische aanpak kunnen aanbieden in het werken met het referentiekader van Anton Došen.

Hoofdstuk 4: Onderzoekstype en methode

Zoals eerder vermeld is het doel van dit onderzoek het ontwikkelen van muziektherapeutische interventies die aansluiten bij de eerste twee ontwikkelingsfasen van A. Došen. Het denkkader van Došen kwam de afgelopen jaren steeds meer op de voorgrond te staan in Fioretti. Het is de intentie van de instelling om dit denkkader te integreren en toe te passen in de verschillende therapieën, en aldus ook in muziektherapie. Zulk een specifieke doelstelling in gedachten houdend wordt er in wat volgt in gegaan op het gekozen onderzoekstype alsook de gekozen onderzoeksmethode. Omdat het voor het doel van het onderzoek van primordiaal belang is dat werkvormen geconstrueerd worden, is het vanzelfsprekend dat men dan ook het 'ontwikkeland' onderzoekstype kiest als meest toepasbare onderzoekstype. Zoals beschreven in Migchelbrink (2007a) focust het ontwikkelingsonderzoek zich op het genereren van kennis om dan vervolgens leiddraden, plannen of werkwijzen te maken, ontwerpen en construeren. Het ontwikkelend onderzoekstype stelt voorop dat men via verschillende onderzoeksactiviteiten een onderwerp tracht te duiden. Vervolgens wordt dit onderwerp dan 'ontwikkeld' door middel van deze actie cirkel: activiteit - interventie - behandeling. Het onderwerp van dit onderzoek ontstond uit de synergie tussen instelling en ervaring. Enerzijds was er een groeiend besef aan de kant van Fioretti dat er een tekort was aan de integratie van het ontwikkelingsdynamisch denkkader in de muziektherapie en anderzijds bleek de eigen ervaring van de stagiair in sitio een empirisch vertrekpunt. Het startpunt van het onderzoek is met andere woorden het besef dat er sprake is van een probleem (Migchelbrink, 2007a). Dit besef is kenmerkend voor het 'actieonderzoek' en precies daarom is de gebruikte methode tijdens dit onderzoek dan ook actiegericht. Typerend voor een actiegericht onderzoek is volgens Migchelbrink (2007b) dat dit soort onderzoek praktische kennis oplevert dewelke vervolgens gebruikt kan worden om op lange termijn een bestaande situatie te verbeteren (Migchelbrink, 2007b). Zoals aangehaald is het voor dit onderzoek van belang dat er onderzocht wordt of de muziektherapeutische improvisatietechnieken van Bruscia kunnen worden ingezet om een betere aansluiting te vinden tussen de muziektherapie en de verschillende ontwikkelingsfasen van Došen. Het uiteindelijke resultaat zal bijdragen aan het aanbieden van een kwalitatieve muziektherapie doordat de therapie gerichter zal aansluiten op de individuele problematiek van de cliënt alsook door de verbetering van het duidelijk methodisch handelen van de therapeut tijdens de therapie. Al dusdanig heeft dit onderzoek de ambitie een methodisch probleem in de praktijk te veranderen, en daarmee de huidige situatie te verbeteren. Gaandeweg zal ook in de instelling het referentiekader van A. Došen steeds beter geïntegreerd worden, wat wederom zal bijdragen tot een duurzame verbetering van de aangeboden therapieën. Zoals aangegeven ontstond dit onderzoek in een gezamenlijke inspanning tot het verbeteren van een erkende probleemstelling. Een actieonderzoek van deze aard zal dan ook niet gebeuren op solitaire basis en de co-creator voor het onderzoek is Hanne Collie. Het onderzoek zelf zal het resultaat zijn van een co-creatie in de praktijk, tussen onderzoeker, cliënt, begeleiders en therapeut. Om tot een co-creatie in praktijk te komen zal de actieonderzoeker zoals aangegeven in Michelbrink (2007b) via een aantal fases te werk gaan. Deze fases zijn achtereenvolgens de voorfase, oriëntatiefase, diagnostische fase en ontwikkelfase. In wat volgt wordt er dieper in gegaan op de respectievelijke fases tijdens het onderzoek.

Hoofdstuk 5: Voorfase en oriëntatiefase

5.1 Voorfase

In de voorfase wordt het onderzoeksterrein afgebakend. De actieonderzoeker zal een onderzoeksnetwerk samenstellen dat uit actoren bestaat die op directe of indirecte wijze aan het onderzoek zullen deelnemen (Migchelbrink, 2007b). In wat volgt (zie tabel 3: actie onderzoeksnetwerk) worden de verschillende actoren in het onderzoeksnetwerk weergegeven, alsook hun respectievelijk rol en de argumentatie van hun rol denotatie. De verschillende actoren zijn; de

initiatiefnemer, de probleemdruager, de direct betrokkenen, de indirect betrokkenen.

Tabel 3: actie onderzoeksnetwerk

Actoren	Wie	Waarom
Initiatiefnemer	De onderzoeker	De onderzoeker nam het initiatief om het probleem aan te pakken via actiegericht onderzoek
Probleemdruager	De onderzoeker	Het eigen therapeutische handelen diende verbeterd te worden
	De instelling	De vraag naar dit onderzoek kwam tevens vanuit de instelling. Het onderzoek betreft het verbeteren van de beroepspraktijk.
	De cliënt waarmee gewerkt werd tijdens het onderzoek	De cliënten behoren tot het probleemveld, bij de personen bij wie het probleem speelt. Het onderzoek en het verbeteren van het handelen heeft invloed op hun levenskwaliteit (Migchelbrink, 2007b)
direct betrokkenen	De cliënt waarmee gewerkt werd tijdens het onderzoek	De cliënten, omdat het hun muziektherapeutische behandelingen betrof
	Pieter Elias	P. Elias, muziektherapeut te Fioretti, omdat hij tijdens het onderzoek deelgenomen heeft aan reflecties, inzichten en zijn visie op het onderzoek
	Hanne Collie	Hanne Collie, psychologe en groepswerker te Fioretti, omdat zij de co-creator was tijdens het onderzoek. Zij nam deel aan reflecteren, evalueren en analyseren van het video materiaal en de resultaten.
De indirect betrokkenen	Scriptiebegeleider Harry van den Born	H. van den Born, omwille van zijn deskundige begeleiding doorheen het onderzoekstraject.
	Andere creatief therapeuten:	Beide therapeuten boden ondersteuning, inzichten en hun visie gegeven op de vooruitgang van het onderzoek
	Katoo Dierinckx; (dramatherapeut te Fioretti) Goedele van Doorselaer (dans en bewegingstherapeut te Fioretti)	

Zoals aangegeven in de probleemstelling (zie supra) kwam de aanleiding voor het onderzoek enerzijds vanuit de instelling en anderzijds vanuit de eigen stage ervaringen. Hierop heeft de onderzoeker als initiatiefnemer de beslissing genomen een actieonderzoek op te starten ter verbetering van het eigen beroepsmatige handelen (Migchelbrink, 2007b). De onderzoeker is echter niet enkel de probleem -aanbrenger en initiatiefnemer om een probleem/ vraag via een actieonderzoek aan te pakken. Omdat het eigen handelen van de onderzoeker onderzocht wordt, maakt dit de onderzoeker gelijker tijd tot centrale actor in het onderzoek alsook het 'doelwit' van het traject (Migchelbrink, 2007b).

De motivatie voor een onderzoek kan volgens Migchelbrink (2007b) beschreven worden als intrinsiek of extrinsiek. Omdat de aanleiding van het onderzoek zowel vanuit de onderzoeker als vanuit de instelling kwam, valt de motivatie van dit onderzoek zowel als intrinsiek als extrinsiek te omschrijven. De motivatie is hoofdzakelijk intrinsiek omdat de onderzoeker in de eerste plaats het eigen beroepsmatig handelen wenst te onderzoeken. Omdat het onderzoek ook tegemoet komt aan de vraag van de instelling, is de motivatie tevens extrinsiek.

De intrede als onderzoeker werd vergemakkelijkt doordat ik voorheen reeds een jaar stage had gelopen in de instelling (1-09-2011 tot 30-06-2012). Aansluitend werd er door de onderzoeker ook een maand vakantiewerk gedaan als groepswerker in de kindergroep. Tijdens deze periode had ik de kans om de visie en gebruiken van de instelling te leren kennen alsook een relatie op te bouwen met de instelling en zijn werknemers. De werknemers op hun beurt leerde mij kennen als persoon en in de rol van stagiaire muziektherapie.

Het was tijdens het onderzoek noodzakelijk dat ik aan de verschillende werknemers mijn rol als onderzoeker duidelijk maakte. Dit gebeurde enerzijds individueel met de bedrijfspsychiater en de therapeutische coördinator, anderzijds heb ik mijn onderzoek ook voorgesteld op het assistentenoverleg aan alle aanwezige assistenten. Op deze manier kreeg de hele instelling een beeld van wat mijn rol als onderzoeker was. Daarnaast kregen ze ook een beeld van wat mijn onderzoek zou inhouden.

In dezelfde periode ben ik als muziektherapeute beginnen werken in Fioretti. Uiteraard was het voor de jongeren die betrokken werden in het onderzoek noodzakelijk dat zij ingelicht werden over het onderzoek en hun mogelijke betrokkenheid daarin. Samen met de afdelingsarts, de co-creator en de vorige muziektherapeut werd beslist dat de meest aangewezen manier een individueel gesprek met de jongeren was en tijdens dit gesprek te vragen naar hun deelname. Deze deelname werd ondertekend door zowel de onderzoeker als de onderzochte; de jongere.

Na de voorfase volgt de oriëntatiefase. Deze fase is de eerste fase van het actieonderzoek (Migchelbrink, 2007b). De onderzoekers en de betrokkenen van het traject maken kennis met elkaar en verkennen de te onderzoeken problematiek (Migchelbrink, 2007b).

5.2 Oriëntatiefase

Een groot deel van de oriëntatiefase gebeurde tijdens de stageperiode op Fioretti. De onderzoeker leerde de manier van werken, de visie van de instelling kennen en bouwde een relatie op met de werknemers. Bij het begin van het onderzoek was de werking van de instelling nog steeds dezelfde als toen ik vertrokken ben in augustus 2012. Zoals in de voorfase beschreven staat, stond de relatie-opbouw minder op de voorgrond; er was reeds geruime tijd contact tussen de onderzoeker en de andere betrokkenen. Voor de jongeren, betrokken bij het onderzoek, heb ik het onderzoek in een individueel gesprek met hun besproken. Door ook een vakantiejob te hebben gedaan als groepswerker, heb ik manier van werken met de jongeren ook op een andere manier beleefd dan als stagiaire muziektherapie.

Zoals reeds in de probleemstelling benoemd, kwam het denkkader van Došen steeds meer op de voorgrond te staan. Het was dan ook belangrijk voor de instelling dat dit denkkader geïntegreerd werd in alle behandelingsonderdelen van de kinderen, dus ook in creatieve therapie en meer specifiek voor dit onderzoek; de muziektherapie. Algemeen kan gesteld worden dat dit denkkader werd doorgevoerd in de instelling; er werd steeds nagegaan op welk niveau het kind functioneerde en daaraan werd een gerichte behandelwijze (reactie) gekoppeld. Echter, in de muziektherapie werd deze koppeling nog niet gemaakt. Er werd vooral gewerkt vanuit vrije improvisaties. Zoals aangegeven is het doel van dit onderzoek dan ook de eerste stappen te zetten in de richting van deze koppeling.

Bij de start van het onderzoek vertrok ik met de intentie om werkvormen en interventies in de muziektherapie te ontwikkelen, waardoor ik als therapeut een betere aansluiting kan vinden in de verschillende Došen niveaus. Door het voeren van formele en informele gesprekken met de betrokken groepsleden –de co-creator en de muziektherapeut – heb ik me georiënteerd op het probleem. Het resultaat van deze gesprekken was dat ik als onderzoeker meer inzicht kreeg over hoe ik het onderzoek kon voeren en hoe de onderzoeksvraag zo verfijnd en genuanceerd mogelijk geformuleerd kon worden. Omwille van de doelgroep en de limitering in tijd heb ik mij tijdens het onderzoek vooral geconcentreerd op het afstemmen aan de interventies voor cliënten gesitueerd op de eerste twee niveaus van Došen. De resultaten van het onderzoek dragen bij aan een duidelijker methodisch handelen in de muziektherapie voor deze doelgroep. Tevens ontstaat er in Fioretti een nog meer geïntegreerde aanpak met het werken rond het referentiekader van Anton Došen. Het waarom, en hoe de afbakening van de vraagstelling in zijn werk gegaan is wordt later beschreven in de procesevaluatie. In wat volgt wordt er dieper in gegaan op de diagnostische fase.

Hoofdstuk 6: Diagnostische fase

Na de oriëntatiefase was de volgende stap het opstellen van een gemeenschappelijke diagnose. De diagnose is een gezamenlijk oordeel, waarin vastgelegd wordt wat er volgens alle betrokkenen aan de hand is (Migchelbrink, 2007b). Het uitgangspunt van de diagnose ontstaat uit de kennis en ervaringen van de betrokkenen. Aldus werd er getracht om gezamenlijk vanuit een zo groot mogelijk aantal invalshoeken “de verschillende aspecten van de bestaande uitgangssituatie diepgaand te exploreren” (Migchelbrink, 2007b). Om tot deze gemeenschappelijke diagnose te komen was het noodzakelijk om een copieuze hoeveelheid aan kennis te verzamelen over het uitgangsprobleem. Het verzamelen van kennis gebeurde via 1) het samenzitten met de co-creator en muziektherapeut; 2) de kennismakingssessies met de cliënten; 3) participerende observatie; en tenslotte 4) video opname van de sessies en reflectie hierop volgens het model van Korthage (Migchelbrink, 2007b). Hieronder volgt een uiteenzetting van elk van deze elementen.

1. In de eerste plaats werd er samen gezeten met de co-creator en de muziektherapeut om hun visie en mening te horen over het uitgangsprobleem. Op basis van dit gezamenlijke gesprek werden er afspraken gemaakt, werd de diagnose verdiept en aangevuld waar nodig. Met andere woorden, de betrokkenen en de onderzoeker hebben in dialoog met elkaar de problematiek zodanig geëxploreerd totdat de situatie volgens alle betrokkenen voldoende uitgelegd is (Migchelbrink, 2007b).
2. Tevens werd het onderzoek gestart via twee ‘kennismakingssessies’. Deze sessies duurden drie kwartier en werden, per kind, één maal per week gehouden en dit gedurende twee weken.
3. Tevens werd de techniek van participerende observatie toegepast (Migchelbrink, 2007b). Het is belangrijk om tijdens deze fase te vermelden dat de aanwezige muziektherapeut van deze jongeren bij mijn aankomst in de instelling op tijdskrediet ging. Dit betekent dat ik op dat moment zowel de vervangende muziektherapeut alsook de onderzoeker werd. Opdat de jongeren konden wennen aan die nieuwe therapeut en de nieuwe situatie was het van belang dat deze overgang zo geleidelijk mogelijk werd gemaakt. Om dit te bekomen maakte ik als onderzoeker gebruik van participerende observatie (Migchelbrink, 2007b). Participerende observatie betekende in praktijk dat ik deelnam aan de dagelijkse activiteiten, therapieën en het aanknopen van praatjes. Op deze manier kreeg ik inzicht in voor het onderzoek interessante gedragingen, interacties, houdingen, ervaringen en sociale relaties. Zoals Ferdie Migchelbrink (2007b) beschreef, heeft de onderzoeker vooraf meestal geen of slechts globale aandachtspunten. Het open karakter van deze techniek maakt het mogelijk om een natuurgetrouw beeld te krijgen van de beleavingswereld van de betrokkenen.
4. Echter, de participant observatie en de gesprekken werden aangevuld door middel van een andere techniek. Met als doel om een zo correct en concreet mogelijke weergave van de werkelijkheid te kunnen geven, werden de sessies tijdens het onderzoek vastgelegd op video. Hierdoor werd de objectieve informatie begrepen vanuit een groter aantal invalshoeken en konden de co-creator en de onderzoeker gezamenlijk reflecteren over wat er gebeurde tijdens de sessies. Zoals aangehaald door Migchelbrink is reflectie “een proces van denken over en interpreteren van ervaringen met als doel het eigen handelen beter te doorgronden en hiervan te leren” (Migchelbrink, 2007b, p. 171). Om deze reflectie goed te laten verlopen werd er gebruik gemaakt van het reflectiemodel volgens Korthagen (Migchelbrink, 2007b). Het model van Korthagen is een cyclisch reflectiemodel dat werkt volgens vijf steeds wederkerige stappen. In de eerste stap wordt er een ervaring gekozen, in de tweede stap wordt er teruggekeken, naar wat er precies gebeurt is. De derde stap is een stap waarin de bewustwording van essentiële aspecten centraal staat. Daarop volgt de vierde stap, in de vierde stap worden er alternatieven ontwikkeld voor de aanpak. Als laatste is er de vijfde stap, in deze stap wordt een nieuwe situatie uitgeprobeerd. Op de vijfde stap volgt dan opnieuw de eerste stap (zie bijlage 4: “reflectiecyclus volgens Korthagen”).
 - a.) De eerste stap volgens Korthagen was het kiezen van een ervaring waarop gereflecteerd moet worden. In dit onderzoek bestond 'de ervaring' uit de video's en de gedragingen die tijdens de sessies waargenomen werden. Het observeren van de gedragingen in video-opnames wordt een indirecte externe observatie genoemd (Migchelbrink, 2007b).
 - b.) In de tweede stap werd er teruggekeken; “*wat is er precies gebeurd?*”. Bij het observeren werd er extra aandacht besteed aan twee voor het onderzoek belangrijke vraagstellingen. De eerste vraagstelling was “*wat valt er op? Wat springt er uit?*”. Het antwoord hierop kon bij de cliënt zowel verbaal als non-verbaal zijn. Als leidraad tijdens de observatie werd er gebruik gemaakt van een observatie schema (zie bijlage 5: “Observatieschema”). Dit observatie schema verhoogde de kans zo objectief mogelijk te observeren doordat feit en interpretatie gescheiden werd gehouden en ook als dusdanig werd benoemt. Het tweede vraagstelling werd gecentreerd rond de actie van de therapeut: “*Wat deed ik als therapeut? Had dit invloed op het gedrag van de kinderen?*”. Om deze vragen zo

objectief mogelijk te beantwoorden werd er geobserveerd vanuit de interventie technieken van Bruscia (Bruscia, 1987). Er werd geobserveerd welke technieken ingezet werden en wat het effect van deze technieken was. Hierbij werd er ook een duidelijk onderscheid gemaakt tussen feit en interpretatie. c.) Als derde stap was de bewustwording belangrijk. Bij de bewustwording werd er nagegaan wat de mogelijke verklaringen konden zijn voor het verloop van de sessies: “wat was de oorzaak, wat zouden we anders gewild hebben” (Migchelbrink, 2007b, p. 244). Tijdens deze derde stap werd het gaandeweg duidelijk dat veel externe beïnvloeding was tijdens de sessies. Deze externe invloeden waren onder meer de omgeving, mogelijke angsten (om beloning niet te krijgen), de aanwezigheid van nieuwe instrumenten (afleiding), invloed van de camera (externe prikkel en afleiding), mogelijke verwachtingen, ouders die op bezoek komen en dergelijke meer. d.) In de vierde fase wordt er gebrainstormd over mogelijke alternatieven voor de aanpak. In deze fase gingen de co-creator en de onderzoeker steeds samen op zoek naar alternatieve ideeën om de sessies beter te laten verlopen. Deze alternatieven hadden betrekking op het inzetten van andere of meerdere interventies en het verminderen van externe beïnvloeding. e.) Tijdens de vijfde stap tenslotte werden deze alternatieven uitgetoetst in een nieuwe sessie. Belangrijk hierbij is te vermelden dat dit niet gebeurde tijdens de diagnostische fase maar dat dit als een logisch gevolg voortvloeide uit de voorgaande stappen.

Samenvattend, door de analyse van en de reflectie op de videofragmenten, de gemeenschappelijke gesprekken en de gezamenlijke reflectie zal er steeds opnieuw tot een gezamenlijke diagnose gekomen worden.

Hoofdstuk 7: Ontwikkelfase

Bij de ontwikkelfase staat het maken van een plan voor het verbeteren van de bestaande situaties en het huidige handelen voorop. Op basis van de diagnose werden ideeën voor verbetering verzameld in een dialoog tussen onderzoeker en betrokkenen. De uitvoering daarvan werd voorbereid en gepland (Migchelbrink, 2007b). Dus, aan de hand van de conclusies die ontstonden en rekening houdend met het ontwikkelingsniveau en de speciale noden van het kind, werden steeds nieuwe interventies aangebracht. Zoals aangegeven in de probleemstelling werden deze interventies gebaseerd op de improvisatie technieken van Bruscia (Bruscia, 1987). Na het opstellen en uitvoeren van deze technieken werd hierop steeds gereflecteerd. Door het uitvoeren en filmen van deze sessies ontstond er steeds nieuwe data. Deze data werd geëvalueerd en vanuit deze evaluatie en reflectie werden nieuwe technieken ingezet. Dit betekende dat het opstellen, uitvoeren en reflecteren een cirkel proces was dat in de loop van het onderzoek steeds herhaald werd. In dit hoofdstuk wordt weergegeven hoe het project gerealiseerd is, wat mijn rol als onderzoeker was en hoe de data tijdens het onderzoek werd vastgelegd.

7.1 Realisatie van het project

Het onderzoek begon, zoals beschreven in de diagnostische fase, met twee kennismakingssessies. Deze sessies markeerde de datavastlegging en daarmee het begin van het onderzoek. Zoals aangegeven werden de video opnames geanalyseerd aan de hand van reflectie en observatie schema's. Deze analyse werd gemaakt in samenwerking met het netwerkteam dat voornamelijk bestond uit de co-creator en de onderzoeker. Aan de hand van de conclusies die hier ontstonden en rekening houdend met het ontwikkelingsniveau en de speciale noden van het kind, werden steeds nieuwe interventies aangebracht. Zoals aangegeven werd er constant nieuwe data gegenereerd dewelke steeds om nieuwe analyse, reflectie, aanpassing/zoeken naar alternatieven, nieuwe opstelling en uitvoeringen vroeg. Dit betekent dat de ontwikkelingsfase, de actiefase en de evaluatiefase erg samen horen en elkaar steeds snel opvolgden.

Voor het onderzoek was het aanvankelijk de bedoeling dat er met vier kinderen zou gewerkt worden. Deze kinderen werden geselecteerd in samenspraak met de co-creator, de vorige muziektherapeut en de afdelingsarts. De criteria voor deze selectie waren enerzijds het ontwikkelingsniveau van de cliënten en anderzijds hun verblijfperiode in Fioretti. De participanten moesten zich respectievelijk situeren in ofwel Došen 1 ofwel Došen 2 en gedurende de hele periode van het onderzoek aanwezig zijn in de instelling. Echter, uiteindelijk namen slechts drie participanten deel aan het onderzoek daar één van de geselecteerde jongeren niet wou deelnemen aan het onderzoek. In samenspraak met de afdelingsarts en de co-creator werd dan ook beslist om hem niet te betrekken en het onderzoek te concentreren op de andere drie. In samenspraak met de co-creator werd beslist dat de onderzoeker de geselecteerde jongeren één maal per week zag en dit gedurende een half uur tot drie kwartier.

Het was de bedoeling dat het onderzoek van start ging tijdens de week van 25 februari 2013. Echter, doordat deze week samen viel met het afscheid van de muziektherapeut werd besloten dat dit te zwaar zou zijn voor de jongeren. Het onderzoek werd gestart in de week van 4 maart 2013. Het praktijk onderzoek heeft tot en met de week van 22 april 2013 plaatsgevonden. Een van de drie geselecteerde jongeren heeft vroeger afgehaakt met het onderzoek. Deze participant maakte een moeilijke periode door en was bijgevolg erg opzoek was naar wederzijds vertrouwen. Dit zorgde ervoor dat de jongere niet meer mee wou gaan naar het muzieklokaal. Omdat het niet mogelijk was om de cliënt therapie aan te bieden op een alternatieve locatie besloot de participant niet langer deel te nemen.

7.2 Rol van de onderzoeker

Zoals in de oriëntatiefase beschreven was de onderzoeker tijdens het onderzoek zowel de probleemdager alsook de centrale actor van dit onderzoek. Dit was het geval omdat ik het initiatief genomen heb om het probleem/ de vraag via actieonderzoek aan te pakken. Concreet betekende dit dat ik tijdens het onderzoek zowel de onderzoeker als uitvoerder (therapeut) ben. Doordat ik tijdens de het onderzoek ook functioneerde als de vervangende therapeut van deze leefgroep was mijn rol tijdens het onderzoek dubbel. De betrokkenen waren op de hoogte van het onderzoek, maar tijdens de sessies waren zij nog steeds de cliënten zoals ze anders zouden geweest zijn. Voor mij als onderzoeker was het gaandeweg soms moeilijk om hier een duidelijk onderscheid in te maken. Daarom werd er in samenspraak met de co-creator en begeleider gekozen om tijdens de sessies mijn rol als therapeut op te nemen. Doordat de sessies steeds gefilmd werden, kon ik nadien als onderzoeker de sessies analyseren. Dit gaf de meest betrouwbare resultaten. Het dragen van een dubbele rol heeft echter geen invloed gehad op de kwaliteit en betrouwbaarheid van het onderzoek. Verder was het belangrijk in mijn rol als onderzoeker om consequent mijn actienetwerk te contacteren en om structuur te vragen door middel van duidelijke, vaste afspraak momenten om samen te reflecteren. Door de betrouwbare en flexibele houding van mijn actoren werden deze momenten dan ook gerespecteerd en is het reflectieproces vlot verlopen.

7.3 Vastleggen van data

Het verzamelen van data gegevens is een belangrijk onderdeel van het onderzoek. In dit onderzoek werd data verzameld aan de hand van video opnames en een gestructureerde observatielijst. De dataverzamelingstechniek waar voornamelijk gebruik van werd gemaakt in dit onderzoek was indirecte, externe observatie door middel van video opnames. Zowel de sessies alsook de participerende observatie momenten werden vastgelegd op video. Op deze manier werd er een zo correct en concreet mogelijke weergave van de werkelijkheid gegeven. Door de videofragmenten te observeren, analyseren en evalueren volgden de diagnostische, ontwikkel- en actiefase elkaar snel op, ontstond steeds nieuwe informatie tijdens elke fase en was het bovendien mogelijk om steeds de meest relevante elementen te destilleren. Door eerst te inventariseren welke Bruscia technieken gebruikt werden en nadien te analyseren wat het effect was van deze Bruscia technieken werden de belangrijkste elementen van het onderzoek vastgelegd. Deze analyse gebeurde vervolgens steeds samen met de co-creator.

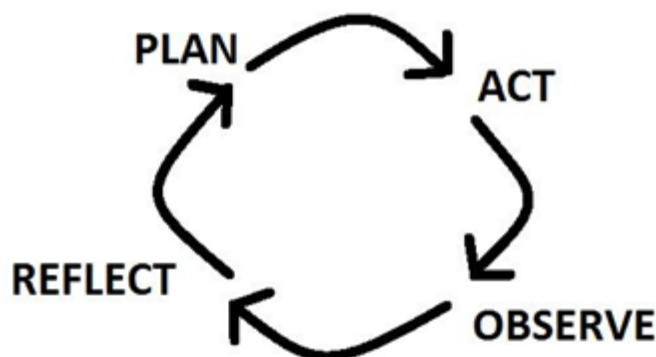
Daarnaast gebeurde de dataverzameling aan de hand van een gestructureerde observatielijst (Migchelbrink, 2007b). Doordat deze observatielijst er gedetailleerd was, creëerde de onderzoeker de mogelijkheid om een zo volledig mogelijk beeld van de situatie te scheppen. De observatielijst bevatte verder nog een open vraag voor opmerkingen of bedenkingen. Doordat de gestructureerde observatielijst had reeds een ordening, een rubricering bevatte, werd de analyse van de gegevens vergemakkelijkt. In wat volgt wordt er dieper ingegaan op de volgende fase, namelijk de actie en evaluatiefase.

Hoofdstuk 8: Actiefase

Het doel van de actie fase is het gemaakte (verbeter)plan in daden om te zetten en in tussentijd ook de voortgang van het onderzoek te volgen. Het plan en de uitvoering kunnen waar nodig eventueel bijgestuurd worden.

De actiefase volgde steeds snel op de diagnostische en de ontwikkelfase. De interventies die in de ontwikkelfase opgesteld werden, werden uitgevoerd en vervolgens werd nagegaan of deze het gewenste resultaat hadden. De actie – in dit geval het uitvoeren van de opgestelde interventies – werd steeds geobserveerd en geëvalueerd door het reflecteren over de video's. De voortgang en verandering werd geëvalueerd om vast te stellen of het gewenste resultaat bereikt werd. Indien dit

niet het geval was, werd er opnieuw gewerkt aan een diagnostische en ontwikkelfase. Deze manier van werken werd gebaseerd op het theoretische model voor actieonderzoek van McTaggart & Kemnis (1988); *The action research planner* (Migchelbrink, 2007b). Dit model is uitgewerkt aan de hand van uitgangspunten alsook verschillende fases en activiteiten. Het basisidee is dat de *professionals* gezamenlijk hun eigen praktijk onderzoeken teneinde die kritisch te benaderen en waar nodig geacht ook te verbeteren. Degenen die belang hebben bij de praktijk worden bij het onderzoek betrokken. In dit onderzoek zijn dit vooral de co-creator en de muziektherapeut. Het actieonderzoek wordt gepresenteerd als een spiraal van de activiteiten: 'plan'(interventies), 'act' (uitvoering van de interventies), 'observe' (het bekijken van de video), 'reflect' (reflecteren met de co-creator) (Migchelbrink, 2007b).



Afbeelding 1: Activiteitspiraal. Bron: Lieselotte Bosschaert

Deze spiraal wordt steeds snel achter elkaar herhaald en verbeterd. In een actiegericht onderzoek wordt er voortdurend geëvalueerd, en dit is in dit onderzoek ook zo geweest door het inlassen van de vele, regelmatige reflectiemomenten. Pas op het einde van het hele onderzoek was er een eindevaluatie. Deze eindevaluatie heeft plaatsgevonden op donderdag 23 mei 2013 samen met de muziektherapeut, de co-creator en de onderzoeker.

Hoofdstuk 9: Evaluatiefase

Het verloop van het onderzoeksproces heeft een belangrijke invloed op het eindresultaat, de eindconclusie van het onderzoek. Door dit te beschrijven wordt de lezer meegenomen in het traject van de onderzoeker bij het bedenken, uittesten en evalueren en vervolgens wordt het voor de lezer duidelijk waarom de onderzoeker bepaalde stappen/beslissingen genomen heeft. In wat volgt wordt de evaluatie fase beschreven aan de hand van een proces evaluatie en product evaluatie. Tijdens een proces evaluatie worden gegevens verzameld als een antwoord op de vragen rond de feitelijke uitvoering van het handelen. Het functioneren van de praktijk wordt onderzocht. Hierin worden de verschillende stappen en onderdelen van het handelen beschreven en beoordeeld (Migchelbrink, 2007b). In de product evaluatie wordt het feitelijk functioneren van de activiteit onderzocht (Migchelbrink, 2007b). In het onderstaande hoofdstuk wordt eerst de procesevaluatie en vervolgens de productevaluatie uitgeschreven. Het hoofdstuk wordt afgesloten door weer te geven hoe het onderzoek voldaan heeft aan de kwaliteitscriteria.

9.1 Procesevaluatie

Voor de procesevaluatie werd er gebruik gemaakt van de variant programma review. Een programmareview volgt en beschrijft de uitvoering van het handelen. De doelstelling van het maken van een dergelijke beschrijving is het bieden van inzicht in de mogelijkheden en beperkingen van het onderzoek, om vervolgens op grond daarvan tot een oordeel te komen (Migchelbrink, 2007b). Met andere woorden, wat volgt is een overzicht in tijd en ruimte en evaluatie van het onderzoeksproces. Het onderzoek zou normaal gesproken van start gegaan zijn op 25 februari 2013. Deze week viel echter samen met de laatste werkweek van de muziektherapeut Marieke Degryse, die op tijdskrediet ging. De onderzoeker zelf was de vervanger van M. Degryse en startte met deze vervanging op 1

maart 2013. Deze situatie van afscheid nemen van M. Degryse en wennen aan iemand nieuw was voor de kinderen erg zwaar. Daarom werd er in samenspraak met M. Degryse, de co-creator en de afdelingsarts beslist dat het goed zou zijn indien het onderzoek pas een week later begon (M. Degryse, H. Collie, A. Verpraet, persoonlijke communicatie 26 februari 2013). Op deze manier konden de kinderen wennen aan de nieuwe situatie en kregen ze de tijd om zich aan te passen. In deze eerste week werd dan ook voornamelijk geconcentreerd op enerzijds het in orde maken van de toestemmingsformulieren en anderzijds het vastleggen van welke jongeren in aanmerking kwamen voor het onderzoek. Dit gebeurde in samenspraak met het multidisciplinaire team dat bestond uit de co-creator, M. Degryse en de afdelingsarts. In deze week werd het onderzoek ook toegelicht op het assistenten overleg.

Vanaf 4 maart 2013 werd er gestart met het houden van de kennismakingssessies. Deze kennismakingssessies waren enerzijds bedoeld om de kinderen de ruimte te geven om zich aan te passen aan de nieuwe situatie en hen te laten wennen aan de nieuwe therapeut. Anderzijds was dit een moment voor de onderzoeker om te observeren waar de jongeren mee bezig zijn en hoe dit zich uit in de muziektherapie sessies.

Het was in eerste instantie de intentie om deze kennismakingssessies twee keer per week te houden, gedurende een half uur per sessie en dit twee weken. Al snel merkten de co-creator en de onderzoeker dat dit niet realiseerbaar was. Omdat de jongeren reeds een groot aanbod aan therapie per week krijgen en daarnaast nog op verschillende dagen naar school gaan was het praktisch gezien niet mogelijk was om nog extra momenten in te lassen. Tevens was er slechts één muzieklokaal ter beschikking en was het moeilijk deze extra momenten af te stemmen op de planning van de muziektherapeut in de kindergroep. Daarom werden de sessies één keer per week gehouden en dat gedurende drie kwartier.

Aan het begin van elke eerste sessie met de jongere werd deze meer informatie gegeven over het onderzoek. Tevens werd aan hen ook gevraagd of ze deel wouden uitmaken van het onderzoek en er werd gevraagd naar hun toestemming om te filmen. Bij drie van de vier geselecteerde jongeren verliep dit zonder problemen. De vierde jongere had hier meer moeite mee. Hij vond filmen erg beangstigend, wou niet deelnemen aan het onderzoek en weigerde vanaf dat moment nog om mee op therapie te komen. Deze weigering heeft enkele weken geduurd. In samenspraak met de co-creator en de afdelingsarts werd dan ook beslist om hem niet te betrekken in het onderzoek (H. Collie, A. Verpraet, persoonlijke communicatie, 19 maart 2013). Dit zorgde ervoor dat er slechts drie jongeren opgenomen werden als participant in het onderzoek, waarvan één cliënt op het eerste Došen niveau werd gesitueerd en twee op het tweede Došen niveau werden gesitueerd. Dit resulteerde in minder observaties en slechts één participant op het eerste Došen niveau. Bijgevolg werd de capaciteit tot het aanbieden van een representatief onderzoeksresultaat bemoeilijkt doordat het vergelijken van participanten en bevindingen voor het eerste Došen niveau onmogelijk werd.

De kennismakingssessies werden opgenomen op video. Elke vrijdag werd er samen gezeten met de co-creator om de beelden te evalueren. Met de observaties van de kennismakingssessies werd er vervolgens door de onderzoeker aan de slag gegaan om nieuwe therapeutische interventies in te zetten.

Na de kennismakingssessies hebben er nog zes sessies plaatsgevonden, dewelke ook één keer per week werden gehouden, gedurende drie kwartier. Na elke sessie werd er door de onderzoeker een eigen persoonlijke evaluatie neer geschreven. Opnieuw werden de beelden elke vrijdag gezamenlijk bekeken, doch individueel geobserveerd. Na de kennismakingssessies werd besloten om te observeren aan de hand van een observatieschema. De focus van de analyse was gericht op zeven thema's: 1) communicatie; 2) structuur; 3) emotie; 4) expressie; 4) concentratie; 5) ontspanning; en 6) contact. Dit zorgde ervoor dat de analyses objectief, consistent en systematisch waren, wat de transparantie van het onderzoek bevorderde.

Vanuit deze analyse werden er steeds nieuwe data verkregen. Deze data gaven nieuwe inzichten die dan konden ingezet worden. In dit onderzoek viel de ontwikkelingsfase, de actiefase en de evaluatiefase steeds samen in één week.

Het onderzoek verliep tijdens deze zes weken soms moeilijk. De therapiesessies vinden altijd plaats op hetzelfde moment van de week om zo duidelijkheid en structuur aan de jongeren te bieden. Doch, het gebeurde dat er ook andere activiteiten waren op het moment dat de therapie ingepland was. Bijvoorbeeld iemand die naar de dokter moet, een dag dat de jongere op dat moment bezoek had of de jongere in de rustkamer zat en dergelijke meer. Dit zorgde ervoor dat er een aantal keer veranderd werd van therapiemoment. Voor de jongere zorgde dit voor extra spanning, wat ook vervolgens invloed had op hun gedrag tijdens de sessie. Buiten spanning door een gebrek aan structuur, waren er nog andere externe factoren die het gedrag van de jongere konden beïnvloeden tijdens de sessies. Tijdens het onderzoek beïnvloedde onder meer het bezoek van ouders in de namiddag, de aanwezigheid van nieuwe muziekinstrumenten in het lokaal, de aanwezigheid van de camera (dit zorgde voor wantrouwen bij de jongeren op Došen 2 en voor een extra prikkel voor de jongere op Došen 1), de angst van de jongere dat hij/zij geen computermoment zou kunnen krijgen omdat er

iemand anders op de computer het gedrag van de cliënt. Deze externe factoren hadden een grote invloed op het gedrag van de jongeren en dit uitte zich in erg nerveuze, geprikkelde jongeren die zich onveilig voelden tijdens de sessie.

Een van de jongeren haakte enkele sessies voor het einde van het onderzoek af. Het was voor haar erg moeilijk om de overbrugging te maken naar het muziek lokaal. Eens de jongere in het muzieklokaal was, ontstond er opnieuw veiligheid, maar de weg daar naartoe was erg moeilijk. Op verschillende manieren werd getracht om dit op te lossen, onder meer door een groepswerker mee te laten gaan tot aan het muzieklokaal en vele gezamenlijke gesprekken te houden. Deze oplossingen werkten slechts tijdelijk. De laatste twee sessies van het onderzoek heeft de cliënt de sessies geweigerd. Dit heeft er voor gezorgd dat er voor één van beide cliënten in Došen 2 twee sessies minder zijn dan voor de andere cliënt.

Na afloop van het praktijkonderzoek moesten de resultaten geanalyseerd worden. Al snel merkten de co-creator en de onderzoeker dat we door te analyseren aan de hand van het observatieschema te weinig ruimte hadden gecreëerd om echt het effect van de interventie technieken te kunnen benoemen. Het was ook erg moeilijk om te bepalen hoe de resultaten dienden weergegeven te worden. Niettemin is de waarde van de analyses niet te onderschatten om per sessies de nieuwe aanpak te bepalen. Door samen met de muziektherapeut, de co-creator en de dramatherapeut in gesprek te gaan, werd er tot de gemeenschappelijke conclusie gekomen dat het onmogelijk was om te bepalen wat het muzikaal 'afstemmen' op de cliënt betekende (P. Elias, H. Collie, K. Dierinckx, persoonlijke communicatie, 29 april 2013). Zo wilden we het oogcontact 'meten' maar dat was onmogelijk omdat één van de jongeren, gezien zijn autistiforme kenmerken, geen oogcontact maakte. Ook de duur van het actieve spel was geen factor waarop gequoteerd kon worden omdat één van de jongere erg van receptieve muziektherapie hield. De individuele psychopathologie van elke jongere zorgde ervoor dat er geen consensus bepaald kon worden.

Om deze redenen werd gekozen om een beschrijvende analyse te maken van de vide opnames. Er werd systematisch geanalyseerd welke interventies toegepast werden en wat het respectievelijk effect hiervan was. Dit werd objectief beschreven, zonder interpretaties. De interpretaties werden wel in een aparte tabel bijgevoegd omdat deze erg relevant waren om nadien de koppeling te maken aan de theorie van Anton Došen.

Een voorbeeld van deze analyses werd bijgevoegd in de bijlage (zie bijlage 8: "Observatie voorbeelden"). Per cliënt werd één voorbeeld geïndexeerd.

9.2 Productevaluatie

Om een product evaluatie te kunnen houden moet het product, dit wil zeggen de resultaten, eerst geëvalueerd worden. Deze evaluatie heeft plaatsgevonden op donderdag 23 april 2013 en gebeurde in samenwerking met de co-creator en met de muziektherapeut.

Het doel van een product evaluatie is volgens Migchelbrink (2007b) het evalueren van de uitkomsten of de resultaten van het handelen. Hiervoor werd gebruik gemaakt van een open evaluatieverhaal (Migchelbrink, 2007b). Tijdens een open evaluatieverhaal vertelt de handelende actor zijn eigen verhaal over het nieuwe handelen. Hij of zij is aan het woord over zijn ervaring met het nieuwe handelen zonder dat dit door vragen of klemtonen in een bepaalde richting wordt gestuurd. De handelende actor wordt gevraagd om zo veel mogelijk in de eigen woorden zijn of haar gedachten, opvattingen, gevoelens, en ambities over het handelen weer te geven. De andere betrokkenen fungeren als vragen steller, doorvrager of stimulator (Migchelbrink, 2007b).

Op deze manier werd ook in dit onderzoek de product evaluatie uitgevoerd. De resultaten van het onderzoek werden voorgelegd aan de muziektherapeut en co-creator. Deze laatste was wel op de hoogte van de inhoud van de resultaten omdat ze deze samen met de onderzoeker geanalyseerd heeft.

De conclusies van dit gesprek waren de volgende:

Volgens de betrokkenen was het te verwachten dat er nog geen duidelijke rode draad te trekken was in het onderzoek. Er wordt hierbij verwezen naar de verscheidenheid en complexiteit van de doelgroep. Het onderzoek zou over een langere periode moeten gevoerd worden en er zou een grotere populatie aan het onderzoek moeten kunnen deelnemen om representatief te zijn en vervolgens generaliserende conclusies te kunnen trekken.

Desondanks het feit dat er met betrekking tot de eerste twee Došen niveaus nog geen veralgemening van de resultaten mogelijk kan zijn, dient het onderzoek als waardevol geëvalueerd te worden. De noodzaak van de link tussen muziektherapie en het ontwikkelingsdynamisch kader van Došen is onderkend en de eerste preliminaire stappen zijn gezet naar het praktisch en methodisch ontwikkelen van deze link. Uit de resultaten kan men ook concluderen dat werken met de interventietechnieken

van Bruscia (1987) een goede manier is om op muzikaal vlak aansluiting te vinden. Ook waardevol is dat dit onderzoek volgens de betrokkenen voor meer duidelijkheid over de moeilijkheid en het unieke karakter van de doelgroep heeft gezorgd. Tevens geeft ze meer vorm aan de muziektherapie bij deze doelgroep. Vervolgonderzoek met een bredere populatie zou zoals aangegeven erg waardevol kunnen zijn.

Om de kwaliteit van het product te garanderen moet er voldaan worden aan een aantal kwaliteitscriteria (Migchelbrink, 2007b). De gebruikte criteria worden hieronder beschreven en beargumenteerd.

1. Samenwerking

Onder de samenwerking verstaat men dat de beoogde samenwerking tussen de onderzoeker en de betrokkenen goed uit de verf komt (Migchelbrink, 2007b). Samenwerking is een erg belangrijk onderdeel van dit onderzoek geweest. In een actiegericht onderzoek wordt er steeds gewerkt met het actienetwerk, de betrokkenen van het onderzoek – de cliënten die deelnamen aan het onderzoek – en de instelling.

Deze samenwerking verliep over het algemeen optimaal. De instelling, Fioretti, was erg geïnteresseerd in het onderzoek. De onderzoeker kon gebruik maken van alle mogelijk middelen om het onderzoek tot een zo goed mogelijk einde te brengen. Tevens kon de onderzoeker steeds terecht met vragen, ook al waren deze individuen niet rechtstreeks betrokken met het onderzoek. De samenwerking tussen de co-creator en de onderzoeker liep erg vlot. De onderzoeker kon steeds terecht bij de co-creator met twijfels, ideeën en vragen. Tevens bleek de co-creator flexibel en actief betrokken bij het onderzoek. Dit resulteerde in een heldere en duidelijke communicatie. De samenwerking tussen de jongeren die deelnamen aan het onderzoek en de onderzoeker verliep iets moeilijker. Een van de jongere weigerde deelname uit angst en gebrek aan vertrouwen. Een andere participant haakte twee weken voor het einde van het onderzoek af. Dit zorgde voor een minder aantal deelnemers aan het onderzoek, waardoor er ook minder data kon worden verzameld.

2. Reflectie

Onder reflectie verstaat men een continue en interactieve reflectie als onderdeel van het veranderingsproces (Migchelbrink, 2007b).

Zoals reeds vermeld (zie supra) is reflectie een essentieel onderdeel van dit onderzoek geweest. Deze reflectie was gebaseerd op het cyclisch reflectie model van Korthagen.

Elke week werd er een vast moment voorzien waarin gezamenlijk gereflecteerd werd door de co-creator en de onderzoeker. Deze reflectie had betrekking op de verzamelde data, de verdere stappen die konden genomen worden, de ervaringen van de onderzoeker en tenslotte de evolutie van het onderzoek zelf. De reflectie vond daarnaast ook plaats met onder meer de muziektherapeut van de kindergroep. Deze therapeut, P. Elias, maakte op regelmatige basis ruimte voor een gesprek, waarin gereflecteerd werd over pijnpunten in het onderzoek. Indien de co-creator en de onderzoeker vastliepen op een bepaald punt kon ook dit altijd aan hem worden voorgelegd om extra inzicht te krijgen. Daarnaast kon de onderzoeker ook terecht bij andere leden van het therapeutische team. Deze gesprekken zorgden voor een waaiar aan waardevolle inzichten die een accumulatie aan informatie opleverden. Tenslotte werd er ook met de scriptiebegeleider, H. van den Born, gereflecteerd over de vooruitgang en inhoud van het onderzoek.

3. Kennisbronnen

Om te bepalen of er aan dit criteria voldaan werd in het onderzoek dient er te worden nagegaan of er gebruik gemaakt werd van meerdere, elkaar aanvullende kennisbronnen als systematisch onderzoek, ervaringskennis en alledaagse kennis (Migchelbrink, 2007b).

Tijdens het onderzoek is er hoofdzakelijk gebruik gemaakt van ervaringskennis, gegenereerd door zowel H. Collie en P. Elias, respectievelijk co-creator en muziektherapeut. In hoofdstuk 7: “de ontwikkelfase” wordt uitgebreid uitgelegd hoe de data voor dit onderzoek is verzameld en vastgelegd.

4. Bruikbaarheid

Onder de bruikbaarheid van een onderzoek verstaat men of de verzamelde informatie van betekenis is en bruikbaar is voor de dagelijkse handelingssituatie van de betrokkenen (Migchelbrink, 2007b). In hoofdstuk 12: “de discussie” wordt er uitgebreid in gegaan op de bruikbaarheid van het onderzoek.

In dit hoofdstuk wordt beschreven wat de aanbevelingen zijn voor de praktijk, voor de beroepsontwikkeling en voor een mogelijk vervolgonderzoek. Door deze aanbevelingen te beschrijven wordt de bruikbaarheid van het onderzoek duidelijk.

5. Transparantie

Zoals beschreven in de diagnostische fase is reflectie een belangrijk en steeds terugkerend onderdeel van het onderzoek geweest. Door vaak samen met het netwerk te reflecteren werden de stappen, doelen en methoden accuraat en tijdig bijgesteld, waardoor deze beter aansloten bij het handelingsprobleem. Door gebruik te maken van een observatieschema tijdens het analyseren van de data gebeurde de analyses consistent en systematisch. Dit bevorderde de transparantie van het onderzoek.

6. Kritische en zorgvuldige omgang met aannames

In een onderzoek is het belangrijk om kritisch en zorgvuldig om te gaan met aannames, interpretaties en verschillende gezichtspunten.

Zoals reeds vermeld zijn alle opnames vastgelegd op video. Door gebruik te maken van video-opnames kreeg de onderzoeker een zo waarheidsgetrouw en concreet mogelijke weergave van de werkelijkheid. Doordat de sessies vastgelegd werden kon er ook gemeenschappelijk geobserveerd worden. Deze observaties en reflecties werden vervolgens op papier vastgelegd. Indien er tijdens het observeren tegenstrijdige inzichten waren, werden deze beelden voorgelegd aan P. Elias om een extra visie te verkrijgen. Dit is ook een aantal keer gebeurd.

Tenslotte werd er tijdens het onderzoek veelvuldig gebruik gemaakt van reflectie. Dit heeft ervoor gezorgd dat er kritisch en zorgvuldig werd omgegaan met de aannames en interpretaties.

7. Verantwoording

Om te voldoen aan het kwaliteitscriterium van verantwoording moet het onderzoek in zijn reflecties kunnen onderbouwen en verantwoorden wat er in het actie onderzoekstraject gebeurde. De onderzoeker moet kunnen weergeven hoe hij het gebeuren in het actieonderzoek volgde, inschatten en weergeven wat het traject heeft opgeleverd (Migchelbrink, 2007b).

Deze verantwoording gebeurt in hoofdstuk 9: "de evaluatiefase". Daarin wordt er het onderzoek uitgebreid beschreven en geëvalueerd.

8. Betrouwbaarheid en validiteit

Omdat dit een kwalitatief onderzoek is, en er geen kwantitatieve elementen verwerkt werden in het onderzoek zijn de kwaliteitscriterium 'betrouwbaarheid' en 'validiteit' niet van toepassing op dit onderzoek (K. Poismans, persoonlijke communicatie, 15 januari 2013).

Hoofdstuk 10: Resultaten

In de instelling wordt er gebruik gemaakt van het ontwikkelingsdynamische model van Anton Došen. Tijdens het verblijf van de jongeren, na een observatieperiode, wordt er met het multidisciplinair team samengezeten en wordt het ontwikkelingsniveau van de jongere bepaald. Voor het onderzoek heb ik mij gebaseerd op dit reeds ingeschatte ontwikkelingsniveau. Belangrijk om hierbij te vermelden is dat het niveau waarop de jongere geschat wordt, het niveau is waarop deze het vaakst functioneert. Dit betekent dat de jongeren ook pieken en dalen op andere niveaus heeft en dus nooit volledig en altijd binnen één niveau functioneert.

In het boek *"Emotionele ontwikkeling bij mensen met een verstandelijk beperking"* (Claes et al., 2012) is er vanuit het ontwikkelingsdynamische model van Anton Došen, een vertaling gemaakt naar de ondersteuningspraktijk (zie bijlage 6: van ondersteuning naar begeleiding). In dit werk worden de basale emotionele noden van de cliënt per fase weergegeven. Hierdoor wordt duidelijk wat kenmerkend is voor elke fase en welke accentverschillen er zijn voor de ondersteuning van mensen met een verstandelijke beperking. Aan de hand van vier pijlers is er een schema ontstaan dat gehanteerd kan worden bij de ondersteuning van een jongere met een verstandelijke beperking. Om de resultaten volledig en gestructureerd weer te geven heb ik me gebaseerd op dit schema.

Tijdens het onderzoek werd aan de hand van de Bruscia technieken getracht om tegemoet te komen aan deze ondersteuning.

Doordat het onderzoek gelimiteerd was in tijd was het onmogelijk om een meetinstrument te maken waardoor het effect objectief werd gemeten. Toch is er met dit onderzoek een start gemaakt naar de link tussen de eerste twee fasen in het ontwikkelingsdynamische model en de muziektherapie aan de hand van de Bruscia technieken.

Om de resultaten zo waarheidsgetrouw mogelijk weer te geven werden alle observaties gedaan door zowel de co-creator als de onderzoeker. Samen werden de video opnames geanalyseerd en werd er geïnventariseerd welke Bruscia technieken werden toegepast. Er werd nagegaan welke technieken een effect hadden op het functioneren van de jongere en zo al dan niet aansloten bij de emotionele noden.

Doordat het indelen van een jongere in een bepaald ontwikkelingsniveau gedaan wordt door een multidisciplinair team, is deze indeling een interpretatie van het team.

Dit, en zowel het feit dat de resultaten niet geanalyseerd werden aan de hand van een kwantitatief meetinstrument betekent dat er in de resultatenanalyse mogelijks gebruik gemaakt werd van interpretaties.

De effecten van de Bruscia technieken op de cliënt worden beknopt weergegeven.

In de discussie wordt er dieper ingegaan op hoe deze technieken gedurende vorm gekregen hebben. In de bijlage (zie bijlage 8: "observatie voorbeelden") wordt er een voorbeeld gegeven van één sessie per cliënt.

De resultaten worden schematisch weergegeven (zie tabel 4 tot en met 8). In de linkse kolom bevinden zich steeds de kernwoorden vanuit het ontwikkelingsdynamische kader van Došen. In de middelste kolom worden de Bruscia technieken weergegeven die aansluiting vonden op deze kernwoorden. Deze aansluiting en de effecten hiervan wordt verder in de tekst uitgelegd. In de laatste kolom geef ik een korte verklaring weer van de ingezette Bruscia techniek.

Het is belangrijk dat de begrippen vanuit de ondersteuning, duidelijk en goed verklaart worden. Deze zijn daarom bijgevoegd in de bijlage (zie bijlage 7: "begrippen").

10.1 Došen 1

Tijdens het onderzoek was er maar één cliënt die in aanmerking kwam om te observeren in het eerste ontwikkelingsniveau.

10.1.1 Pijler 1: Afstand en nabijheid

Tabel 4: Došen 1: Afstand en nabijheid

Ondersteuning gebaseerd op het ontwikkelingsdynamische kader van Došen (Claes et al., 2012, p. 70)	Improvisatie technieken volgens Bruscia (1987)	Korte verklaring van de ingezette Bruscia techniek (1987)
- We- Dentity - Onvoorwaardelijk waarderende/gelijkwaardige relatie - Nabijheid en responsiviteit - Grote beschikbaarheid - Samen ZIJN - Affectieve synchronisatie - Alert voor tempo, signalen - Reguleren naar minimaal evenwicht	Pacing	De therapeut stemt overeen met het energieniveau van de cliënt, door gebruik te maken van dezelfde dynamiek en snelheid
	Reinforcing	De therapeut beloont de cliënt of trekt de beloning in teneinde een bepaald gedrag of bepaalde eigenschap te doen toenemen of te doen afnemen
	Giving	De therapeut biedt de cliënt een geschenk aan, geeft hem/haar iets. Bv. Een muziekstuk uitvoeren, een instrument aanreiken, een partituur maken voor,...
	Soliloquies	De therapeut improviseert een lied alsof hij/zij tegen zichzelf praat over de cliënt

Pacing: Gezien de psychopathologie van deze cliënt, het zichzelf niet kunnen begrenzen noch controleren, was het aanvankelijk niet passend om deze techniek te gebruiken. De cliënt moest in eerste instantie begrensd en naar een lager energie niveau gebracht worden.

Zodra deze begrenzing geïnternaliseerd werd was het wel mogelijk om pacing toe te passen. Er ontstond steeds meer gezamenlijkheid in het spel waardoor het mogelijk was om op het energie

niveau af te stemmen en te spelen vanuit *WE-Dentity*. Dit merkte de cliënt op en reageerde hier positief op door te lachen en een duidelijk vermeerderd oogcontact.

Reinforcing: De vele verbale ondersteuning zorgde ervoor dat de cliënt gemotiveerd en geconcentreerd bleef, om deel te blijven nemen aan de spelvormen. De cliënt kreeg na de sessie steeds een kwartier computertijd als beloning aangeboden. Het volhouden van een sessie van drie kwartier was anders niet haalbaar.

Giving: Bij de jongeren die functioneren in het eerste Došen niveau is het belangrijk dat er voldaan wordt aan hun behoeften. Dit vergroot het samen zijn en dus de *WE-Dentity*. Doordat de therapeut werkt vanuit een samen zijn, wordt zijn beschikbaarheid voor de cliënt vergroot. De therapeut kan alert reageren op signalen die de cliënt hem geeft. Omdat de therapeut tegemoet kwam aan de wens en hierdoor reageerde op het signaal van de cliënt was het voor deze mogelijk om nadien meer betrokken deel te nemen aan de sessie. Dit resulteerde in meer contact tussen de therapeut en de cliënt. Door deze techniek in te zetten werd er ruimte geboden aan de cliënt om op zoek te gaan naar nabijheid. Het begin van een onvoorwaardelijke waarderende relatie ontstond. Dit was bij de cliënt vooral zichtbaar doordat deze fysieke nabijheid ging opzoeken door dichterbij de therapeut te gaan zitten en haar aan te kijken. Daarnaast betrok de cliënt de therapeut steeds meer in haar eigen leefwereld.

Soliloquies: Door het bezingen van persoonlijk kenmerken van de cliënt wordt de eigen bewustwording gestimuleerd. Dit was waarneembaar doordat de cliënt gericht keek naar zichzelf. Er ontstaat tijdens het zingen meer oogcontact, ze lacht en er ontstaat uiteindelijk een samenspel. Het stimuleren van de bewustwording is bevorderlijk voor het ontwikkelen van een eigen identiteit. Dit is een stap naar een hoger Došen niveau.

Opmerkingen:

Bij de ondersteuning van jongeren in de eerste fase is het belangrijk om alert te zijn voor de signalen die zij non-verbaal uitzenden (Claes, et al., 2012). Deze cliënt vervalt in stereotiep spel wanneer ze vrij en zelfstandig mag improviseren. Dit wijst op een aanpak in een te hoog ontwikkelingsniveau vermits er op Došen 1 nog geen sprake is van *I-dentity*. Het spelen vanuit een *WE-dentity* is erg belangrijk bij jongeren die zich situeren in een laag Došen niveau. Daarom werd dit begrensd doordat de therapeut het spel overnam en terug ging naar een spel met vaste vormen. In de discussie (zie infra) wordt hier nog verder op ingegaan (zie paragraaf 11.2.3.4 "Structurende technieken")

10.1.2 Pijler 2: Structuur en grenzen

Tabel 5: Došen 1: Structuur en grenzen

Ondersteuning gebaseerd op het ontwikkelingsdynamische kader van Došen (Claes et al., 2012, p. 70)	Improvisatie technieken volgens Bruscia (1987)	Korte verklaring van de ingezette Bruscia techniek (1987)
- Basisveiligheid bieden door structuur in tijd en ruimte: voorspelbaarheid en herkenbaarheid - Regelmaat - Duidelijkheid - Begrenzen door overnemen, lichamelijke nabijheid.	Enabling	De therapeut geeft de cliënt opdrachten, demonstraties, fysieke hulp of technisch advies. <i>Enabling</i> is in dit onderzoek gebruikt als muzikale interventie techniek
	Shaping	In een muzikale context helpt de therapeut de cliënt de lengte en de vorm van een compleet muzikaal idee te bepalen. <i>Shaping</i> is in dit onderzoek zowel als verbale en muzikale interventie techniek gebruikt
	Symbolizing	De therapeut laat de cliënt iets muzikaals associëren met iets buiten-muzikaals, of vice-versa. <i>Symbolizing</i> is in dit onderzoek zowel als verbale en muzikale interventie techniek gebruikt
	Intervening	De therapeut onderbreekt of geeft een andere richting aan de fixaties,

	volharding of stereotypen, die in de muziek, beweging, acties of bewoordingen van de cliënt tot uiting komen <i>Intervening</i> is in dit onderzoek zowel als verbale en fysieke interventie techniek gebruikt
Modelling	De therapeut presenteert of demonstreert de cliënt een doelgedrag, kwaliteit, gevoel, trek (eigenschap) om na te streven. Modelling is in dit onderzoek als muzikale interventie techniek gebruikt
Conducting	De improvisatie wordt geleid door één individu met bijvoorbeeld expressieve gebaren, muzikale symbolen, mondelinge boodschappen of andere tekens

Enabling: Het geven van instructies is heel belangrijk op een Došen 1 niveau. Het zorgt voor de basis veiligheid. Dit doordat het geven van instructies structuur in tijd en ruimte creëert. Daarnaast zorgt het voor voorspelbaarheid en duidelijkheid. Bij deze cliënt was het noodzakelijk om duidelijk te maken wat er van haar verwacht werd. In eerste instantie luisterde ze hier niet naar en reageerde ze op elke prikkel van buiten af. Door constant instructies te blijven geven en door de externe prikkels te verminderen was de cliënt beter in staat zich richten op de opdrachten. Gaandeweg in de sessies vroeg de cliënt zelf meer uitleg en duidelijkheid. Zij zelf had hier nood aan om optimaal te kunnen functioneren.

Shaping: Door als therapeut de cliënt te helpen met het beginnen, afronden en opbouwen van een spel ontstaat er structuur in tijd en ruimte. Deze structuur biedt de cliënt een basisveiligheid. Het is voor de cliënt in Došen 1 onmogelijk om zelf te structureren en deze is hiervoor afhankelijk van de therapeut. Bij deze cliënt was vooral het afronden van een spel erg moeilijk en vereiste dit extra ondersteuning. Het afronden van een spelvorm werd eerst fysiek aangegeven, doordat de therapeut haar hand op de schouder van de cliënt legde. De cliënt kon bij dit signaal niet onmiddellijk afronden. Door enerzijds het spel te ondersteunen met tekeningen (visualisatie) en anderzijds nog steeds fysiek het afronden aan te geven, lukte het de cliënt steeds beter om af te ronden. Als laatste werd de lengte van een spel bepaald door het spelen van een gekend lied, 'Broeder Jakob'. Dit zorgde voor voorspelbaarheid en duidelijkheid in de structuur bij de cliënt. Daardoor werd het spel steeds beter afgerond en gaandeweg ook de overgang tussen spelen in steeds vlotter gemaakt.

Symbolizing: Door de verschillende manieren van spelen te koppelen aan een bepaald dier werd de speelwijze duidelijker. Zo werd bijvoorbeeld een 'stil spel' gekoppeld aan een muisje, terwijl een 'hard spel' geassocieerd werd met een leeuw. De cliënt heeft zelf deze koppeling gemaakt naar dieren die voor haar pasten bij de manier van spelen. Door steeds gebruik te maken van deze vier dieren ontstond er regelmaat en voorspelbaarheid in het spel. Vermits de cliënt de dieren zelf gekozen heeft, ontstaat er voor haar herkenbaarheid. Nadien, bij het inleiden van twee nieuwe dieren merkte de cliënt dit op en koppelt hier onmiddellijk een speelwijze aan. Ze deed deze ook fysiek voor door bij de speelwijze van de kikker mee te huppen, op haar stoel, als een kikker. De kikker stond voor 'staccato' en 'kort spel'.

Intervening: *Intervening* was bij deze cliënt erg belangrijk. Het begrenzen van de cliënt was noodzakelijk om haar aandacht te richten op het spel. Deze begrenzing gebeurde vooral verbaal en fysiek. Het fysieke begrenzen werd vooral gedaan door haar aan te raken en oogcontact op te zoeken. Het verbale begrenzen uitte zich vooral in afspraken herhalen, duidelijkheid bieden en soms ook dingen weigeren. In de eerste sessies moest de therapeut dit heel vaak toepassen, vaak zonder effect. Gaandeweg de sessies werd dit steeds beter en had de cliënt er wel oor voor. De noodzakelijkheid aan begrenzen is onder meer te koppelen aan de pathologie van de cliënt.

Modelling: Door het geven van voorbeelden bood de therapeut de cliënt duidelijkheid en variatie aan in de manier van spelen. Dit kon gaan van hoe de cliënt het instrument vasthield tot voordoen hoe 'Broeder Jakob' gespeeld werd. De cliënt maakte daar gebruik van en deed deze voorbeelden na.

Door het geven van voorbeelden stimuleert de therapeut de basale veiligheid van de cliënt. Deze hoefde zich zo geen zorgen te maken over hoe ze kan spelen.

Conducting: Tijdens de eerste therapie sessies werden de spelvormen geleid door de therapeut. De therapeut besliste welke speelwijze er gebruikt werd. Echter, deze beslissing zorgde voor frustratie bij de cliënt. Nadien werd er afgewisseld door de therapeut en cliënt, wat iets beter aanvaard werd door de cliënt, maar het bleef voor haar moeilijk om speelwijzen van de therapeut te aanvaarden. Door deze bepaling buiten de therapeut en cliënt om te leggen werd er veiligheid en voorspelbaarheid gecreëerd. Dit werd gedaan door gebruik te maken van visuele tekeningen waar de dieren op stonden. De kaartjes werden in een willekeurige volgorde gelegd, en dan tijdens het spelen één voor één omgedraaid. Dit omdraaien gebeurde door de cliënt.

10.1.3 Pijler 3: Activiteiten

Tabel 6: Došen 1: Activiteiten

Ondersteuning gebaseerd op het ontwikkelingsdynamische kader van Došen (Claes et al., 2012, p. 71)	Improvisatie technieken volgens Bruscia (1987)	Korte verklaring van de ingezette Bruscia techniek (1987)
- Prikkeldosering (verarming ≠ leegte) - Nauwgezette observatie - Omgeving aanpassen - Flexibel evenwicht tussen rust/ontspanning en inspanning SAMEN ZIJN > ALLEEN DOEN	Calming	Als de therapeut met de cliënt improviseert, ontspant hij de muziek door de dynamiek en het tempo op een gemiddeld niveau te houden, ritme en melodie eenvoudig en met veel herhaling te brengen en de frasen neerwaarts te laten lopen om zo spanning los te maken. <i>Calming</i> is in dit onderzoek als muzikale, verbale en fysieke interventie techniek gebruikt
	Intensifying	Wanneer de therapeut met de cliënt improviseert, stimuleert hij de muziek door de dynamiek, het tempo, de ritmische spanning en/of de melodische spanning te verhogen. <i>Intensifying</i> is in dit onderzoek als muzikale, interventie techniek gebruikt

Calming: Gezien het hoge energieniveau van cliënt was het noodzakelijk om deze techniek toe te passen. Op deze manier ontstond er een balans in haar spel en kreeg ze meer controle over haar eigen handelen. Dit werd ook zichtbaar naarmate de sessies vorderden; de cliënt kon steeds genuanceerder spelen. Op deze manier werd de invloed van luide (externe) prikkels, die overspoelend waren voor de cliënt, minder bepalend. Door *calming* toe te passen werd er automatisch ook aan prikkeldosering gewerkt.

Intensifying: Het afwisselen tussen het luide spel, dat voor de cliënt aangenamer was, en het stille spel, was een goede oefening tussen inspanning en ontspanning. Daarnaast was het gecontroleerd spelen van het luide spel tijdens de eerste sessies erg moeilijk voor de cliënt. Gaandeweg ontstond er meer differentiatie in beide speelwijzen. Het luide spel van de cliënt was nog steeds luid, maar niet meer oorverdovend luid en bij het stille spel deed de cliënt haar best om zo stil mogelijk, soms zelfs bijna onhoorbaar te spelen.

10.1.4 Pijler 4: Communicatie

De vierde pijler van het schema "Van inschatting naar ondersteuning" is de pijler communicatie. Voor dit onderzoek is deze pijler weggelaten omdat de improvisatie technieken van Bruscia zich vooral toespitsen op non- verbale communicatie. De communicatie technieken die wel beschreven worden zijn voor deze doelgroep te hoog gegrepen. Het verwoorden van eigen emoties of het verantwoorden van gesteld gedrag is voor cliënten (zelfs cliënten met sterk verbale mogelijkheden) vaak zeer hoog gegrepen (Došen, 2010 in Claes et al., 2012). Daarom is er, in samenspraak met de co-creator beslist om deze pijler niet verder op te nemen in het onderzoek.

10.2 Došen 2

Bij het analyseren van de resultaten voor het tweede ontwikkelingsniveau heb ik me gebaseerd op twee jongeren die Beide jongeren worden geschat in Došen 2.

Om duidelijkheid te krijgen welke technieken aansluiting vinden op dit ontwikkelingsniveau werd er gekozen om de improvisatietechnieken met elkaar te vergelijken en enkel de technieken te beschrijven die bij beide toegepast zijn. Een uitzondering werd echter gemaakt voor twee technieken, “*giving*” en “*rehearsing*”. De reden daarvoor is dat deze technieken heel belangrijk waren tijdens de therapie van de cliënten. Opnieuw wordt er gebruik gemaakt van de pijlers van het hierboven vermelde schema.

10.2.1 Pijler 1: Afstand en nabijheid

Tabel 7: Došen 2: Afstand en nabijheid

Ondersteuning gebaseerd op het ontwikkelingsdynamische kader van Došen (Claes et al., 2012, p. 70)	Improvisatie technieken volgens Bruscia (1987)	Korte verklaring van de ingezette Bruscia techniek (1987)
- We-Dentity - Emotionele beschikbaarheid - ‘Te-betrouwenrelatie’ voor het emotioneel bijtanken - Nabijheid op afstand - Afstand helpen overbruggen door creatieve ‘trucjes’ - Transitioneel object - Holding & Containment	Intensifying	Wanneer de therapeut met de cliënt improviseert, stimuleert hij de muziek door de dynamiek, het tempo, de ritmische spanning en/of de melodische spanning te verhogen. <i>Intensifying</i> is in dit onderzoek als muzikale interventie techniek gebruikt
	Calming	Als de therapeut met de cliënt improviseert, ontspant hij de muziek door de dynamiek en het tempo op een gemiddeld niveau te houden, ritme en melodie eenvoudig en met veel herhaling te brengen en de frasen neerwaarts te laten lopen om zo spanning los te maken. <i>Calming</i> is in dit onderzoek als muzikale interventie techniek gebruikt
	Pacing	De therapeut stemt af op het energieniveau van de cliënt, door gebruik te maken van dezelfde dynamiek en snelheid. <i>Pacing</i> is in dit onderzoek als muzikale interventie techniek gebruikt
	Synchronizing	De therapeut doet op hetzelfde moment als wat de cliënt aan het doen is. De acties vallen samen. <i>Synchronizing</i> in dit onderzoek als muzikale interventie techniek gebruikt
	Reinforcing	De therapeut belooft de cliënt of trekt de beloning in teneinde een bepaald gedrag of bepaalde eigenschap te doen toenemen of te doen afnemen. <i>Reinforcing</i> is in dit onderzoek vooral als verbale interventie techniek gebruikt
	Giving	De therapeut biedt de cliënt een geschenk aan, geeft hem/haar iets. Bv. Een muziekstuk uitvoeren, een instrument aanreiken, een partituur maken voor,... <i>Giving</i> is in dit onderzoek als muzikale en verbale interventie techniek gebruikt

Intensifying: In dit kader is *intensifying* een techniek die toegepast werd om te werken aan vertrouwen. Bij de ene cliënt werd *intensifying* ingezet om het muzikaal spel van de cliënt opwindend en energie te geven. Door deze techniek in te zetten speelde de cliënt actiever mee en ontstond er ook spelplezier.

Het inzetten van *intensifying* kan hier gezien worden als een creatief 'trucje' om de afstand tussen de cliënt en de therapeut te verkleinen.

Bij de ander cliënt werd deze techniek ingezet om deze de gelegenheid te geven spanning op een aanvaardbare manier toe te laten. Deze techniek werd hoofdzakelijk receptief toegepast. De cliënt bewoog beduidend meer mee, de fysieke houding van de cliënt sloot aan bij de muziek. Dit waren de momenten wanneer de cliënt zijn ogen sloot. Hierdoor ontstond er nabijheid op afstand tussen de therapeut en de cliënt.

Calming: In beide gevallen werd *calming* ingezet om ontspanning te bereiken. Door *calming* in te zetten ontstond er voor de ene cliënt ruimte waarin deze, indien gewenst, kon aansluiten bij deze ontspanning. Bij de observaties werd ook duidelijk dat de cliënt het aansluiten deed door bijvoorbeeld het tempo van zijn slag te verminderen. De therapeut speelde in eerste instantie elke tel mee, gaandeweg verminderde dit door enkel nog de eerste en derde tel te spelen. De cliënt sloot bijna onmiddellijk aan op het vereenvoudigde spel.

Bij de andere cliënt werd *calming* vooral ingezet als de spanning, frustratie te hoog werd, zodat de cliënt niet vast liep in deze spanning maar kon aansluiten op een rustiger tempo.

Pacing: Door mee te gaan op het energie niveau van de cliënt ontstond er afstemming tussen beide. Tijdens *pacing* werd gespeeld vanuit een gezamenlijk spel en een duidelijke *WE-Identity*. Aan de non-verbale houding – lachen en het sluiten van de ogen – te zien voelden beide cliënten zich hierdoor ondersteund.

Synchronizing: Doordat de therapeut gelijktijdig en op hetzelfde moment speelde als de cliënt bood de therapeut nabijheid op afstand. Het gelijktijdig spelen kan een omarmend effect hebben. Dit omschrijft Došen ook als *holding* (Došen, 2010 in Claes et al., 2012). Bij beide cliënt had deze techniek effect: de ene cliënt merkte deze afstemming op en hij keek naar de handen van de therapeut. Zodra deze de *synchronizing* niet langer toepaste, haperde het spel van de cliënt. Bij de andere cliënt ontstond er meer oogcontact en kon men non-verbaal spelplezier aflezen (lachen).

Reinforcing: Het verbaal bevestigen en complimenteren van de cliënt in wat hij doet of hem belonen is een techniek die bij beide cliënten effect had. Dit terwijl het ontwikkelingsdynamische kader van Došen vooropstelt dat deze techniek pas toegepast dient te worden in het vierde ontwikkelingsniveau. Uit het onderzoek bleek dat deze techniek nu toch al ingezet kan worden om te werken aan een vertrouwensrelatie, en aan een *WE-Identity*. Bij de ene cliënt werd *reinforcing* vooral verbaal ingezet om deze gemotiveerd te houden en te bekrachtigen. Bij de andere cliënt kreeg *reinforcing* de vorm van een beloning. De cliënt kreeg na de sessie steeds een kwartier computertijd als beloning aangeboden. Het volhouden van een sessie van drie kwartier was anders niet haalbaar.

Giving: De techniek *giving* werd enkel in de sessies gebruikt met een van beide cliënten. Maar omdat het een heel belangrijke rol innam, werd er voor gekozen om deze techniek toch op te nemen in de resultaten. Verschillende sessies zijn begonnen met *giving*. De cliënt wou steeds naar het nummer 'Hallelujah' luisteren. Het spelen van dit nummer aan het begin van de sessies zorgde voor een omarmend kader waarin de cliënt zich veilig voelde, wat Došen als *holding* omschrijft (Došen, 2010 in Claes et al., 2012).

10.2.2 Pijler 2: Structuur en grenzen

Tabel 8: Došen 2: Structuur en grenzen

Ondersteuning gebaseerd op het ontwikkelingsdynamische kader van Došen (Claes et al., 2012, p. 70)	Improvisatie technieken volgens Bruscia (1987)	Korte verklaring van de ingezette Bruscia techniek (1987)
- Houvast door consequente, voorspelbare begeleider - Duidelijkheid en grenzen herhalen - Ondersteuning bij overgangen, helpen overbruggen - Preventief werken - Duidelijk en consequent begrenzen door overnemen, uit de situatie halen...	Enabling	De therapeut geeft de cliënt opdrachten, demonstraties, fysieke hulp of technisch advies <i>Enabling</i> is in dit onderzoek als muzikale en verbale interventie techniek gebruikt
	Rehearsing	De therapeut laat de cliënt of groep een deel of de gehele improvisatie instuderen

Enabling: Het geven van instructies kan de jongere duidelijkheid en grenzen bieden. Door het bieden van deze duidelijkheid kan er een veilig kader ontstaan waarin gewerkt kan worden.

Er viel een duidelijk verschil waar te nemen bij beide cliënten. De ene cliënt weigerde pertinent alle instructies die hem gegeven werden. Van daaruit werd beslist hem in volgende sessies geen opdrachten meer te geven. Wel werd *enabling* bij hem nog toegepast. Dit gebeurde door de cliënt ondersteuning te bieden in het bespelen van instrumenten, uitleggen hoe je de gitaar moet vasthouden en het af en toe aanbieden van nieuwe instrumenten.

De andere cliënt reageerde heel positief op deze opdrachten. Ze voerde ze allemaal zonder tegenspraak uit.

Rehearsing: De techniek *rehearsing* werd enkel in de sessies met een van beide cliënten toegepast. Deze cliënt was erg onzeker en zelf tot het spel komen was vaak moeilijk. Het aanleren en oefenen was zeer belangrijk om de cliënt om zo meer zekerheid te kunnen bieden in het spel. Dit oefenen zorgde voor duidelijkheid en voorspelbaarheid bij de cliënt, wat leidde tot een veilig kader om in te werken.

Opmerking:

De socialisatie fase wordt ook wel de gehechtheidsfase genoemd. Vertrouwen versus wantrouwen is de hulpvraag in de ontwikkeling van een jongere die zich situeert in het tweede ontwikkelingsniveau (Claes et al., 2012).

Door de korte tijd waarin het onderzoek plaats vond is er in deze sessies dan ook vooral gewerkt rond het opbouwen van een vertrouwensband. De elementen die nodig zijn om een vertrouwensband te kunnen opbouwen werden in Claes et al. (2012) beschreven onder de pijler 'Afstand en nabijheid'. Logischerwijs zijn er in dit onderzoek en bij deze jongeren meer interventie technieken toegepast die effect hadden en aansloten op de pijler 'afstand en nabijheid'. Tijdens het begin van de sessies lag dan ook de meeste nadruk hierop. Dit verklaart ook waarom er onder de tweede pijler, 'structuur en grenzen', slechts twee Bruscia technieken vallen. Er moest eerst gewerkt worden aan het opbouwen van veiligheid. Wel belangrijk om nog te vermelden is dat er onder de pijler 'structuur en grenzen' vermeld wordt dat het belangrijk is om een consequente, voorspelbare begeleider te hebben. Het op tijd komen, het laten doorgaan van de sessies, het vasthouden aan gemaakte afspraken is hier erg belangrijk. Dit maakte de overgang tussen M. Degryse en de onderzoeker als therapeut, ook zo moeilijk voor de jongeren. Een van beide cliënten stelde dit ook tijdens de sessies erg in vraag.

10.2.3 Pijler 3: Activiteiten

Onder de pijler 'activiteiten' op het tweede ontwikkelingsniveau van Došen vallen de begrippen, eenvoud, terugkeren en nadruk op de relatie. Het samen zijn is belangrijker dan het samen doen (Claes et al., 2012).

De Bruscia technieken die gebruikt zijn, zijn reeds beschreven in de vorige pijlers. Dit betekend niet dat deze technieken niet ook werken op het eenvoudig werken, het herhalen en op de relatie. In overleg met de co-creator is er echter beslist dat deze technieken meer thuis hoorden in de vorige pijlers.

Zo werd er tijdens de sessies veel gebruik gemaakt van herhalingen en zo was het terugkeren naar wat we de sessie voordien gedaan hadden erg belangrijk. De ene cliënt wou aan het begin van elke sessie 'Hallelujah' luisteren. Het nummer koos hij ook steeds tijdens het liedjesatelier. Dit nummer stond symbool voor onze relatie.

Bij de andere cliënt was het steeds oefenen en aanbieden van eenvoudig nieuw materiaal, gebaseerd op wat ze al kent, er belangrijk in haar zoektocht naar vertrouwen.

10.2.4 Pijler 4: Communicatie

Zie pijler 4: Communicatie bij Došen 1

Hoofdstuk 11: Discussie

11.1 Sterkte en zwakte van de analyse

Na een kritische evaluatie van het onderzoeksgebeuren werd er samen met de co-creator tot een sterkte-/ zwakte-analyse gekomen die hieronder schematisch wordt weer gegeven.

Sterktes:

- Gedurende het hele onderzoek is er een grote betrokkenheid geweest van andere partijen bij:
 - o het uitdiepen en afbakenen van vraagstelling en doelstelling
 - o het kritisch analyseren van en reflecteren op het beeldmateriaal
 - o het analyseren van de verkregen resultaten
 - o het koppelen van de interventietechnieken aan een theoretisch kader (Došen)
 - o het vormgeven van de scriptie
 - o de kritische blik van mede-actoren
- De samenwerking met en de flexibele houding van de verschillende actoren verliep optimaal
- Door snel te ondervinden dat het onmogelijk was om op deze korte tijd en bij deze doelgroep veralgemeende werkvormen te vinden konden de onderzoeker en co-creator zich al gauw concentreren op de muziektherapeutische interventies.
- De analyse van de resultaten gebeurde op basis van gestructureerde data;
 - o observatielijsten
 - o video-opnames
 - o Er werd gebruik gemaakt van een adequaat theoretisch kader;
 - o duidelijke focus op de gebruikte interventietechnieken
 - o het theoretisch kader van Anton Došen. Opmerking: de doelgroep is dermate specifiek dat er naast bovengenoemde weinig extra literatuur voor handen was maar het kader niettemin voldeed aan de vooropgestelde doelstelling.
- De flexibiliteit van de instelling
 - o gebruik mogen maken van de camera tijdens de therapie sessies
 - o het onderzoek kon plaats vinden tijdens de werkuren als muziektherapeut
 - o de ruimte om een andere manier van werken in te brengen
 - o De ervaring van de onderzoekers met de doelgroep en de werkwijze in de instelling

Zwaktes:

- Er was slechts een beperkte tijd voor het behalen van resultaten met deze doelgroep gezien;
 - o de verscheidene en complexe problematiek van de cliënten het lang duurt voor er een begin van een vertrouwensband ontstond
 - o de beperkte tijd waarin het onderzoek moest plaatsvinden
 - o de muziektherapeute eerst nog de tijd moest krijgen om af te ronden vooraleer het onderzoek kon starten
- Gezien het lage ontwikkelingsniveau van de doelgroep was het onmogelijk de cliënt te betrekken bij de evaluatie van het proces en de behaalde resultaten.
- De hoge mate waarin de cliënten beïnvloed werden tijdens de sessie door externe factoren zoals onder andere:
 - o de aanpassingen voor de cliënten aan een nieuwe muziektherapeut
 - o het veranderen van therapiemoment
 - o de komst van nieuwe instrumenten
 - o al dan niet de zekerheid of de cliënt zou opgehaald worden om die dag naar huis te kunnen
 - o beïnvloeding door gebeurtenissen van die dag
 - o de aanwezigheid van de camera
 - o ...
- De beperkte ervaring van de onderzoeker met het observeren van cliënt gedrag.
- Te weinig kinderen die in aanmerking kwamen om aan het onderzoek deel te nemen waardoor het moeilijk is om de resultaten van dit onderzoek te veralgemenen.

11.2 Interpretatie van de resultaten

Om een duidelijk overzicht te krijgen van welke technieken aansluiten op de eerste twee ontwikkelingsniveaus van Anton Došen worden deze hieronder schematisch weergegeven. Zoals reeds beschreven in de probleemstelling, deelt Kenneth Brucia de technieken op in negen categorieën. Deze categorieën staan in de eerste kolom. In de tweede kolom staan de technieken die effect hadden tijdens het onderzoek.

11.2.1 Došen 1

Tabel 9: Conclusie resultaten Došen 1

Technieken betreffende empathie	• Pacing
Structurerende technieken	• Shaping
Ontlokkende technieken	• Modelling
Technieken om een nieuwe richting in te slaan	• Intensifying • Calming • Intervening
Technieken betreffende de intimiteit	• Giving • Soliloquies
Technieken betreffende procedures (onder procedures verstaat men de manier van werken)	• Enabling • Conducting
Verwijzings technieken	• Symbolizing
Technieken ten behoeve van het onderzoeken van emoties	• Geen
Gesprekstechnieken	• Reinforcing

11.2.2 Došen 2

Tabel 10: Conclusie resultaten Došen 2

Technieken betreffende empathie	• Synchronizing • Pacing
Structurerende technieken	• Geen
Ontlokkende technieken	• Modelling
Technieken om een nieuwe richting in te slaan	• Intensifying • Calming
Technieken betreffende de intimiteit	• Giving
Technieken betreffende procedures (onder procedures verstaat men de manier van werken)	• Enabling • Rehearsing
Verwijzings technieken	• Geen
Technieken ten behoeve van het onderzoeken van emoties	• Geen
Gesprekstechnieken	• Reinforcing

11.2.3 Analyse van de gebruikte technieken

In wat volgt wordt een overzicht gegeven van de meest opvallende elementen die naar voor gekomen zijn uit de resultaten. Er wordt een beeld geschetst van de technieken die gebruikt zijn, wat de overeenkomsten en of verschillen zijn tussen de eerste twee Došen niveau en wat daar de theoretische verklaring van kan zijn.

Tevens worden er ook nog andere bemerkingen, die opvielen tijdens het onderzoek, vermeld en beargumenteert.

Samenvattend, de resultaten worden geïnterpreteerd en verklaard op basis van literatuur.

11.2.3.1 Technieken om een nieuwe richting in te slaan

Bij het bestuderen van deze schematische voorstelling van de gebruikte technieken valt op dat de 'technieken om een nieuwe richting in te slaan' bij Došen 1 de meest voorkomende zijn. De gebruikte technieken hier zijn *calming*, *intensifying* en *intervening*.

Het vinden van een passend aanbod of programma voor jongeren met een laag ontwikkelingsniveau is niet evident. Activiteiten gebeuren best individueel, met simpele opdrachten en weinig voorwaarden. Dit vraagt een goede beeldvorming van wat aanspreekt en wat niet, welke zintuigen meer of minder dienen te worden gestimuleerd (Claes et al., 2012). Tevens moet er steeds een evenwicht zijn tussen inspanning en ontspanning, tussen actie en rust. Hierbij moet er aandacht zijn voor de omstandigheden van de cliënt. De duur van activiteiten moeten soepel worden aangepast en pauzes moeten flexibel kunnen worden ingelast (Claes et al., 2012).

Dit betekende dat er in de praktijk steeds bij het aanbieden van een activiteit, op zoek moest gegaan worden naar een balans die de jongere aankan. Een balans waarin op zoek gegaan werd naar het evenwicht tussen ontspanning en inspanning. Dit is tijdens de sessies gebeurd door de technieken *calming* en *intensifying* in te zetten. Door als therapeut de cliënt aandachtig te observeren tijdens het spelen, was het mogelijk om in te grijpen aan de hand van de bovenstaande technieken. Als de cliënt overprikkeld of vermoeid geraakte kon de ontspanning mede ingezet worden door *calming* in te brengen. De cliënt kon dan rustiger spelen, even rusten, zich even terugtrekken waardoor het evenwicht hersteld werd. Bij de techniek *intensifying* was het net het omgekeerde. Indien de cliënt aangaf dat hij het 'saai' vond of het leek alsof de cliënt goed kon aansluiten, kon de techniek *intensifying* ingezet worden om de cliënt te prikkelen in zijn spel.

Indien de cliënt door overprikkeling vast kwam te zitten in fixaties – deze waren onder andere de aanwezigheid van de camera of steeds het volume op maximum willen zetten – werd de techniek *intervening* ingezet. Door de cliënt op dat moment te begrenzen werden de prikkels gedoseerd en kon deze de aandacht opnieuw richten op het spel.

Belangrijk bij het gebruiken van deze technieken is dat er sprake moest zijn van een zeer individuele benadering en een nauwgezette observatie van de signalen van spanning bij de cliënt (Claes et al., 2012).

Men kan concluderen dat deze technieken op beide niveaus, rekening houdend met het individu kunnen ingezet worden.

11.2.3.2 Technieken betreffende de procedures, betreffende de manier van werken.

Naast 'technieken om een nieuwe richting in te slaan' begrijpen we uit de resultaten dat 'technieken betreffende de procedures' bij beide ontwikkelingsniveaus veel gebruikt worden.

De reden waarom deze techniek ingezet kan worden is intentioneel niet verschillend van elkaar. De technieken die tijdens het onderzoek ingezet zijn, zijn: *enabling*, *conducting* en *rehearsing*.

Personen die zich op het eerste ontwikkelingsniveau van Došen bevinden, ervaren vaak een existentiële angst of een basaal gevoel van onveiligheid. Binnen de begeleiding is het belangrijk dat er structuren geïnstalleerd worden om een gevoel van basisveiligheid te creëren. Voorspelbaarheid, regelmaat, herkenbaarheid en duidelijkheid moeten de overhand hebben (Claes et al., 2012).

Jongeren die zich bevinden op het tweede ontwikkelingsniveau van Došen hebben een grote behoefte aan fysieke beschikbaarheid, gezamenlijkheid (samen zijn en samen doen) en een voldoende mate aan duidelijkheid, voorspelbaarheid en veiligheid. De begeleider is alert betrokken bij de cliënt (emotionele beschikbaarheid). Hierdoor creëert hij een gevoel van basisveiligheid, van essentieel vertrouwen, kan hij een hechting opbouwen (Claes et al., 2012).

Het structureren, duidelijkheid bieden, voorspelbaarheid, samen zijn en samen doen is van primordiaal belang voor het creëren van een gevoel van basisveiligheid.

Hierbij kunnen eenvoudige, steeds terugkerende activiteiten geruïststellend werken. Activiteiten waarin de therapeut en de cliënt dingen samen doen, zonder dat er noodzakelijk een grote actieve inbreng van de cliënt wordt verwacht is belangrijk (Claes et al., 2012).

Door technieken te gebruiken zoals *enabling* (het geven van opdrachten, demonstraties, fysieke hulp of technisch advies) ontstaat er logischerwijze duidelijkheid in wat er van de cliënt verwacht wordt. Tevens is het ook de therapeut die het aanbod doet, waardoor er minder van de cliënt zelf verwacht wordt. Het doel van deze techniek is, volgens Bruscia (1987), om de deelname van de cliënt aan de muzikale ervaring te vergemakkelijken. Doordat de deelname vergemakkelijkt wordt, kan de cliënt zich veiliger voelen tijdens de sessie.

De techniek *conducting* was een erg belangrijke, zelfs noodzakelijke techniek tijdens het onderzoek. In eerste instantie werd de improvisatie geleid door de therapeut zelf. Dit was voor de cliënt erg onvoorspelbaar en onduidelijk. Deze wist niet wat er ging komen en raakte hierdoor gefrustreerd. Door

de techniek *conducting* toe te passen en de improvisatie te laten bepalen door een externe factor: de dieren – gelinkt aan verschillende speelwijzen – stonden op kaartjes en de cliënt kreeg de vrijheid om deze zelf klaar te leggen en om te draaien ontstond er voor de cliënt duidelijkheid, voorspelbaarheid en door de speelwijzen te visualiseren, aan de hand van dieren, ook herkenbaarheid. Op deze manier werd er bij de cliënt een gevoel van basisveiligheid gecreëerd (zie ook hoofdstuk 10: “de resultaten”). Daarnaast was ook de techniek *rehearsing* – het inoefenen van bijvoorbeeld een ritme – vaak toegepast. Dit was vooral het geval bij een cliënt die zich situeerde in Došen 2. Deze cliënt was erg angstig en onzeker. Door steeds herhalend te werken en alles eerst in te oefenen ontstond er bij de cliënt meer zekerheid over het eigen kunnen. De cliënt werd steeds meer zelfzeker, tot ze zelfs instaat was om haar eigen inbreng in de sessies mee te nemen. Door samen met de cliënt steeds dingen te oefenen werd er voor haar duidelijkheid, voorspelbaarheid gecreëerd.

11.2.3.3 Gesprekstechnieken

Een omzichtig gebruik van taal is bij cliënten in een laag ontwikkelingsniveau absoluut aan de orde. Hier wordt gepleit voor een alerte houding met oog voor non-verbale signalen van de cliënt. Bij jongeren in een Došen 1 en 2 niveau staat bij de communicatie tussen de cliënt en begeleider de aandacht voor non-verbale signalen zoals lichaamstaal en intonatie centraal. Het gebruik van korte zinnen om de aandacht te focussen op het hier en nu is erg belangrijk. Hiervoor is aangewezen dat er geduldig, langzaam en zacht gepraat wordt. Er moet gezorgd worden voor herhaling en herkenbare patronen en rituelen zoals bijvoorbeeld aan het begin en einde van een gesprek. Het praten in de tegenwoordige tijd en het vermijden van terug te keren op voorbijgebeurtenissen is ook belangrijk (Claes et al., 2012).

Dit betekent dat het bij deze doelgroep moeilijk is om gebruik te maken van verschillende gesprekstechnieken. Het reflecteren over hun gedrag, hun gevoel, hun ervaring is op dit niveau – een ontwikkelingsleeftijd van maximum 18 maand – erg moeilijk. De techniek *reinforcing* is dan ook de enige gesprekstechniek die in aanmerking kwam om in te zetten tijdens het onderzoek. Deze techniek had in het onderzoek vooral de intentie de cliënt te belonen. Voor twee van de drie jongeren uitte dit zich in een vast beloningsmoment na de therapie. Indien ze meegingen en een half uur therapie volgden, kregen ze een kwartier computertijd als beloning aangeboden. Dit zorgde voor een patroon, een ritueel dat zich steeds herhaalde en dat voor hun gekoppeld was aan het ‘goed doen’ van de therapie. Indien dat moment niet kon doorgaan, door bijvoorbeeld het bezet zijn van de computers, zorgde het dan ook voor veel frustratie en boosheid bij de jongeren.

11.2.3.4 Structurerende technieken

Terugkijkend op de pijlers die gebruikt werden bij het analyseren van de resultaten, ziet men dat het aanbieden van structuur en grenzen, zowel in Došen 1 als 2 erg belangrijk was. Logischerwijs zou men kunnen aannemen dat de Bruscia technieken die vallen onder de categorie ‘structurerende technieken’ aan kunnen sluiten op kinderen die functioneren in deze niveaus. Tijdens het onderzoek bleek als snel dat dit moeilijk was. Typisch voor kinderen die zich bevinden in een laag ontwikkelingsniveau is dat deze nog geen eigen ‘ik’, geen eigen identiteit ontwikkeld hebben. Van het ontwikkelen van een *I-identity*, van autonomie is pas sprake vanaf Došen 3 (Claes et al., 2012). De technieken zoals *Rhythmic Grounding* en *Tonal Centering* bleken dan ook te hoog gegrepen. Het improviseren op een basis beat en in een tonaal centrum, los van de therapeut bleek ook te moeilijk te zijn. Jongeren die zich bevinden op dit lage ontwikkelingsniveau hebben veel nood aan fysieke beschikbaarheid, gezamenlijkheid (samen zijn en doen). Hierdoor wordt er een gevoel van basisveiligheid gecreëerd die essentieel is om vertrouwen en een hechting op te bouwen (Claes et al., 2012).

Bij cliënten die zich in dit ontwikkelingsniveau bevinden kunnen we nog niet spreken over een duidelijk, afgrensbaar eigen ik. Alles ligt in de relatie met de ander, wat betekent dat ook de grens tussen ‘ik’ en de ander vaak heel wazig is, indien dit gezien wordt vanuit het perspectief van de cliënt (Claes et al., 2012). Het is bijgevolg voor deze cliënt dan ook erg moeilijk om iets te spelen wanneer de therapeut enkel een ondersteunende basis geeft. Tijdens het onderzoek was dit duidelijk te zien bij de cliënt die functioneerde op Došen 1. Van zodra de cliënt ging improviseren verviel deze in een stereotiep spel. Dit spel was moeilijk te begrenzen. Het leek alsof de cliënt zichzelf hierin verloor. Op een Došen 2 niveau uitte dit zich anders. De cliënt durfde niet zelfstandig te improviseren. Spelen boven een basis beat, aangegeven door de therapeut lukte niet. De cliënt begon eerst stiller te spelen om dan heel snel het spel af te ronden. Dit deed de cliënt door plots op te staan en de conga weg te zetten. Ze gaf verbaal aan dat ze het niet leuk vond en wou terugkeren. Het improviseren was te bedreigend voor haar.

11.2.3.5 Technieken betreffende empathie

'Technieken betreffende empathie' zijn erg belangrijk in het ondersteunen van de jongeren. De muziektherapeut heeft, door het inzetten van deze technieken, de mogelijkheid om 'het invoelen' direct uit te drukken. Dit wordt meestal begeleid door non-verbaal overeenstemming te brengen (*matchen*) en spiegelen aan dat wat de cliënt doet. Het '*matchen*' van de cliënt dient niet alleen om te laten merken dat de therapeut empathisch is, maar dient ook om een band met de cliënt op te bouwen en een interactie te ontlokken (Bruscia, 1987).

Het is niet eenvoudig om dit op Došen 1 te analyseren. De cliënt die zich op het eerste ontwikkelingsniveau situeerde had in eerste instantie veel nood aan begrenzing, structuur en reduceren van externe prikkels. Dit was het geval gezien haar psychopathologie. Het was pas na een paar sessies mogelijk om de techniek *pacing* in te zetten. Zodra de cliënt, door het begrenzen, naar een lager energieniveau gebracht werd, kon er door de therapeut afgestemd worden op haar energieniveau. De cliënt merkte dit ook op. Dit had een positief effect, ze lachte en er ontstond meer oogcontact. Andere technieken betreffende de empathie waren nog niet mogelijk om in te zetten tijdens het onderzoek.

Bij de cliënten functionerend op een Došen 2 zien we dat deze technieken ook hun effect hebben. Door *pacing* in te zetten werd er gespeeld vanuit een samen zijn, een gezamenlijk spel, een *We-dentity*. De cliënt voelde zich dan ondersteund en gehoord. Het ondersteunen en stabiliseren van deze *We-dentity* is noodzakelijk om ooit naar een *I-dentity* te kunnen evolueren. De cliënt moet eerst de basisveiligheid kunnen ervaren alvorens hij naar de individualiteit kan groeien.

Door de techniek *synchronizing* in te zetten werd er gewerkt aan het bieden van nabijheid op afstand. De cliënt voelt zich gehoord, en merkt deze *synchronizing* op. Dit was zichtbaar doordat de cliënt keek naar de handen van de therapeut, er ontstond meer oogcontact en er was non-verbaal spelplezier waarneembaar (lachen).

Het aanbieden van deze nabijheid op afstand kan ervoor zorgen dat de cliënt uiteindelijk zelf de stap naar de *I-dentity*, autonomie kan zetten.

Het is op beide Došen niveaus belangrijk dat er gewerkt wordt aan deze *We-dentity*, het samen zijn. Het verschil hier tussen is dat bij kinderen op het eerste Došen niveau de *We-dentity* ervaren wordt door een grotere beschikbaarheid alsook de dichte nabijheid en responsiviteit van de therapeut. Bij een cliënt die zich bevindt in het tweede ontwikkelingsniveau is het ook belangrijk dat er nabijheid geboden wordt. Echter is deze nabijheid op afstand. Door nabijheid op afstand te bieden, wordt er nog gewerkt vanuit een *We-dentity* maar is het voor de cliënt mogelijk om uiteindelijk zelf een stap te zetten naar individualiteit, naar een *I-dentity*.

Dit verschil in ondersteuning is mogelijk door het gericht inzetten van de Bruscia technieken. Zoals hierboven beschreven sluiten technieken met betrekken tot de empathie aan om in deze nuance te kunnen werken. Dit zorgt ervoor dat er een verschil in het spelen vanuit *We-dentity* kan gemaakt worden in de beide ontwikkelingsniveaus.

11.2.3.6 Hetzelfde Došen niveau maar toch veel verschil in aanpak

Uit de resultaten van het onderzoek blijkt dat er per Došen niveau ook veel verschillen zichtbaar zijn. Jongeren kunnen zich in éénzelfde ontwikkelingsniveau bevinden, maar qua aanpak zeer verschillen. Dit heeft te maken met de psychopathologie en het karakter van het kind. Het is daarom bij een behandeling noodzakelijk om zeer individueel naar elk kind te kijken.

In de weergave van de resultaten is er bij Došen 2 voor gekozen om enkel de overeenkomstige Bruscia technieken weer te geven. Dit wil niet zeggen dat enkel deze Bruscia technieken inzetbaar zijn op dit ontwikkelingsniveau. Bij het analyseren van de resultaten viel op dat de twee jongeren, geobserveerd in Došen 2, erg verschillend waren.

De ene cliënt zat erg vast in onzekerheid en was erg angstig over het eigen kunnen. Deze was op zoek naar een veilig kader waarin ze kon functioneren. Dat veilig kader werd mede opgebouwd door de techniek '*rehearsing*' toe te passen. De cliënt had opdrachten, oefenen en ondersteuning nodig om zich veilig te kunnen voelen.

De andere cliënt had autistische kenmerken en het aanbieden van een structuur in de vorm van opdrachten was erg bedreigend. Bij deze cliënt was er sprake van wantrouwen en moest er eerst basaal gewerkt worden aan het mogelijk maken van contact tussen elkaar. Bij deze cliënt was het aangewezen om minder te werken met opdrachten, maar veel van de cliënt zelf te laten komen qua verwachtingen en invulling van de sessie. Door hem deze vrijheid te bieden kon hij samen met de onderzoeker zijn eigen veilig kader creëren. Dit deed hij onder andere door steeds hetzelfde nummer te willen horen, gespeeld door de therapeut (*giving*). Beide cliënten werken duidelijk aan de pijler 'afstand en nabijheid' maar de manier om tot dat vertrouwen te komen was beduidend anders. Ondanks dat beide jongeren in hetzelfde Došen niveau gesitueerd worden, neigt de ene cliënt nog meer naar een ontwikkelingsniveau lager, terwijl de andere cliënt al stappen aan het maken was naar

een ontwikkelingsniveau hoger. Dit werd tijdens het onderzoek duidelijk door het verschil in de technieken die bij deze cliënten inzetbaar waren. Bij de cliënt die stappen aan het maken was naar Došen 3 konden de structurerende technieken steeds meer ingezet worden. De cliënt is bezig met het ontwikkelen van zijn eigen identiteit en kan al improviseren.

11.2.3.7 besluit

Na aanleiding van dit onderzoek kan geconcludeerd worden dat de interventietechnieken van Bruscia inzetbaar zijn om aansluiting te vinden op de eerste twee ontwikkelingsniveaus van Anton Došen. Om tot het echte uitdiepen te komen is het onderzoek niet enkel te kort in tijdspanne geweest alsook te weinig participanten om representatief te kunnen zijn voor de verschillende doelgroepen. Niettemin kunnen er waardevolle overeenkomsten en verschillen opgemaakt worden tussen de twee doelgroepen na de uitvoering van het onderzoek.

De overeenkomsten die men kan benoemen op het gebied van de aanpak op de eerste twee ontwikkelingsniveaus van Došen zijn 1) het creëren van een basisveiligheid tussen de therapeut en de cliënt; 2) het bieden van structuur, herhaling en duidelijkheid; en 3) het werken vanuit een *We-Dentity*. Bij het werken vanuit een *We-dentity* kwam duidelijk het verschil tussen Došen 1 en 2 naar voor. Zoals uitgelegd bij de technieken betreffende de empathie, is de manier van het aanbieden van deze *We-dentity* verschillend. Op het eerste ontwikkelingsniveau van Došen kan deze *We-dentity* gecreëerd worden wanneer de therapeut veel nabijheid en responsiviteit biedt. Op het tweede ontwikkelingsniveau van Došen wordt dit bereikt door nabijheid op afstand te creëren. Door het inzetten van onder andere de techniek *synchronizing* kan nabijheid op afstand bereikt worden.

Gebaseerd op de resultaten van het onderzoek valt het op dat er vooral veel overeenkomsten zijn in de aanpak op de twee eerste ontwikkelingsniveaus. Een grotere populatie aan participanten tijdens een langer onderzoek zou mogelijks meer licht werpen op de verschillen tussen beide, of tenminste uitsluiting bieden. Door de beperkte duur van dit onderzoek is er in de sessies echter vooral geconcentreerd op het creëren van een basisveiligheid.

Video-opnames, verslagen, gesprekken,... Al deze middelen en technieken werden ingezet om niet enkel een zo objectief en wetenschappelijk kwalitatief eindresultaat te bewerkstelligen, maar ook om de geïnteresseerden op een zo efficiënt en duidelijk mogelijke manier een beeld te geven over de theorie van Anton Došen en de koppeling naar de muziektherapie.

De eerste stap naar het formuleren van een antwoord op de ontbrekende link tussen muziektherapie en het ontwikkelingsdynamisch kader van Anton Došen door middel van de muziektherapeutische interventietechnieken van Kenneth Bruscia is gezet. Het is onwaarschijnlijk dat het bij deze initiële, preliminaire introductie zal blijven en er worden hoopvolle plannen gemaakt om samen met het afdelingshoofd te kijken naar de visie en taken van de muziektherapeut. Dit onderzoek is een start geweest om ook vanuit de muziektherapie gerichter te kunnen aansluiten op de problematiek en het ontwikkelingsniveau van de cliënt en zal zo bijdragen aan het duidelijker, kwalitatief methodisch handelen van de muziektherapeut. Het ontwikkelingsgerichte kader van Došen kan verder worden doorgetrokken, verder dan enkel in de begeleiding.

11.3 Aanbeveling voor de praktijk, beroepsontwikkeling en vervolgonderzoek

11.3.1 Praktijk en beroepsontwikkeling

Onder 'de praktijk' wordt de instelling geduid waar dit onderzoek plaats vond – Fioretti. Het onderzoek is namelijk specifiek gericht op de doelgroep en het denkkader van Došen dat in de instelling als algemene visie toegepast wordt.

Met dit onderzoek is er een eerste stap gemaakt naar de integratie van het ontwikkelingsdynamisch kader van Anton Došen en de muziektherapie. Zoals aangehaald betekent dit dat er vanuit de muziektherapie in de praktijk doelgerichter kan aangesloten en gewerkt worden op het ontwikkelingsniveau van de cliënt. Er zijn handvaten geboden om muzikaal tegemoet te komen aan de specifieke noden van de cliënt. Op deze manier kunnen de huidige muziektherapeuten effectiever en intuïtiever omgaan met de aard van de interventie waardoor hij of zij de link met het ontwikkelingsdynamisch kader bewust kan maken. De therapeuten verkrijgen meer inzicht in de doelgroep alsook toe te passen methodiek en kunnen waar nodig ook aanpassingen maken in hun huidige manier van werken.

In de instelling is het ook steeds meer de bedoeling dat het ontwikkelingskader geïntegreerd wordt in elk aspect van zijn werking, en dat bijgevolg verslagen voor het multidisciplinaire overleg geschreven worden met zicht op het ontwikkelingskader. Door doelstellingen op te stellen die aansluiten op het

ontwikkelingsniveau kan dit nu ook bewuster beschreven worden. Dit bewuste schrijven zorgt ervoor dat alle collega's ook een eenduidig beeld krijgen op hoe interventies in de muziektherapie ingezet kunnen worden, vooral met betrekking op het ontwikkelingsniveau van de cliënt.

Tevens werd er door dit onderzoek onderstreept dat, ondanks het delen van een eenduidig denkkader, bijhorende definities en methodiek, het belang van de individualiteit der cliënt van niet te onderschatten belang is. Het is noodzakelijk in te zien dat niet alle interventies ook effectief aansluiten en het gewenste effect hebben bij elke cliënt.

In deze scriptie werd een nieuw werkmodel ontwikkeld. In dit werkmodel wordt een vergelijking gemaakt met de huidige manier van werken en de resultaten die uit dit onderzoek naar voren gekomen zijn. Dit maakt het werkmodel (her-)bruikbaar en toepasbaar in de praktijk.

Dit onderzoek toont aan dat het mogelijk is om een koppeling te maken vanuit een ontwikkelingsdynamisch denkkader naar een muziektherapeutische manier van werken. Het kan mogelijk ook de andere creatief therapeuten inspireren om vanuit hun therapie hierover te reflecteren en mogelijk te integreren.

Tenslotte dient – zoals reeds aangegeven – in gedachten gehouden te worden dat er in dit onderzoek geen kant- en klare methode ontwikkeld werd om dit onderzoek op grote schaal uit te voeren en dat men zich er voor dient te behoeden om op basis van de resultaten in dit onderzoek te veralgemenen.

11.3.2 Vervolgonderzoek

Wat betreft aanbevelingen voor vervolgonderzoek is er in eerste plaats behoefte aan verdere verdieping en bevestiging van de eindresultaten van dit onderzoek. Gezien de beperkte tijdsduur van het onderzoek en de beperkte populatie waarbij het onderzoek gehouden werd, zijn de verkregen resultaten nog onvoldoende representatief. Verder onderzoek zou ook de nuances en verschillen in aanpak duidelijker maken. Deze behoeven verdere toetsing en bijstelling door middel van verder praktijkonderzoek.

Het onderzoek is specifiek gericht op jongeren, van 12 tot 18 jaar. Het zou nuttig zijn om in verder actiegericht onderzoek te onderzoeken of deze bevindingen ook kunnen doorgetrokken worden naar de kinderen met dezelfde problematieken en ontwikkelingsniveaus in een andere leeftijdsgroep.

Uit de praktijkervaring van de onderzoeker kan gesteld worden dat er bij het behandelen van een kindergroep vaak een andere aanpak nodig is. Het onderzoeken of het mogelijk is om de bevindingen door te trekken naar de kindergroep zou een waardevol onderzoek kunnen zijn.

Als laatste zou het een nuttig vervolgonderzoek kunnen zijn om de koppeling tussen muziektherapie en het ontwikkelingsdynamisch kader te kunnen integreren naar andere instellingen. Hierbij is het dan wel belangrijk dat het om een instelling gaat waar ook gericht gewerkt wordt vanuit de emotionele ontwikkeling. Het zou een mogelijkheid bieden om dit te onderzoeken in een instelling waar gewerkt wordt met jongeren met een licht tot zwak begaafdheid.

11.4 Nieuw werkmodel

Voor er een integratie van de resultaten in een nieuw werkmodel kon gemaakt worden moest er eerst een 'oud' werkmodel opgesteld worden. Dit model is gebaseerd op de praktijkervaringen opgedaan tijdens het stagejaar op Fioretti. Het werkmodel werd schematisch vorm gegeven door een overzicht te presenteren van 1) de doelgroep; 2) de randvoorwaarden; 3) de werkwijze; 4) de muziektherapeutische methoden; 4) de doelstellingen; 5) de interventies; 6) het materiaal; 7) de werkvormen en 8) de therapeutische houding.

In de middelste kolom van onderstaande tabel (tabel 10: Werkmodel) wordt dit 'oude' werkmodel weergegeven. In de rechtse kolom wordt het nieuwe werkmodel weergegeven. Dit model is ontstaan door de verkregen resultaten van dit actiegericht onderzoek te integreren in een nieuw model. Met dit onderzoek is er een creatief therapeutische methode toegevoegd aan een psychoanalytische manier van werken. Door in de schematische weergave het nieuw werkmodel naast het 'oude' te leggen wordt het duidelijk welke nieuwe elementen er zijn toegevoegd.

11.4.1 Oud werkmodel vs. Nieuw werkmodel

Tabel 11: Werkmodel

Doelgroep:		Jongeren (12 tot 18jaar) met een lichtverstandelijke beperking en een bijkomende psychiatrische aandoening.
Oud Werkmodel		Nieuw werkmodel
Duur van de sessie:	- Eén keer per week drie kwartier - Observatie van de cliënt	- Eén keer per week drie kwartier - Observatie van de cliënt - Eventuele beloning
Randvoorwaarden:	- Cliënt stelt zelf de vraag naar therapie - Cliënt is niet verplicht om therapie te volgen	- Cliënt stelt zelf de vraag naar therapie - Cliënt is niet verplicht om therapie te volgen
Werkwijze:	- Psychoanalytisch georiënteerde muziektherapie	- Psychoanalytisch georiënteerde muziektherapie - Creatieve muziektherapie - Ontwikkelingsdynamisch denkkader van Anton Došen
Muziektherapeutische methode:	- Actieve en receptieve werkvormen - Vooral improvisatorisch werken - Vrije improvisatie - Associatieve improvisatie - Geen vaste spelregels maar meestal een thema of onderwerp waarover geïmproviseerd wordt	- Actieve en receptieve werkvormen - Improvisatorisch werken - Associatieve improvisatie - Zingen van liedjes - Aanleren van spel mogelijkheden - Aanleren van ritmes en liedjes - Inzetten van Bruscia technieken - Gestructureerde werkvormen
Doelstelling:	- Volledige ontplooiing van de cliënt - Verdrongen of geblokkeerde emoties worden opgespoord en in de muziek doorgewerkt - Verstoringen van de vroege moeder-kind relatie worden door corrigerende ervaringen in de muziek opgeheven - Verdrongen conflicten worden bewust gemaakt	- Volledige ontplooiing van de cliënt - Verdrongen of geblokkeerde emoties worden opgespoord en in de muziek doorgewerkt - Verstoringen van de vroege moeder-kind relatie worden door corrigerende ervaringen in de muziek opgeheven - Verdrongen conflicten worden bewust gemaakt - Aansluiten op het ontwikkelingsniveau van de cliënt - Richten op de individualiteit en noden van de jongere
Interventies:	- De therapeut interpreteert het gedrag van de cliënt op dat moment en handelt daarnaar	- De therapeut biedt een meer structurerend kader in de therapie door gebruik te maken van de Bruscia technieken
Cliënt:	- Cliënt staat centraal	- Cliënt staat centraal - Individuele aanpak
Materiaal:	- De cliënt is vrij qua instrumentkeuze	- De therapeut structureert, indien nodig, de instrumenten op voorhand
Werkvormen:	- Geen vaste, vooropgestelde	- Indien nodig, meer gestructureerde improvisaties

	werkvormen	- Improvisatie
	- Improvisatie	
Therapeutische houding:	- Een emotioneel neutrale open houding	- Een emotioneel neutrale, open houding
	- Cliënt staat centraal	- Cliënt staat centraal
		- Sturend

11.4.2 Verklaring van het nieuwe werkmodel

Duur van de sessie:

De richtlijn van de instelling is dat elk kind recht heeft op drie kwartier therapie en dit eens per week. Tijdens het onderzoek viel het op dat het erg moeilijk was voor de jongeren om deze tijd volledig te kunnen benutten in therapie. Twee van de jongeren werden beloond met een computermoment indien ze 30 minuten aan de therapie deelnamen. De andere cliënt kon zelf aangeven wanneer ze terug wou keren naar de leefgroep, dit was steeds na ongeveer 25 minuten.

Het is belangrijk als therapeut om de signalen en tekens van de cliënt aandachtig te observeren. Zo kan de therapeut de cliënt helpen in het zoeken naar een balans tussen inspanning en ontspanning. Indien de cliënt deze grens zelf niet kan aangeven is het mogelijk dat de therapeut dit overneemt van de cliënt zodat deze niet overprikkelt geraakt.

Randvoorwaarden:

De randvoorwaarden zijn de volgende: het is belangrijk dat de cliënt zelf met de vraag komt naar therapie. De therapeuten geven de cliënt de nodige ruimte om eerst te aarden aan de nieuwe situatie. Doordat ze zien dat andere cliënten mee op therapie gaan, zijn ze op de hoogte van het therapieaanbod. Pas als zij zelf klaar zijn om de stap naar therapie, de stap naar contact, de stap naar verbinding aan te gaan, gaat de therapeut hier op in.

Tevens zijn alle cliënten vrij om deel te nemen aan de therapiesessies. Het is wel de bedoeling dat de cliënt op een regelmatige basis komt maar hij kan hier niet toe gedwongen of verplicht worden. Deze randvoorwaarden zijn tijdens het onderzoek niet veranderd.

Voor dit onderzoek was het wel belangrijk dat de jongeren zich situeerden op het eerste of tweede ontwikkelingsniveau.

Werkwijze:

De werkwijze die in Fioretti gehanteerd wordt is de psychoanalytisch georiënteerde muziektherapie. In de psychoanalytisch georiënteerde muziektherapie staat de vrije improvisatie en het kind centraal. Door dit onderzoek te voeren werd er een creatief therapeutische methode toegevoegd aan een psychoanalytische manier van werken.

Door de koppeling te maken vanuit het denkkader van Došen naar de muziektherapeutische technieken van Bruscia werden de gebruikte interventies bewuster. Deze bewustwording zorgde ervoor dat de therapeut effectiever, intuïtiever en bedachtzamer bezig kan zijn met de aard van de interventie.

Došen pleit voor een individuele, cliënt gerichte aanpak waardoor de cliënt nog steeds centraal staat in de therapie. Zoals uit de resultaten naar voor kwam wordt er nog steeds gewerkt met improvisaties. Er kan, aan de hand van de improvisatietechnieken van Bruscia, nu op een meer gestructureerde manier doelgericht gewerkt worden aan het ontwikkelingsniveau van de cliënt.

Muziektherapeutische methode:

De muziektherapeutische methoden die gehanteerd worden op Fioretti zijn zowel actieve als receptieve werkvormen. Deze werkvormen kennen geen vaste spelregels maar introduceren een thema of onderwerp waarover geïmproviseerd wordt. De improvisaties hebben als doel de onbewuste delen van de psyche op te sporen. In het verlengde hiervan spelen zaken als verstoring in de individuatie en symbiose die de oorsprong vinden in de vroeg- kinderlijke relaties een rol. De geïmproviseerde muziek wordt gezien als projectie van het onbewuste (Smeijsters, 2006). De jongeren die participeerden in dit onderzoek situeren zich qua ontwikkelingsniveau op een leeftijd van maximum 18 maanden. Dit betekent dat de blokkades van de jongeren zich vaak situeren in een vroeg- kinderlijke relatie. De *We-identity*, het samen zijn, de symbiotische relatie staat centraal in deze eerste twee fasen. Door doelgerichter aan te sluiten op het ontwikkelingsniveau aan de hand van de Bruscia technieken kan er ook gewerkt worden aan deze blokkades. Dit nog steeds door improvisaties, maar hierbij een bewuster gebruik van de technieken waardoor de aansluiting individueler en gericht ingezet kan worden.

Uit het onderzoek blijkt ook dat het bij deze kinderen vaak noodzakelijk was om eerst een gestructureerd aanbod te doen, van waaruit deze dan kunnen improviseren. Deze structuur zorgde

voor een duidelijk kader waarin de cliënten zich veilig kunnen voelen. Dit gestructureerd aanbod kan op verschillende manieren aangeboden worden. Bijvoorbeeld door het aanleren van ritmes en verschillende speelwijze en het zingen (soms voorzingen) van gekende liedjes. Hierbij is het belangrijk om te kijken naar de individuele noden en interesses van de jongeren. Tevens kan het ook zijn door steeds met een begin lied (al dan niet gekozen door de cliënt) de sessie te starten. Dit kan een ritueel zijn dat helderheid geeft aan de cliënt.

Doelstelling:

De doelstellingen die op de voorgrond staan in de psychoanalytische muziektherapie zijn 1) de volledige ontplooiing van de cliënt; 2) het opsporen van verdrongen of geblokkeerde emoties en deze doorwerken in de muziek; en 3) het opsporen van verstoringen van de vroege moeder- kind relatie en het bewustmaken van verdrongen conflicten. Deze doelstellingen zijn nog steeds van toepassing in het nieuwe werkmodel. Door in de muziek aansluiting te vinden op het ontwikkelingsniveau van de cliënt is het mogelijk om gericht aan deze doelstelling te werken. Door bij de jongere aansluiting te vinden op zijn ontwikkelingsniveau is het mogelijk om samen, vanuit een *We-identity*, de vroege moeder- kind relatie op te sporen en te op te heven via corrigerende ervaringen in de muziek. Door de jongere volledig te aanvaarden en hem te ondersteunen op het juiste niveau kan hij zich volledig ontplooiën.

Belangrijk bij het werken aan deze doelstelling is dat er steeds gekeken wordt naar het individu zelf en om je als therapeut te richten op de noden en behoeften van de jongere.

Interventies:

De therapeut interpreteert het gedrag van de cliënt op dat moment en handelt daarnaar. Dit vereist de nodige ervaring en deskundigheid van de therapeut.

Jongeren op een laag ontwikkelingsniveau hebben nood aan structuur en aan herkenbare routines en rituelen. Deze zijn belangrijk als houvast voor de cliënt (Claes et al., 2012).

Door de Bruscia technieken in te zetten kan er een duidelijk, meer gestructureerd kader aangeboden worden waarbinnen de jongeren nog vrij kunnen improviseren. Dit zorgt voor een basisveiligheid. Het creëren van basisveiligheid zorgt het begin van een hechtingsband, het begin van een therapeut-client relatie.

Volgens Smeijsters (2006) is het aanbrengen van structuur belangrijk. De algemene structuur van de situatie, maar ook de structuren in het muzikale materiaal die verweven zitten in de componenten van muziek en het instrumentarium dat gebruikt wordt. De therapeut heeft dan de optie om zich meer op de muziek of meer op de problematiek te richten of hierin af te wisselen, afhankelijk van de doelgroep, doelstelling of het procesverloop (Smeijsters, 2006).

Cliënt:

De cliënt staat in beide werkmodellen centraal. Het is erg belangrijk dat er afgestemd wordt op de individuele noden van de cliënt. Hierin moet gekeken worden naar wat de cliënt al dan niet aan kan en nodig heeft om optimaal te kunnen functioneren. Hierbij wordt onder meer gedacht aan het streven naar een minimaal evenwicht, een goede balans tussen spanning en ontspanning en een gedoseerd prikkelaanbod op maat van de cliënt. In dit onderzoek is er een stap gemaakt naar hoe men muzikaal kan aansluiten op het ontwikkelingsniveau van de cliënt. Dit betekent dat de therapeut nog gericht kan aansluiten op het individu waardoor er een nog meer individu- cliënt gericht aanpak ontstaat.

Materiaal:

In het oude werkmodel is de cliënt vrij om te kiezen uit een heel arsenaal aan instrumenten. Dit kan overprikkelend werken waardoor de cliënt niet weet welk instrument hij moet kiezen of juist alle instrumenten wil bespelen. Door als therapeut een gestructureerd en afgebakend aanbod te bieden van instrumenten, wordt deze overprikkeling verminderd of zelfs weggenomen. Dit kan door tijdens de improvisatie de cliënt te laten kiezen tussen 2 of 3 instrumenten.

Werkvormen:

In het oude werkmodel worden er geen vaste, vooropgestelde werkvormen aangeboden. De improvisatie staat centraal. "De cliënt improviseert zijn innerlijke muziek in actief muziek maken" (Priestley, 1994 in Smeijsters, 2006, p. 139). Uit het onderzoek bleek enerzijds dat sommige kinderen nog niet klaar waren om te deel te nemen aan een actieve improvisatie. In dat geval kan receptieve muziektherapie een geschikter aanbod kunnen vormen. Anderzijds kwam uit het onderzoek naar voren dat sommige cliënten angstig, onzeker of overprikkeld waren. Hierbij was het noodzakelijk om meer structuur in de werkvorm aan te bieden waardoor de cliënt zich veiliger en tenminste een basisveiligheid voelt. Bij de cliënt die overprikkeld raakte, was het nodig om eerst deze externe prikkels te reduceren door structuur aan te bieden. Op deze manier werd de cliënt minder beïnvloed door de prikkels van buitenaf en kon deze beter vanuit zichzelf werken in de therapie.

Uit het onderzoek bleek ook dat het niet haalbaar was om bij ieder kind te werken met voor gestructureerde werkvormen. Sommige cliënten voelen zich bijvoorbeeld nog te onveilig om de structuur van de therapeut over/aan te nemen. Het werken met vrije improvisaties werd dan de aangewezen vorm van waaruit gewerkt kon worden. Het was erg belangrijk dat de aanpak, de werkvorm die voorbereid werd helemaal afgestemd was op het individu.

Therapeutische houding:

In zowel actieve als receptieve muziektherapie is de rol en de attitude van de muziektherapeut van groot belang. Belangrijk in het begeleiden van de jongeren is de onvoorwaardelijke aanvaarding en beschikbaarheid van de therapeut. Dat betekende dat een open en emotioneel neutrale houding dan ook van groot belang is. Dit is zowel in het oude als in het nieuwe werkmodel zo.

In het nieuwe werkmodel werd er ook vaker gewerkt vanuit een gestructureerd aanbod voor de cliënt. Dit betekende dat de therapeut een meer directieve houding aannam. De therapeut nam dan een meer leidende rol en bepaalde mee wat er gedaan werd. Hierbij werd gedacht aan bijvoorbeeld instrumentkeuze en muziekkeuze. De muziektherapeut past hierbij muzikale interventies toe die de cliënt prikkelen, ondersteunen, uitdagen of iets aan het spel van de cliënt kon toevoegen. Hierbij is het natuurlijk nog steeds belangrijk dat de muziektherapeut zich afstemde op de cliënt. Het afstemmen op de cliënt en het inzetten van muzikale interventies kunnen dankzij dit onderzoek ook doelgerichter en aansluitend op het ontwikkelingsniveau van de cliënt.

Besluit:

In het besluit wordt kort ingaan op wat het onderzoek de onderzoeker als beginnende therapeut bijgebracht heeft.

Door het toevoegen van een creatief therapeutische methode aan een psychoanalytische manier van werken, ontstaat er meer duidelijkheid. Het werken met vrije improvisaties was een manier waarop de onderzoeker voorheen nog nooit gewerkt had. Het was als stagiaire of beginnende therapeut niet altijd eenvoudig om vanuit intuïtie aansluiting te vinden bij de cliënten. Dit zorgde er ook voor dat de onderzoeker de kinderen soms overschatte, en boven hun niveau aanpakte.

Door met dit onderzoek de link te maken tussen het ontwikkelingsdynamisch kader en de muziektherapie, ontstaat er een duidelijkere inzicht in de aanpak van de doelgroep en de muziektherapeutische methode.

Door het verder verdiepen in het ontwikkelingsdynamische denkkader van Anton Došen is de doelgroep *an sich* ook veel duidelijker geworden. Doordat hun problematiek beter begrepen is, kan de onderzoeker zich als therapeut ook beter afstemmen op hun noden. Het is nu mogelijk om gezien hun ontwikkelingsniveau (volgens Došen) te begrijpen waarom de jongeren soms bepaalde reacties stelden.

Met dit onderzoek is er een eerste stap gemaakt naar een mogelijke manier van aansluiten, niet enkel in de begeleiding, maar ook in de muziektherapie.

Het doelgericht kunnen inzetten van technieken en hierbij aansluiten op het ontwikkelingsniveau, biedt voor de onderzoeker een veel meer gestructureerde, doelgerichte en duidelijke manier van werken.

11.5 Beantwoording van de deelvragen en de vraagstelling

In dit stuk wordt getracht de onderzoeksvraag te beantwoorden. Deze antwoorden zijn gebaseerd op de algemene consensus van de co-creator, de muziektherapeut en de onderzoeker.

Onderzoeksvraag:

“Welke muziektherapeutische technieken van Kenneth Bruscia sluiten aan op de eerste twee ontwikkelingsniveaus van Anton Došen, toegepast bij jongeren met een verstandelijke beperking in de kinder- en jeugdinstelling Fioretti”

In eerste instantie is het belangrijk om te vermelden dat dit onderzoek aangetoond heeft dat het mogelijk is om door middel van muziektherapeutische interventies, gebaseerd op de improvisatietechnieken van Kenneth Bruscia (1987), aan te sluiten op de eerste twee ontwikkelingsniveaus van de cliënt.

Tevens is het door de beperkte duur van het onderzoek en de beperkte populatie het onmogelijk om deze technieken te veralgemenen. Het antwoord op de onderzoeksvraag moet door vervolgonderzoek nog getoetst en bijgesteld worden.

De meest gebruikte improvisatietechnieken, weergegeven per categorie, bij jongeren die zich situeren

in het *eerste ontwikkelingsniveau*:

- Technieken om een nieuw richting in te slaan: *intensifying, calming, intervening*
- Technieken betreffende procedures: *enabeling, conducting*
- Technieken betreffende empathie: *pacing*
- Structurerende technieken: *shaping*
- Ontlokkende technieken: *modelling*
- Technieken betreffende de intimiteit: *giving, soliloquies*
- Verwijzingstechnieken: *symbolyzing*
- Gesprekstechnieken: *reinforcing*

De meest gebruikte improvisatietechnieken, weergegeven per categorie, bij jongeren die zich situeren in het *tweede ontwikkelingsniveau*:

- Technieken om een nieuwe richting in te slaan: *intensifying, calming*
- Technieken betreffende procedures: *enabeling, rehearsing*
- Technieken betreffende empathie: *synchronizing, pacing*
- Ontlokkende technieken: *Modelling*
- Technieken betreffende intimiteit: *Giving*
- Gesprekstechnieken: *reinforcing*
-

De vermelde technieken sluiten aan op het ontwikkelingsniveau van de cliënten die deelgenomen hebben aan het onderzoek. Het is belangrijk om te vermelden dat het nog niet mogelijk is om deze technieken te veralgemeniseren naar alle kinderen uit het eerste of tweede ontwikkelingsniveau. Deze bemerking wordt gedetailleerd toegelicht in paragraaf 11.2 'interpretatie van de resultaten'.

Hoofdstuk 12: Samenvatting

Dit onderzoek is tot stand gekomen uit mijn eigen praktijk ervaringen die ik heb opgedaan tijdens de stage in het derde jaar. Deze stage heeft plaats gevonden in de kinder- en jeugdinstelling Fioretti te Gent.

De laatste jaren werd de methodiek en visie van Fioretti steeds meer gestoeld op het ontwikkelingsdynamisch kader van Anton Došen. Tot op heden was er echter nog geen koppeling gemaakt vanuit dit ontwikkelingsdynamisch kader en de muziektherapie *an sich*. Niettemin is het belangrijk om tijdens het behandelen van een cliënt aan te sluiten op zijn of haar emotionele ontwikkelingsniveau. Het intrinsieke belang om een invulling te geven aan deze ontbrekende link werd zowel door de stagiair als door de instelling erkent. Als dusdanig komt de onderzoeksvraag *“Welke muziektherapeutische technieken van Kenneth Bruscia sluiten aan op de eerste twee ontwikkelingsniveaus van Anton Došen, toegepast bij jongeren met een verstandelijke beperking in de kinder- en jeugdinstelling Fioretti?”* dan ook tegemoet aan deze gezamenlijk ervaren nood.

Voor de leidraad van het onderzoek werd gekozen voor de improvisatie technieken van Kenneth Bruscia en vanzelfsprekend, het ontwikkelingsdynamisch kader van Anton Došen. Zoals gesteld in de onderzoeksvraag werd er aan de hand van de muziektherapeutische improvisatie technieken van Kenneth Bruscia getracht een brug te slaan tussen de muziektherapie en het ontwikkelingsniveau van de betreffende onderzoek participant/ cliënt volgens het kader van Došen. Door middel van een actiegericht onderzoek en een ontwikkelingsonderzoekstype werd er door de onderzoeker in de praktijk op zoek gegaan naar een antwoord op deze vraag. Dit onderzoek betrof één cliënt die gesitueerd werd in het eerste ontwikkelingsniveau van Došen en twee cliënten die gesitueerd werden op het tweede ontwikkelingsniveau. De duur tijd van de behandeling van deze cliënten met betrekking tot het onderzoek beslaat een periode van acht weken waarin elke week een behandeling van drie kwartier werd aangeboden. De data werd gegenereerd via het opnemen van de sessies alsook participerende observatie sessies op video, gesprekken met het actienetwerk, een gestructureerde observatielijst en het cyclisch reflectiemodel van Korthange. Voorts werd er een nieuw werkmodel gegenereerd. In dit werkmodel wordt een vergelijking gemaakt met de huidige manier van werken en de resultaten die uit dit onderzoek naar voren gekomen zijn. Dit maakt het werkmodel (her-)bruikbaar en toepasbaar in de praktijk.

Voor het onderzoek werd een actie-netwerk samengesteld dat bestond uit de co-creator, de huidige muziektherapeut, de scriptiebegeleider, de andere creatief therapeuten van de instelling en uiteraard de cliënten; E., J., en A¹.

Na de voor- oriëntatiefase en oriëntatiefase werd een bijeenkomst gepland tussen de co-creator en de huidige muziektherapeut om tot een gezamenlijke diagnose te komen en vervolgens de verdere actieplannen te generen. De gezamenlijke diagnose was dus het resultaat van deze gesprekken alsook twee kennismakingssessies met de betreffende cliënten.

Als onderzoekstechnieken werd er voor dit onderzoek gebruikt gemaakt van video-opnames, observatielijsten, gezamenlijke reflectie en indirecte, externe observatie. Het vervolg van het onderzoek bestond uit een opeenvolging van voortdurende minicycli tussen actie- en ontwikkelingsfasen. Dit werd dan geëvalueerd aan de hand van reflectie volgens het cyclisch reflectiemodel van Korthagen. Tijdens deze reflectie werd de onderzoeker steeds bijgestaan door de co-creator; Hanne Collie. Voor de eindevaluatie werd er in overeenstemming met de co-creator en P. Elias gekozen voor een open evaluatieverhaal.

Na de analyse van de resultaten werd geconcludeerd dat het inderdaad mogelijk is om aan de hand van de Bruscia's improvisatie technieken af te stemmen op het ontwikkelingsniveau van jongeren die zich bevinden in het eerste of tweede ontwikkelingsniveau. Het onderzoek wees uit dat het hierbij van belang is om aandacht te hebben voor de individualiteit en de respectievelijke noden van de individuele cliënten. Tijdens de interpretatie van de resultaten werd beschreven hoe de uitkomsten van het onderzoek verklaard kunnen worden aan de hand van het ontwikkelingsniveau van de cliënt. Omwille van de beperkte tijdsduur van het onderzoek zijn de resultaten slechts indicatief, maar geven ze desondanks alvast een sterke aanwijzing hoe men via de muziektherapie kan aansluiten op het ontwikkelingsniveau van de cliënt. Omwille van het belang van het onderzoeksonderwerp wordt dan ook aangeraden om verder, diepgaand onderzoek uit te voeren.

¹Daar het minderjarige cliënten betreft werd er om ethische redenen en ter bescherming van de privé-sfeer der cliënt gekozen om naar de cliënt te refereren via de hoofdletters E, J, en A.

Literatuurlijst

- American Psychiatric Association (2008). *Beknopte handleiding bij de Diagnostische Criteria van DSM-IV-TR*. Amersfoort: Drukkerij Wilco.
- Bruscia, K. (1987). *Improvisational Models of Music Therapy*. Springfield Illinois: Charles C. Thomas.
- Claes, L., Declercq, K., De Neve, L., Jonckheere, B., Marrecau, J., Morisse, F., Ronsse, E., Vangansbeke, T. (2012). *Emotionele ontwikkeling bij mensen met een verstandelijke beperking*. Antwerpen – Apeldoorn: Gerant.
- Došen, A. (2005). *Psychische stoornissen, gedragsproblemen en verstandelijke handicap. Een integratieve benadering bij kinderen en volwassenen*. Assen: Koninklijke Van Gorcum.
- Došen, A. (2010). *Psychische stoornissen, gedragsproblemen en verstandelijke handicap*. Assen: Koninklijke Van Gorcum.
- Dumortier, E & Vienne, R. (2009). *Toepassing van het ontwikkelingsdynamische kader van Došen. Stimulering van de socio-emotionele ontwikkeling in de verschillende ontwikkelingsfasen*. Niet gepubliceerd document, gebaseerd op werktekst in het kader van stage op de K-dienst Fioretti (P.C.Dr. Guislain). Universiteit Gent, Faculteit Psychologie en Pedagogische Wetenschappen, vakgroep Orthopedagogiek.
- Migchelbrink, F. (2007) *Actieonderzoek voor professionals in zorg en welzijn*. Amsterdam: SWP.
- Migchelbrink, F. (2007) *Praktijkgericht onderzoek in zorg en welzijn*. Amsterdam: SWP.
- Smeijsters, H. (2006). *Handboek Muziektherapie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- van Waning, A. (1999). *Multiculturele samenleving en psychoanalyse*. Assen: van Gorcum en Comp.

Bijlage

Bijlage 1: Zoekstrategie

In deze bijlage is het belangrijk om te vermelden dat ik geen digitale zoekgeschiedenis heb. Het zoeken op digitale databanken was voor mijn onderzoek niet relevant omdat het mij geen extra informatie opleverde.

Ik heb me tijdens het onderzoek dan ook vooral geconcentreerd op boeken en internetbronnen (gevonden via "Google").

Een uitgebreide beschrijving van mijn zoekgeschiedenis is terug te vinden in de scriptie onder paragraaf 1.4 zoekgeschiedenis en picovragen. Mijn vooropgestelde PICO vragen worden hieronder weergegeven.

Omdat ik op dat moment al veel literatuur verzameld had over het ontwikkelingspsychologisch denkkader, ben ik opzoek gegaan naar een combinatie met muziektherapie. Dit door aan de slag te gaan met de volgende PICO vragen:

Wat zijn de effecten van muziektherapie bij kinderen met een gestoorde emotionele ontwikkeling?
(Which effects does music therapy have on emotionally disturbed children)

Wat zijn de effecten van muziektherapie bij kinderen in een psychiatrie?
(Which effects does music therapy have on children in a psychiatric setting)

Hieruit heb enkel relevante artikels gevonden over hoe er op dit moment in de kinder- en jeugdpsychiatrie gewerkt wordt en hoe dit specifiek toegepast wordt bij jongeren met een gestoorde emotionele ontwikkeling.

Bijlage 2: Ontwikkelingsdynamisch kader van Anton Došen

Schema. Ontwikkelingsdynamisch model A. Došen

ontwikkelings- leeftijd	0 - 6 m.	6 - 18 m.	18 m. - 3 j.	3 - 7 j.	7 - 12 j.			
cognitief niveau	diep V.B.	diep V.B.	diep V.B.	ernstig V.B.	ernstig V.B.	matig V.B.	matig V.B.	licht V.B.
emotionele ontwikkeling	ADAPTATIE	EERSTE SOCIALISATIE	EERSTE INDIVIDUATIE	IDENTIFICATIE	REALITEITSBWV			
hulpvraagtype	homeostase ⇕ disregulatie	vertrouwen ⇕ wantrouwen	autonomie ⇕ afhankelijkheid	initiatief ⇕ geremdheid	zelfvertrouwen ⇕ minderwaardigheid			
dagbesteding		ZIJN			DOEN			
existentiële positie	WE - DENTITY			I-DENTITY				
kenmerken emotioneel functioneren	– fysiologische aanpassing – sensorische integratie – arousal-regulatie – integratie van ruimte en tijd	– toegenomen soc. gerichth. – hechting; basale veiligheid – symbiose – angst bij scheiding – transitieel object	– afstand (separatie-individuatie) – interesse leeftijdsgenoten – begin IK (egocentr; "neen") – invloed op omgeving (almacht) – zelfdifferentiatie	– meer initiatief en keuzes – vriendjes – ontstaan van normbesef – identificeren met belangrijke anderen – ego-ontwikkeling	– eigen rol en plaats in omgeving – introspectie / reflectie			
basale emotionele behoefte	– fysiologische homeostase – sensorische integratie – hechtingsstimulatie door affectieve synchronie – organisatie van ervaringen en activiteiten	– lichamelijk contact – hechting – omgaan met materiaal	– internalisering – veiligheidsobject – afstand nemen van hechtingsfiguur – vechten voor eigen autonomie (eigen wil doordrijven)	– sociale normen (regels) – sociale acceptatie – sociale competentie – identificatie-figuur	– volwaardigheid – productiviteit; creativiteit – 'gouden regels' van gedrag – steun door belangrijke anderen			

ontwikkelings- leeftijd	0 - 6 m.	6 - 18 m.	18 m. - 3 j.	3 - 7 j.	7 - 12 j.
adaptief gedrag	– regulatie van fysiologische functies – excitatie-relaxatie – ritme activiteit-inactiviteit – hechtingsgedrag	– hechting aan bep. persoon – sociale spelletjes met anderen – imitatiegedrag – exploratiegedrag	– eigen wil aan anderen duidelijk maken – eerst negatief/koppig/ destructief alvorens constructief – explorerend	– grens fantasie-werkelijkh. niet scherp – conflict met autoriteit – impulsiviteit – externe super-ego	– gebonden aan belangrijke anderen – conformisme met regels – loyaliteit – problemen met affect- en agressieregulatie
maladaptief gedrag	– problemen met fysiologische regulatie en sensor. integratie – zelfverwendend gedrag (ZVG) – teruggetrokkenheid	– protestgedrag; onrust – apathie – agressie tov hechtingsfiguur – ZVG bij hoge frustratie	– constant om aandacht vragen – koppig & negativistisch – overbeweeglijk; chaotisch – destructief; agressief	– faalangst – impulsieve agressie – passiviteit of motorische hyperactiviteit – zwak zelfvertrouwen	– hyperactiviteit – destructiviteit – geremdheid; dwangmatigheid – angsten – delinquent gedrag
psychiatrische stoornis	– contactstoornis – autistische stoornis – atypische psychotische toestand	– psychotische toestanden – depressieve stoornis – bipolaire stoornis – reactieve hechtingsstoornis	– oppositioneel-opstandige stoornis – depressie – angststoornissen	– ADHD – stemmingsstoornissen – angststoornissen – gedragsstoornissen (CD)	– ADHD; OCD – angst- en stemmingsstoornissen – gedragsstoornissen (CD) – persoonlijkheidsstoornissen
emotionele noden: ondersteuning	– nabijheid – prikkelarm – structuur – rust	– nabij op afstand – grenzen – basale veiligheid	– begeleiding op afstand – regels en consequenties – optimaal frustreren – deelverantwoordelijkheid	– uitnodigend en stimulerend – vertrouwensrelatie met begeleider – dragen van verantwoordelijkheid obv succeservaringen	– zowel groep als individueel – herinterpreteren van als negatief beleefde gebeurtenissen
kerntaak begeleiding	reguleren	cirkelen	spel	supernanny	vaardigheden

(Došen, 2010, in Claes et al., 2012, pp. 38-39)

Summary and Synthesis

535

TABLE XXXVII

SIXTY-FOUR CLINICAL TECHNIQUES IN IMPROVISATIONAL MUSIC THERAPY

By Kenneth Bruscia

---TECHNIQUES OF EMPATHY---

Imitating: echoing or reproducing a client's response, after the response has been completed.

Synchronizing: doing what the client is doing at the same time.

Incorporating: using a musical motif or behavior of the client as a theme for one's own improvising or composing, and elaborating it.

Pacing: matching the client's energy level (i.e., intensity and speed).

Reflecting: matching the moods, attitudes, and feelings exhibited by the client.

Exaggerating: bringing out something that is distinctive or unique about the client's response or behavior by amplifying it.

---STRUCTURING TECHNIQUES---

Rhythmic Grounding: keeping a basic beat or providing a rhythmic foundation for the client's improvising.

Tonal Centering: providing a tonal center, scale, or harmonic ground as a base for the client's improvising.

Shaping: helping the client define the length of a phrase and give it an expressive shape.

---TECHNIQUES OF INTIMACY---

Sharing Instruments: using the same instrument as the client, or playing it cooperatively.

Giving: presenting the client with a gift, such as a musical performance, instrument, etc.

Bonding: developing a short piece or song based on the client's responses and using it as a theme for the relationship.

Soliloquys: improvising a song as if talking to oneself about the client.

---ELICITATION TECHNIQUES---

Repeating: reiterating the same rhythm, melody, lyric, movement patterns, etc., either continuously or intermittently.

Modelling: presenting or demonstrating something for the client to imitate or emulate.

Making Spaces: leaving spaces within the structure of one's own improvisation for the client to interject.

Interjecting: waiting for a space in the client's music to fill in the gap.

Extending: adding something to the end of the client's response to supplement it.

Completing: answering or completing the client's musical question or antecedent phrase.

---REDIRECTION TECHNIQUES---

Introducing change: initiating new thematic material (e.g., rhythms, melodies, lyrics) and taking the improvisation in a different direction.

Differentiating: improvising simultaneous music that is separate, distinct, and independent from the client's music yet compatible.

Modulating: changing the meter or key of the ongoing improvisation with the client.

Intensifying: increasing the dynamics, tempo, rhythmic tension, and/or melodic tension.

Calming: reducing or controlling the dynamics, tempo, rhythmic and/or melodic tension.

Intervening: interrupting, de-stabilizing, or redirecting fixations, perseverations, or stereotypes of the client.

Reacting: after an improvisation or playback, asking the client what s/he liked or disliked about it.

Analogizing: after an improvisation or playback, asking the client to cite a situation in life that is analogous to the improvisation or experience.

TABLE XXXVII (continued)

---PROCEDURAL TECHNIQUES---

Enabling: instructing the client about improvising or otherwise assisting him/her.

Shifting: changing from one modality and/or medium of expression to another.

Pausing: having the client make "rests" at various junctures in the improvisation.

Receding: taking a less active or controlling role, and allowing the client to direct the experience.

Experimenting: providing a structure or idea to guide the client's improvising and having him/her experiment with it.

Conducting: directing a musical improvisation through gestures or signs.

Rehearsing: having the client practice an improvisation.

Performing: having the client re-do an improvisation after it has been rehearsed.

Playing Back: having the client listen to a recording of his/her improvisation.

Reporting: after an improvisation or playback, having the client report on his/her experience while improvising.

---EMOTIONAL EXPLORATION TECHNIQUES---

Holding: as the client improvises, the therapist provides a musical background that resonates the client's feelings while containing them.

Doubling: expressing feelings that the client is having difficulty acknowledging or releasing fully.

Contrasting: having the client improvise opposite qualities or feelings.

Making Transitions: having the client find various ways within an improvisation to get from one quality or feeling to its opposite.

Integrating: introducing elements of contrast into the improvisation, then combining, balancing, or making them compatible.

---REFERENTIAL TECHNIQUES---

Pairing: the therapist improvises different musical motifs to selected client responses, and then plays the motif every time the client emits the response.

Symbolizing: having the client use something musical (e.g., instrument, motif) to stand for or represent something else (e.g., event or person).

Recollecting: having the client recall or imagine sounds that accompany a particular situation or event, and reproducing them.

Free associating: having the client say whatever comes to mind upon listening to an improvisation, including imagery, memories or associations.

Projecting: having the client improvise music that depicts a real situation, feeling, event, relationship, etc.

Fantasizing: having the client improvise music to a fantasy, story, myth, or dream.

Story-telling: improvising music and stimulating the client to make up a story.

---DISCUSSION TECHNIQUES---

Connecting: verbalizing or asking the client how various aspects of the client's experiences or expressions relate to one another.

Probing: asking questions or making statements to elicit information from the client.

Clarifying: getting the client to elaborate on, clarify, or verify information that has already been offered.

Summarizing: verbally recapitulating events in therapy and stating them concisely, or reviewing the client's experiences or responses during a particular phase of therapy or life situation.

TABLE XXXVII (continued)

--EMOTIONAL EXPLORATION TECHNIQUES --

Sequencing: helping the client to put things in sequential order (e.g., sections of an improvisation, events of a story, or autobiographical information).

Splitting: improvising with the client two conflicting aspects of the client's self.

Transferring: improvising duets with the client that explore significant relationships in his/her life.

Role-Taking: swapping various roles with the client while improvising.

Anchoring: associating a significant experience in therapy to something that will enable the client to recall it easily, or recasting the experience in a modality, medium, or form that will externalize or consolidate it.

---DISCUSSION TECHNIQUES---

Feedback: verbalizing how the client might appear, sound or feel to another person.

Interpreting: offering possible explanations for the client's experiences.

Metaprocessing: having the client switch to a level of consciousness that enables him/her to observe and react to what s/he is doing or feeling.

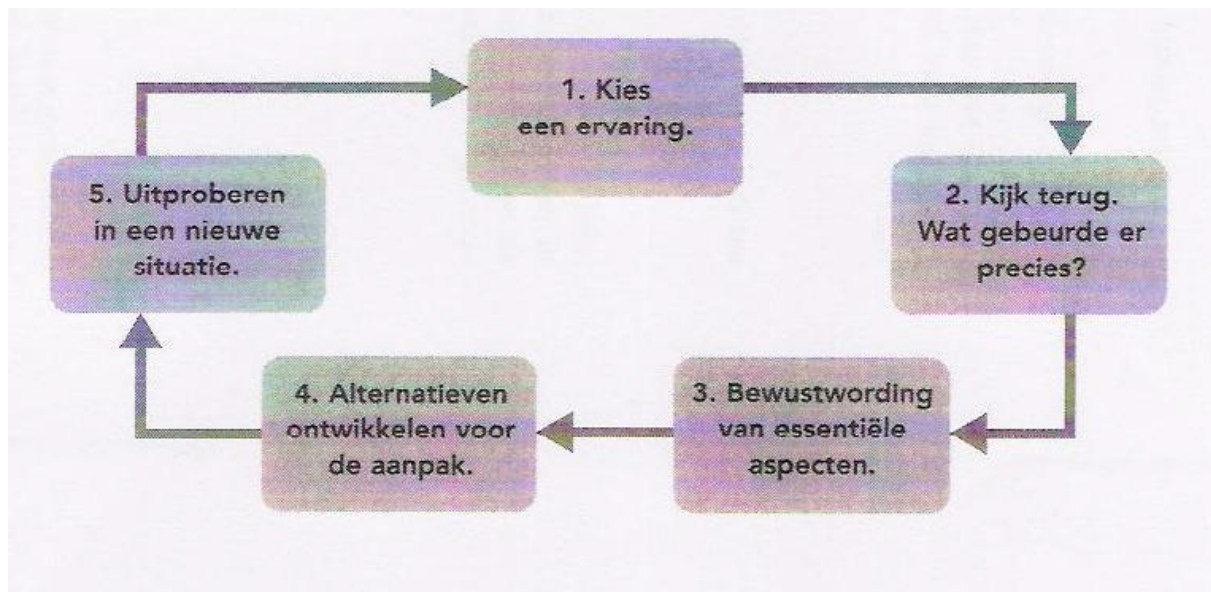
Reinforcing: rewarding the client or withdrawing reinforcement according to the client's behavior.

Confronting: challenging the client by pointing out discrepancies or contradictions in his/her responses.

Disclosing: revealing something personal to the client, talking about oneself during a session.

techniques have been grouped under headings according to their primary application or use within an improvisational session. Techniques are most commonly used to: convey empathy, provide a musical structure for the client's improvising, organize the process of improvising, stimulate referential improvisations, explore emotions, and discuss therapeutic issues. It should be noted that every technique actually fits under several headings, and that there is an endless number of headings that could be used.

(Bruscia, 1987, pp. 535-537)

Bijlage 4: Reflectiecyclus volgens Korthagen

(Migchelbrink, 2007b, p. 243)

Bijlage 5: Observatieschema

Naam patiënt:

Datum:

Afdeling:

Naam therapeut:

Korte beschrijving van de sessie
Eerste algemene indruk

Communicatie	Soc. Vaardigheden: Betrokken Inlevend Behulpzaam afwijzend storend	V	M	Interacties: Open Op zichzelf gericht Afwijzend Overheersend Contactmatig	V	M	Initiatief: Door uitnodiging Uit zichzelf Veel eigen inbreng Geen eigen inbreng Eigen inbreng	V	M	Opmerkingen:
Structuur	Gedrag: Afhankelijkheid Rituelen/stereotyp. Ordering/organisatie Chaos Afronden v.d. sessie	V	M	Gedrag: Aanpassing Creativiteit Opbouw Imitatie Herhaling Afronden v.h. spel	M	Opmerkingen:				
Emotie	Stemming: Blijdschap Enthousiasme Tevredenheid Somberheid Angst Boosheid Zenuwen Achterdocht Agressie Prikkelbaarheid			Uitdrukking: In muziek Houding Erover praten Weg stoppen		Invloed: Herinneringen Ideeën/fantasieën Waardegebieden Sfeer Medepatiënten Receptieve MT Actieve MT Praten		Opmerkingen:		
Expressie	Eigen dynamiek: Onaangenaam Hard Duidelijk Zacht Neutraal Spelplezier	V	M	Eigen tempo: Gejaagd Snel Rustig Langzaam	V	M	Opmerkingen:			
Concentratie	Gedrag: Korte spanningsboog Lange spanningsboog K. termijn geheugen L. termijn geheugen	V	M	Gedrag: Innerlijk afwezig Waakzaam Inzicht Overzicht	V	M	Invloed: Receptieve MT Actieve MT Praten Stemming		Opmerkingen:	
Ontspanning	Gedrag: Gedachten los laten Genieten Veilig voelen Rustig voelen			Gedrag: Aan problemen denken Niet veilig voelen Onrustig voelen		Invloed: Receptieve MT Actieve MT Praten Stemming Medepatiënten		Opmerkingen:		
Contact	Verbale begrenzing: Fysieke begrenzing: Oogcontact: Nabijheid: Prikkel/afleiding: Vertrouwen:									
Opmerkingen										

Bijlage 6: Van inschatting naar ondersteuning

Schema. Van inschatting naar ondersteuning

	FASE 1 Adaptatiefase (0-6 maanden)	FASE 2 Eerste socialisatiefase (6-18 maanden)	FASE 3 Eerste individuatiefase (18-36 maanden)	FASE 4 Identificatiefase (3-7 jaar)	FASE 5 Realiteitsbewustwordings- fase (7-12 jaar)
Hulpvraag- type	homeostase ⇕ disregulatie	vertrouwen ⇕ wantrouwen	autonomie ⇕ afhankelijkheid	initiatief ⇕ geremdheid	zelfvertrouwen ⇕ minderwaardigheid
Afstand & nabijheid	- WE-dentify - Onvoorwaardelijk waarde- rende/ gelijkwaardige relatie - Nabijheid & responsiviteit - Grote beschikbaarheid - Samen ZIJN - Affectieve synchronie - Alert voor tempo, signalen - Reguleren naar minimaal evenwicht	- WE-dentify - Emotionele beschikbaarheid 'Te-betrouwenrelatie' voor emotioneel bijtanken - Nabijheid op afstand - Afstand helpen overbruggen door creatieve 'trucjes' - Transitioneel object - Holding & Containment	- Beginnende I-dentify - Ruimte voor lukken en mislukken - Diplomatie & onderhande- ling - Compromis - Ruimte om te proberen, ervaringsgericht leren - Aandacht voor succeserva- ringen - Veilige terugvalbasis: nabijheid op afstand voor emotioneel bijtanken - Naar vertrouwensrelatie	- I-dentify - Grotere verantwoordelijk- heid - Grotere zelfbepaling - Begeleider als voorbeeld- functie, rolmodel - Positieve feedback geven - Stimuleren en uitnodigen - Aandacht voor succeserva- ringen - Vertrouwensrelatie	- I-dentify - Voorwaarden-scheppend - Op afstand mét terugval- basis - Ondersteunend & inzicht- gevend - Ruimte laten voor de mening van vrienden - Vertrouwensrelatie
Structuur & grenzen	- Basisveiligheid bieden door structuur in tijd en ruimte: voorspelbaarheid en herkenbaarheid - Regelmaat - Duidelijkheid - Begrenzen door overnemen, lichamelijke nabijheid,...	- Houvast door consequente, voorspelbare begeleider - Duidelijkheid & grenzen herhalen - Ondersteuning bij overgan- gen, helpen overbruggen - Preventief werken - Duidelijk en consequent begrenzen door overnemen, uit de situatie halen...	- Houvast door duidelijke regels en consequenties - Verwacht grensoverschrij- dingen - Onderhandelen - Discreet sturen - Kans bieden tot herstel - Duidelijk en consequent begrenzen	- Duidelijkheid geven over 'waarom' van grenzen - Duiding en onderhandeling - Houvast bieden door ankerpunten	- Ruimte bieden voor onder- handeling, evenwaardige partner - Bespreken van 'waarom' - Aandacht voor 'golden rules' - Kansen bieden tot leren in groep
Activiteiten	- Prikkel dosering (verarming ≠ leegte) - Nauwgezette observatie - Omgeving aanpassen - Flexibel evenwicht tussen rust/ontspanning en inspan- ning	- Eenvoudig - Terugkerend - Nadruk op de relatie - SAMEN ZIJN > ALLEEN DOEN	- ZELF DOEN binnen veilig kader met terugvalbasis (Deel)-verantwoordelijkheid - Flexibel overnemen (wan- neer het niet lukt) en daarna weer teruggeven aan cliënt	- Versterken van de eigen- waarde - Positieve bevestiging geven op basis van 'eigen presta- ties' van de cliënt - Op zoek naar zaken waarin cliënt kan 'uitblinken' - Samenspel ondersteunen	- Grotere verantwoordelijk- heden - Ondersteunen in het in- nemen van duidelijke rol (plaats in omgeving) - Voorwaarden scheppen om te oefenen met competitie, productiviteit en creativiteit
Communicatie	- Non-verbale signalen - Nabijheidszintuigen - Hier en nu - Let op: overschatting van verbale signalen - Nood aan nabijheid = de boodschap	- Bevestigen van de relatie - Let op: overschatting van verbale signalen - Hier en nu - SAMEN DOEN > SAMEN PRATEN	- Praten over beginnend IK - Duidelijk zijn - Eenvoudige humor werkt	- Aandacht voor dagelijkse, gewone gesprekken, met veel kansen voor actieve inbreng van de cliënt - Beginnende reflectie over conflicten - Rust en veilig zijn bij angst bij verwarring realiteit/ fantasie	- Analyseren en reflecteren - Mogelijkheden van groeps- gesprekken - Aandacht voor herinterpre- teren van negatief beleefde situaties
Bij probleemgedrag	= totale ontreddeering, ontregeling - Onvoorwaardelijke ac- ceptatie - Emotioneel neutraal - Begrenzen - Veiligheid bieden - Eventueel medicatie	= angst, aftasten hoe stevig de relatie is: 'Ben jij betrouwbaar?' - Onvoorwaardelijke ac- ceptatie - Emotioneel neutraal - Rustig en stevig handelen - Begrenzen en beveiligen - Bewust omgaan met splitting - Therapeutische ondersteu- ning voor cliënt en eventueel medicatie	= zin doordrijven, vechten voor autonomie - Onder grensoverschrijdingen zit angst - Gebruik dialectiek: ruimte bieden én begrenzen, ... - Bewust omgaan met 'aan- dacht vragen', met conflicten - Bevestigen van de relatie - Geweldloze, containende grondhouding - Rustig en stevig begrenzen - Therapeutische ondersteu- ning voor cliënt en eventueel medicatie	= conflict met autoriteit, be- twisten van regels omwille van de inhoud - Vorming en psycho-educatie voor de cliënt - Duidelijke betrouwbare grenzen bieden - Specifieke therapievormen en eventueel medicatie	- Ondersteunen o.v.v. agres- sieregulatie en affect - Duidelijke grenzen stellen - Vorming en psycho-educatie voor de cliënt - Specifieke therapeutische interventies en eventueel medicatie

(Claes et al., 2012, pp. 70-71)

Bijlage 7: Verklaring van de begrippen

Došen 1:

We-dentity: Personen die zich in de adaptatiefase bevinden, hebben behoefte aan nabijheid. Zij hebben nog geen eigen ik (I-Dentity). Het WIJ-gevoel is in deze fase dan ook het belangrijkste (WE-Dentity) (Claes et al., 2012).

Nabijheid & responsiviteit: De nabijheid en responsiviteit van de vertrouwde begeleider zijn heel belangrijk. Hierdoor kan er voortdurend worden ingespeeld op wat de persoon op dat moment aankan (Claes et al., 2012).

Samen ZIJN: Binnen de ondersteuning van de cliënt dient de nadruk te liggen op het samen zijn en het samen zaken doen. Hiermee wordt bedoeld een aanwezigheid en/of beschikbaarheid van begeleiders (Claes et al., 2012).

Affectieve synchronie: Het duidelijk emotioneel afstemmen op de cliënt van de begeleider (Claes et al., 2012).

Alert voor tempo, signalen: Er wordt in de ondersteuning afgestemd op de noden van de individuele cliënt. Hierbij wordt het tempo van de cliënt gevolgd en reageert de begeleider op de signalen die de cliënt geeft (Claes et al., 2012).

Reguleren naar minimaal evenwicht: Onder reguleren naar minimaal evenwicht wordt verstaan het streven naar een situatie van zo groot mogelijke innerlijke rust (Claes et al., 2012).

Basisveiligheid bieden door structuur in tijd en ruimte: voorspelbaarheid en herkenbaarheid: Binnen de begeleiding wordt er geprobeerd om structuren te installeren om een gevoel van basisveiligheid te creëren. Voorspelbaarheid, regelmaat, herkenbaarheid en duidelijkheid moeten de overhand hebben (Claes et al., 2012).

Begrenzen door overnemen, lichamelijke nabijheid: Begrenzen kan beteken dat je als begeleider overneemt wat de cliënt zelf niet (of niet meer) kan. Of dat je samen doet wat de cliënt (niet meer) alleen kan (Claes et al., 2012).

Prikkeldosering (Verarming ≠ leegte): Een gedoseerd, weloverwogen aanbod van prikkels is de boodschap in de dagelijkse ondersteuning van de cliënten. Cliënten dienen te worden beschermd tegen te intensieve of te veel (verschillende) prikkels (Claes et al., 2012).

Nauwgezette observatie: Nauwgezet observeren kan aantonen dat cliënten op hun eigen manier zoeken naar een manier om om te gaan met een teveel aan spanning of prikkels (Claes et al., 2012).

Flexibel evenwicht tussen rust/ontspanning en inspanning: Bij de ondersteuning wordt er gestreefd naar een evenwicht tussen inspanning en ontspanning, tussen actie en rust, tussen slapen en waken; we zijn beducht voor een gebrek of een teveel aan stimulering (Claes et al., 2012).

Došen 2:

Emotionele beschikbaarheid: De jongeren die zich situeren op dit niveau hebben een grote behoefte aan fysieke beschikbaarheid, gezamenlijkheid (samen zijn en doen) en een voldoende mate aan duidelijkheid, voorspelbaarheid en veiligheid (Claes et al., 2012).

'Te- betrouwenrelatie' voor emotioneel bijtanken: Het kan een geruime tijd duren eer er tussen de cliënt en zijn persoonlijke begeleider een vorm van verbondenheid is. Zodra de cliënt die verbondenheid voelt en weet dat hij kan 'be- trouwen' op zijn begeleider, biedt het een houvast voor cliënt en begeleider. Je bent als begeleider betrouwbaar als je bv. duidelijke afspraken maakt met je cliënt en deze ook nakomt. Cliënten in deze fase hebben deze 'te-betrouwenrelatie' nodig; zij moeten heel regelmatig emotioneel kunnen komen bijtanken om weer verder te kunnen (Claes et al., 2012).

Nabijheid op afstand: De grote behoefte aan nabijheid betekent niet dat je als begeleider letterlijk 24 uur per dag nabij bent. Dit is niet aangewezen in de ondersteuning van de cliënt. Wanneer we de cliënt willen ondersteunen in het ontwikkelen van een eigen ik, is het belangrijk dat de cliënt zelf een aantal zaken leert ondernemen, met de geruststellende nabijheid van de begeleider. Dit is anders dan

alles zonder meer overnemen. We spreken in dit geval ook wel van 'cirkelen' of het bieden van 'nabijheid op een afstand'. In fase twee ligt de nadruk hierbij nog op de nabijheid, in fase drie al eerder op de afstand (Claes et al., 2012).

Afstand helpen overbruggen door creatieve 'trucjes': Beschikbaarheid betekent soms ook: aangeven wanneer je niet (meer) beschikbaar bent en wanneer (weer) wel. Door dit laatste ook te noemen, bied je perspectief en bewaak je de haalbaarheid. Een duidelijke verwijzing naar de klok, een afspraak in de agenda... kunnen de cliënt verder helpen tot aan het volgende moment 'samen' (Claes et al., 2012). Door gebruik te maken van deze 'trucjes' kan de afstand overbrugd worden.

Holding: Het concept van een 'holding environment' (Winnicott, 1960, in Claes et al., 2012) vindt zijn roots in de fysieke relatie tussen moeder en kind. Het kind voelt zich veilig of niet in de armen van zijn moeder. Winnicott breidt 'holding' uit tot de totale emotionele en fysieke omgeving die gecreëerd wordt door de moeder en door haar capaciteit om het kind in gedachten vast te houden en intuïtief te reageren op de noden van het kind. Op deze manier drukt zij haar liefde, haar bezorgdheid, haar aanvaarding en haar interesse uit in het kind. Op basis van de veiligheid die het kind ervaart door 'vastgehouden' te worden door de moeder en de verzorgende omgeving, begint het zich te onderscheiden van de moeder en zichzelf en de wereld te ontdekken. Dit is essentieel voor de latere 'ik' ontwikkeling (Claes et al., 2012).

Houvast door consequente, voorspelbare begeleider: Voor mensen met een verstandelijke beperking is het vaak realiteit dat hun professionele begeleiders wisselen en dat zij steeds opnieuw moeten wennen aan en een relatie opbouwen met nieuwe mensen (Claes et al., 2012). Het geeft de cliënten houvast indien ze steeds consequente voorspelbare begeleiders hebben.

Duidelijkheid & grenzen herhalen: Grenzen en begrenzen zijn sleutelwoorden in de ondersteuning bij deze cliënten. Vanuit een verbondenheid en een 'te-betrouwenrelatie' bied je je cliënt ook duidelijke grenzen. Elk mens heeft grenzen en duidelijkheid, een houvast nodig om een basisveiligheid te kunnen ervaren. Begrenzing moet dus duidelijke en consequent zijn (Claes et al., 2012).

Ondersteuning bij overgangen, helpen overbruggen: Het bieden van structuur en houvast is belangrijk bij de overgangsmomenten. Een overgangsmoment kan bijvoorbeeld zijn: de drukte in de leefgroep wanneer iedereen terugkomt van het atelier of het vertrekken naar een activiteit of therapie. Gezien hun grote behoefte aan nabijheid en duidelijkheid zijn dit typische situaties die voor deze cliënten veel stress veroorzaken. Alertheid voor dit punt kan betekenen dat een cliënt op de moeilijke momenten letterlijk van dichtbij wordt ondersteund of dat een drukke situatie wordt vermeden (Claes et al., 2012).

Preventief werken: Het vermijden van conflicten is bijna onmogelijk. Toch kan er preventief gewerkt worden door bijvoorbeeld, inlassen van rustmomenten, schrappen en beperken van activiteiten (Claes et al., 2012).

Duidelijk en consequent begrenzen door overnemen, uit de situatie halen: Cliënten worden raken nog vaak overspoeld door veel zaken, of verliezen zichzelf in opdrachten, rituelen. Vanuit een onvoorwaardelijk waarderende grondhouding neem je op die momenten over. Zonder discussie met of verwijt naar de cliënt. Op deze manier begrenst je en biedt je veiligheid (Claes et al., 2012).

Bijlage 8: Observatie voorbeelden

1. Observatie voorbeeld van cliënt, E., gesitueerd op het eerste ontwikkelingsniveau van Došen.

Sessie 3: 03/04/2013

Bruscia techniek	Inzetten van de techniek in de sessie	Reactie van de cliënt	Interpretaties/gedachten
Enabling	0.20' Therapeut herhaalt de sessie van vorige week Therapeut geeft uitleg aan de cliënt over de voorbereide werkvorm 18.15' Therapeut geeft de instructie om aan het spel te beginnen	Cliënt weet nog precies wat we allemaal gedaan hebben en kan dit ook benoemen. Cliënt luistert en kan de instructies toepassen. Wil eerst nog haar akkoorden spelen (die ze bij iemand anders geleerd heeft) blijft hier even in vasthangen, negeert de therapeut en spreekt verder over haar akkoorden en speelt ze ook.	Minder begrenzend instructies nodig, het spel loopt zonder veel afleidingen
Calming	Therapeut heeft ervoor gekozen andere instrumenten te gebruiken (niet meer de drum) omdat deze stiller klinken. Therapeut brengt calming in het spel door een associatie te maken met een dier dat stil (muis) en traag (slak) speelt. 13.50' Therapeut moet verbaal instructies geven om een traag spel te kunnen verkrijgen 20.48' Therapeut geeft verbaal instructies om de cliënt aan te sporen om trager te spelen.	Cliënt luistert naar deze instructies en gaat trager spelen Cliënt luistert hiernaar en doet haar best om trager te spelen.	
Intensifying	Therapeut brengt intensifying aan door een associatie te maken met een dier dat luid (leeuw) en snel (kangoeroe) speelt	Cliënt speelt de leeuw echt luid! Cliënt speelt snel, maar vooral erg luid!	
Experimenting	1.48' Therapeut verschaft een structuur en een idee om het improviseren van de cliënt te leiden en vraagt de cliënt om te experimenteren met haar expressiemogelijkheden	Cliënt is in eerste instantie vooral benieuwd naar het nieuwe instrument van de therapeut maar wil ook op haar instrument wel spelen.	

		Cliënt gaat creatief op zoek naar hoe ze een instrument anders kan laten klinken (bijvoorbeeld door op de zijkant te slaan om stiller te spelen)	
Reinforcing	1.50' Therapeut stimuleert de cliënt door positieve bevestiging in haar spel.	Cliënt stapt er uiteindelijk in mee	
Symbolizing	De therapeut laat in deze werkvorm de cliënt muzikaal associëren op iets buiten muzikaals. Namelijk 4 speelwijzen zijn 4 verschillende dieren. Deze sessie hebben we dit uitgebreid naar visuele prenten van deze dieren.		
Rhythmic grouping	Therapeut verschaft tijdens de werkvorm een ritme (op gitaar) waarboven de cliënt op xylofoon improviseert	Cliënt improviseert maar niet altijd in het ritme. Cliënt loopt vast in een stereotiep spel	Het lijkt haar niet op te vallen, er is geen 'samen'
Tonal centering	Therapeut verschaft tijdens de werkvorm een tonaal centrum in C op de gitaar waarboven de cliënt op de xylofoon die ook in C staat improviseert	Cliënt improviseert, maar loopt snel vast in stereotiep spel	
Shaping	7.54' Therapeut bepaald de lengte van het spel door de cliënt aan te raken wanneer er gewisseld wordt van dier. 14.17' Therapeut legt het spel stil omdat de cliënt zich lijkt te verliezen in herhaling	Cliënt stopt onmiddellijk met spelen, glimlacht en draait het kaartje om. Cliënt stopt met spelen en luistert naar de uitleg en kan nadien wel terug traag spelen	Gaat veel sneller dan twee sessies geleden. Ze lijkt het leuk te vinden het kaartje te mogen draaien Ook de luide rond ze snel af
Pacing	Gedurende het spel stemt de therapeut zich af op de cliënt. tussen het spelen door begrenst de therapeut vooral.	Cliënt lijkt dit niet op te merken	Er is geen 'samen'
Giving	17.28' De therapeut biedt de cliënt de gitaar aan omdat de cliënt hier heel graag mee wil spelen.	Neemt de gitaar onmiddellijk juist vast	Lijkt blij te zijn dat zij nu op de gitaar mag spelen
Intervening	De therapeut onderbreekt, begrenst en geeft heel de sessie door een andere richting aan fixaties en stereotypen van de cliënt.	Cliënt gaat hier nog steeds niet altijd op in maar het gaat steeds beter, er is duidelijk vooruitgang. De cliënt kan steeds beter begrenst worden door de therapeut.	
Conducting	Deze sessie wordt er voor de eerste keer gebruik gemaakt van prenten met de dieren op. Dit	De spanning lijkt minder, de cliënt wisselt makkelijker en	Omdat nu geen van beide invloed heeft op de volgorde van

	zorgt ervoor dat de bepaling van de manier van spelen bepaald wordt door een derde.	sneller tussen de verschillende dieren. als er drie keer na elkaar hetzelfde dier komt zucht ze even maar speelt wel door	spelvormen lijkt de cliënt makkelijker te aanvaarden wat er gespeeld moet worden
Opmerking: speelsheid in het spel is erg belangrijk om het kind betrokken te houden. Duur van de therapiesessies: 23.59'			

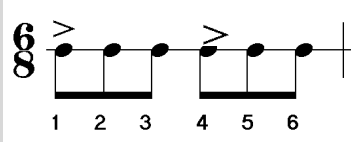
2. Observatie voorbeeld van cliënt, A., gesitueerd op het tweede ontwikkelingsniveau van Došen.

Sessie 3: 03/04/2013

Bruscia techniek	Inzetten van de techniek in de sessie	Reactie van de cliënt	Interpretaties/gedachten
Pacing	6.41' Therapeut zwijgt ook en is rustig	Cliënt blijft stil.	Cliënt lijkt zich ondersteund en gehoord te voelen
	Therapeut vraagt wat de cliënt wil doen, vraagt waar hij zin in heeft.	Cliënt blijft stil. Antwoordt wel dat hij niet nog eens het nummer wil horen.	Cliënt lacht voldaan, tevreden. Houdt geen rekening met de therapeut, hij hoort wat ze doet maar lijkt haar nog steeds niet te zien (=sessie 2)
	10.00' Therapeut gaat mee in zijn energieniveau door gebruik te maken van dezelfde dynamiek en snelheid.	Gaat met zijn hoofd mee op elke tel Gaat luider spelen De cliënt kijkt enkele keren naar de gitaar van de therapeut Hij rond het spel af 12.30' en zegt "Dat is wel goed gespeeld" en zet de gitaar weg	
Rhythmic grounding	11.09' Therapeut houdt de basis beat aan.	De cliënt speelt hierin mee Gaat met zijn hoofd mee op elke tel (4/4) De cliënt gaat luider spelen	De cliënt lijkt zich ondersteund te voelen en ervan te genieten.
Extending	12.30' Therapeut speelt minder maar stopt niet volledig. De therapeut gaat terug over naar de begintonen van Hallelujah (G-Em-G)	Client rondt het spel af Client glimlacht, kijkt naar de gitaar. De cliënt zet zich iets meer in de richting van de gitaar. De cliënt beweegt zijn hoofd mee op de zware tellen.	De cliënt herkent het nummer en lijkt opnieuw geboeid
Synchronizing	10.40' Therapeut herhaalt de bastoon die de cliënt speelt Daarna speelt de therapeut ook in hetzelfde ritme als de cliënt	Eerst enkele seconden geen reactie, dan kijkt hij even omhoog naar de handen van de therapeut De cliënt rond het spel af op 12.30' en zegt: "Dat is wel goed gespeeld" En zet de gitaar weg	De cliënt lacht voldaan, tevreden. Houdt geen rekening met de therapeut, hij hoort wat ze doet maar lijkt haar nog steeds niet te zien (=sessie 2)
Giving	0' Therapeut geeft de tekst van Hallelujah aan de cliënt, het lied dat ze voor de cliënt zal spelen	De cliënt neemt het blaadje aan en zegt: "Ik kan wel niet goed lezen he, je kent me al he?" Hij zit voorovergebogen	Het spelen van Hallelujah lijkt een manier te zijn hoe de cliënt zijn veiligheid en structuur probeert te creëren.
	6.41' Lied is gedaan, therapeut zegt niets	Blijft voorovergebogen zitten. Zegt niets 7.19' "ik vind dat mooi" terwijl hij therapeut aankijkt De cliënt knikt 2x ja met zijn	Lijkt ervan genoten te hebben. De cliënt knikt een bevestigende ja.

Tonal centering		hoofd. Gaaf verbaal in op het nummer, vraagt wie het gezongen heeft, zegt dat Shrek het gezongen heeft	
	8.35' "Zin om het nog eens te horen?"	"Nee" Kijkt naar de klok.	
Sharing instruments	10.09' Therapeut verschaft een cadens. Therapeut speelt G-E-C	De cliënt blijft meespelen De cliënt gaat luider spelen	De cliënt lacht voldaan, tevreden. Houdt geen rekening met de therapeut, hij hoort wat ze doet maar lijkt haar nog steeds niet te zien (=sessie 2)
	Therapeut en cliënt spelen allebei op de gitaar	Hij rond het spel af 12.30' en zegt "Dat is wel goed gespeeld" en zet de gitaar wel Therapeut en cliënt spelen allebei op de gitaar	
Experimenting	9.00' Therapeut biedt verschillende keren mogelijke dingen aan die de cliënt kan doen. vraagt "waar heb jij zin in"	Cliënt wijst alles af, zegt dat hij niet weet wat hij wil doen. Schudt zijn hoofd "nee". De cliënt staat op en neemt uit eigen initiatief de gitaar.	Deze openheid geeft hem de ruimte om zelf initiatief te kunnen, durven nemen.
	Duurt tot 10.25'		

Belangrijke observatie tijdens sessie 03/04/2013

Bruscia techniek	Inzetten van de techniek in de sessie	Reactie van de cliënt	Interpretaties/gedachten
13' tot 21.07'			
Rhythmic grounding	Therapeut speelt het ritme van Hallelujah in tokkel 13.50' speelt zelfde ritme maar nu met slag	Zit voorovergebogen Beweegt mee op de tellen 	Beweging lijkt stereotiep maar steeds in het ritme.
Tonal Centering	Therapeut speelt G-E-C-D		
Pacing	Therapeut stemt af op energieniveau van de cliënt 19.17' Therapeut stemt zich af op de bewegingen van de cliënt	19.17' hij beweegt rustiger	19.17' Het lijkt alsof het mag bestaan, dat hij minder grote bewegingen maakt.
Intensifiying			Intensifiying: het

Synconizing	13.50' Verandering van tokkel naar slag	13.50' Beweegt met zijn hele lichaam mee in het ritme. De cliënt glimlacht.	luidere spel lijkt hij leuker te vinden. Voelt zich vrij genoeg om dit te doen
	14.48' Therapeut speelt luider en sneller	14.48' Beweegt mee heviger	
	16.13' Therapeut speelt terug luider (omdat hij terug op elke tel met zijn hoofd beweegt)	16.13' Beweegt terug op elke tel	
	18.08' Therapeut speelt luider (intensier)	18.08' Sluit zijn ogen en trekt grimassen. Beweging van het hoofd niet enkel meer op en neer maar alle kanten op. Na ongeveer 10 seconden beweegt hij opnieuw enkel mee op de zware tellen. maar nog steeds groot, dit een 7tal seconden	18.08' Gaat helemaal op in de muziek, lijkt alsof hij op een concert zit, en helemaal opgaat in de muziek
		18.42' hij sluit zijn ogen	18.48' Armen lijken gespannen
		18.48' begint in het ritme te wippen op zijn kussen en voor het eerst beweegt hij met zijn lichaam in heel het ritme.	
		18.52' met wijsvingers vooruit maakt hij armbewegingen, armbewegingen worden groter	18.52' Het lijkt alsof hij het spel dirigeert. Hij voelt het spel aan en doet het fysiek mee, heel muzikaal.
		19.03' In plaats van met zijn vingers te dirigeren gebruikt hij nu zijn hele handen.	19.37' nog steeds intens
	19.37' Therapeut speelt opnieuw luider	19.37' Dirigeert met zijn hele lichaam mee, veert weer op.	
	20.15' Therapeut speelt veel sneller	20.15' Cliënt gaat mee in dat ritme en dirigeert sneller	
Calming	15.40' Therapeut stemt de snelheid en het ritme af op de bewegingen van de cliënt	15.40' Cliënt blijft hetzelfde doen	
	20.20' Therapeut stemt het spel af op de intensiteit waarmee hij dirigeert.	20.20' Cliënt wisselt sneller in dynamiek en snelheid	
	16.00' Therapeut speelt rustiger (afgesteld op de mindere beweging van de cliënt)	16.00' Beweegt enkel nog op de zware tellen tot 16.13'	
	19.17' Therapeut	19.17' Cliënt stopt met dirigeren, zet zich	

Intervening	gaat kalmer spelen doordat de cliënt stopt met te dirigeren.	even voorover en begint dan weer met zijn hoofd te bewegen 19.24' Begint terug te dirigeren en sluit zijn ogen.	
	16.40' Therapeut begint erbij te zingen	16.40' Cliënt stopt na 3 seconden met bewegen. Op 17.16' begint hij terug zachtjes mee te bewegen.	
Making space	17.30' Therapeut stopt met zingen	17.30' Cliënt gaat rechter zitten en begint opnieuw met zijn hoofd mee te bewegen en heviger dan ervoor	Muzikaal! Hij lijkt ervan te genieten, maar blijft de therapeut niet zien, zit volledig in de muziek.
	19.19' Therapeut verschaft ruimte binnen de structuur van de improvisatie	19.19' Cliënt voelt die rust en brengt ook die rust in tijdens zijn dirigeren. Op het einde van de frase gaan zijn vingers omhoog. Hij dirigeert in de juiste spanningsboog.	
Opmerking 1: Zit volledig in de muziek en hij ziet de therapeut niet. Opmerking 2: Bijna twee minuten volledig stilte. De cliënt lijkt na te genieten. zit weer voorovergebogen. Lijkt de muziek te laten uitklinken. Opmerking 3: dit lijkt heel erg op gedrag uit een Došen 1 niveau. Omhullende klanken van de moeder. Duur van de therapiesessie: 23.35'			

3. Observatie voorbeeld van de cliënt, J., gesitueerd op het tweede ontwikkelingsniveau van Došen.

Sessie 3: 10/04/2013

Bruscia techniek	Inzetten van de techniek in de sessie	Reactie van de cliënt	Interpretaties/gedachten
Enabling	00.54' "We gaan nog eerst herhalen wat we vorige week gespeeld hebben om op te warmen"	"Ja, dat is goed"	
	1.00' "Pak jij jouw trommel?"	Cliënt staat op en haalt hem	
	5.10' Therapeut legt uit hoe een dynamische opbouw nog ander kan gespeeld worden om een duidelijkere opbouw te bereiken bij de cliënt	Cliënt lijkt dit te begrijpen en wil het opnieuw proberen	
	8.30' Therapeut geeft nieuwe instructies voor werkvorm de tempelbaan	Luistert aandachtig naar de uitleg.	
	20.11' Therapeut legt uit hoe ze op de kazoo moet spelen	Cliënt volgt de instructies om, draait de kazoo op en speelt erop.	
	20.20' "Ga je me nog wat helpen opruimen?"	"ja"	
Imitating	12.08' Therapeut imiteert de cliënt wanneer zij de volger is bij de werkvorm tempelbaan		Wat minder oogcontact als voordien, wanneer de cliënt mocht volgen
Intensifying	4.28' "Doe maar luider" Therapeut probeert de cliënt verbaal te stimuleren om de opbouw goed te maken.	Cliënt doet dit	
	16.02' Therapeut speelt luider en sneller	Cliënt gaat hierin mee.	Dialogoospel lijkt te ontstaan. vraag en antwoord
Calming	2.14' Werkvorm met dynamische afbouw	Doet mee Glimlacht bij het luide spel Kijkt de therapeut bijna voortdurend aan Ze bouwt helemaal mee af en imiteert de houding van de therapeut.	Cliënt vond het leuk

Shaping	7.20' Werkvorm met dynamische afbouw	Doet mee, glimlacht. aan het eind lacht ze breed	
	15.18' Therapeut speelt bewust traag en rustig	Gaat hierin mee maar haar antwoord is steeds sneller en luider dan het voorbeeld	De cliënt kan leegte laten bestaan
	5.15' Therapeut helpt de cliënt het spel af te ronden door een korte versnelling in te bouwen en oogcontact te maken	Gaat hierin mee en bouwt haar spel af met een glimlach.	
Role-playing	2.06' "Heb jij zin om te beginnen?"	"Nee, doe jij maar"	
	3.18' "En wat wil jij?"	Cliënt neemt spontaan de leiding, kiest zelf het ritme en de dynamische structuur	Dit lijkt makkelijker te gaan dan voorheen.
	5.43' "Jij gaat het leiden he?!" "jij kan dat"	"Ja" Cliënt neemt de leiding	
Pacing	7.20" "Zal ik nog eentje doen?" Therapeut neemt de leiding	"Ja"	
	12.08' Therapeut volgt	Cliënt neemt de leiding en gaat creatief om met de instrumenten.	Doet dit enthousiast
	15.08' Therapeut neemt de leiding	Cliënt volgt	
	19.47' "is het weer aan jou? zullen we eens wisselen?"	"Ja"	
	De hele sessie lang stemt de therapeut af op het energieniveau van de cliënt		Het lijkt de cliënt te ondersteunen en zekerheid te bieden.
Synchronizing	3.26' Therapeut stemt af en synchroniseert het spel van de cliënt	Cliënt speelt door	
Introducing change	14.42' Therapeut tracht de improvisatie een nieuwe richting te geven door het introduceren van een nieuw instrument	Cliënt vindt dit goed en bespeelt dit instrument uit eigen initiatief in de volgende improvisatie.	
Sharing instruments	8.30' Tijdens de werkvorm tempelbaan spelen therapeut en cliënt op dezelfde instrumenten		Lijkt hier geen moeite mee te hebben
Rehearsing	00.54' "We gaan nog eerst herhalen wat we vorige week gespeeld hebben om op te warmen"	De cliënt vindt dit goed en doet mee.	

Reinforcing	De therapeut bekrachtigde de cliënt ongeveer 16 keer gedurende de hele sessie	Cliënt lacht en geeft de therapeut een "high five"
Extra informatie over de werkvorm: "De tempelbaan"	Deel 1: therapeut heeft de leiding. De cliënt moet volgen en imiteren wat de therapeut speelt. er wordt gevarieerd in snelheid, dynamiek	Deel 1: Volgt overal in, doe alles na. Het spelelement lijkt heel belangrijk, ze lijkt ervan te genieten. ze maakt veel oogcontact
	Deel 2: therapeut is de volger	Deel 2: ze neemt gemakkelijk de leiding, is creatief met de instrumenten, zit veel afwisseling in. maakt wel minder oogcontact als in vorige deel Speelt alles snel en luid, daar zit weinig variatie in. Brengt een nieuw instrument in de tempelbaan Ze rond zelf het spel af met "voila"
Duur van de therapiesessie: 21.22'		