

Heeft muziek grenzen?



**Een inventariserend onderzoek naar de werking
van de muzikale componenten
binnen de afgrenzingsprocessen van
getraumatiseerde cliënten in de
stabilisatiefase van behandeling.**

Ramona Anschütz
Studentnummer: 0630535
Klas: CT4C muziek

- 31. 05. 2010 -

HOGESCHOOL ZUYD



Docente: Mevrouw Juliane Tissen
Hogeschool Zuyd Heerlen
Faculteit Gezondheid en Zorg

Inhoudsopgave

Voorwoord		3
Dankwoord		4
Inleiding		5
	: Indeling van deze scriptie	5
	: Probleemstelling	5
	: Vraagstelling	9
	: Doelstelling	9
Hoofdstuk 1	: Het onderzoek	10
1.1	: Onderzoekstype	10
1.2	: Onderzoeksmethode	10
1.3	: Dataverzameling	11
1.4	: Datapreparatie	12
1.5	: Data- analyse	12
1.6	: Kwaliteitscriteria	12
Hoofdstuk 2	: Trauma en afgrenzing	13
2.1	: Traumatische gebeurtenissen	13
2.2	: De gevolgen van een psychische traumatisering	14
2.3	: De behandeling van psychische traumata	18
2.4	: Het fenomeen afgrenzing	19
Hoofdstuk 3	: De kracht van muziek	21
3.1	: De vijf componenten	21
3.2	: De muziktherapeutische behandeling van een trauma	25
Hoofdstuk 4	: Evaluatie en discussie	27
4.1	: Resultaten	27
4.2	: Discussie	31
4.3	: Het nieuwe werkmodel	35
4.4	: Samenvatting	38
Bronvermelding		39
Bijlagen		41
B1	: Grafieken	41
B2	: Opmerkingen van respondenten	44
B3	: Brief en enquête	46
B4	: Literatuuronderbouwing enquête	52
B5	: Logboek	57

Voorwoord

Muziek heeft een grote invloed op het leven van veel mensen. Of we nu naar muziek luisteren, ons erbij bewegen, ons ervoor open stellen of zelf musiceren: muziek is een kracht; een kracht die moeilijk onder woorden te brengen is. Muziek beschrijven en wetenschappelijk analyseren kan nooit een paritair beeld geven van wat muziek uiteindelijk met mensen *doet*.

In veel literatuur en onderzoek wordt de grenzeloosheid en de verbindende kracht van muziek beklemtoond. Muziek maakt het mogelijk om intenties te delen, een gevoel van symbiose te beleven; het is een kunstzinnig medium waarin mensen hun eigen expressie kunnen vinden en bovendien begint muziek soms waar woorden eindigen. Sommige gebeurtenissen in het leven zijn zo moeilijk te vatten en te begrijpen, dat taal alleen niet genoeg lijkt te zijn om ermee om te kunnen gaan. Dit zijn gebeurtenissen die we onder het begrip trauma vatten.

Mijn eigen ervaringen met muziek en met de muziektherapeutische praktijk, hebben me heel indrukwekkend de enorme kracht van muziek laten beleven. Desondanks kwam een bepaald thema steeds weer terug, zowel in mijn eigen beleving alsook binnen het werk met cliënten. Waar liggen de grenzen van muziek? Waar liggen de grenzen *binnen* muziek? Wat maakt het binnen muziek mogelijk grenzen te ervaren en mensen te helpen hun eigen grenzen te bewaken?

Er überhaupt naar vragen voelde in het begin heel vreemd, juist omdat muziek vaak dient om grenzen te overwinnen, dicht bij het eigen gevoel en de eigen expressie te komen. Daarenboven: In contact, in aanraking komen en in relatie gaan met anderen, maakt een niet te onderschatten deel uit van de muziektherapeutische behandeling. Er gebeurt heel veel op relationeel gebied. Is het dan niet onfatsoenlijk om naar grenzen te vragen?

Volgens mij maken grenzen juist deel uit van het contact. Pas wanneer het mogelijk is om zichzelf van een ander te scheiden, kan er sprake zijn van een *ik* in relatie tot een ander. Dit is in bijzondere mate van belang als het gaat om het werken met getraumatiseerde mensen, die (herhaaldelijk) de ervaring hebben opgedaan dat ze hun eigen grenzen niet kunnen bewaken.

Dit onderzoek behandelt de volgende vraag: wat maakt binnen de muziek dat grenzen voelbaar en hanteerbaar worden en wat kan muziektherapie daarin betekenen?

Zowel Nederlandse als Duitse muziektherapeuten, die momenteel werkzaam zijn met getraumatiseerde mensen, werden over hun ervaringen bevroegd. Muziektherapie kan een bijdrage leveren aan afgrenzingsprocessen van getraumatiseerde mensen, wat een van de hoofddoelen in de eerste fase van de behandeling is. Er spelen echter veel factoren een rol om daar goed vorm aan te geven.

Dankwoord

Dit onderzoek kon alleen maar plaatsvinden op basis van de hulp en medewerking van veel muziektherapeuten zowel uit Nederland als ook uit Duitsland, die door het invullen van enquêtes en het geven van persoonlijke opmerkingen een stuk van hun werkervaringen met mij hebben gedeeld. Om de anonimiteit van deze respondenten te bewaren, noem ik geen namen, maar mijn grootste dank gaat naar deze groep mensen toe.

Ten tweede wil ik mijn ouders bedanken, die het me pas mogelijk hebben gemaakt mijn studie te kunnen doen.

Beate Lucas voor haar openheid en steun.

Gertrud Hopster, mijn stagebegeleidster, Franz Mecklenbeck en Anne Behr voor de diepgaande ervaringen en de professionele begeleiding tijdens mijn stage.

Juliane Tissen voor het ondersteuning en aanmoediging.

Elise Jonckheere voor haar kennis en gerustheid en

Rosemarie Samaritter. Jij hebt me pas de mogelijkheid gegeven dit alles te onderkennen.

Inleiding

Indeling van deze scriptie

De inleiding hieronder geeft een overzicht van het probleemgebied en van enkele belangrijke begrippen die tijdens deze scriptie nog verder uitgewerkt zullen worden. Bovendien wordt het probleemgebied afgebakend, de onderzoeksvraag voorgesteld en worden de doelstellingen van dit onderzoek bepaald.

Het eerste hoofdstuk beschrijft de gehanteerde onderzoeksmethode, gerelateerd aan concrete inhoud van het onderzoek. Zowel het onderzoekstype, de methode, de technieken voor dataverzameling en –analyse worden beschreven, alsook de kwaliteitscriteria.

Het tweede hoofdstuk gaat dieper in op het probleemgebied, met name trauma, en de algemene behandelmethodes die momenteel gehanteerd worden. Het fenomeen afgrenzing wordt nader omschreven als belangrijk gegeven binnen het uitgevoerd onderzoek.

Het derde hoofdstuk beschrijft de kracht van het medium muziek en gaat nader in op de vijf muzikale componenten ritme, klank, melodie, dynamiek en vorm. Bovendien worden de op dit moment gehanteerde methodes van muziektherapeutische behandeling in traumatherapie beschreven, en aan gegevens gekoppeld die belangrijk zijn voor dit onderzoek.

Hoofdstuk vier betreft de resultaten van het onderzoek, die geanalyseerd, bediscussieerd en samengevat worden. Er wordt een vernieuwd werkmodel beschreven voor de muziektherapeutische behandeling van getraumatiseerde cliënten in de stabilisatiefase, dat gebaseerd is op de onderzoeksresultaten.

In de bijlagen vindt u aanvullende grafieken van de onderzoeksresultaten, opmerkingen die respondenten op het onderzoek hebben gegeven, de brief en de enquête van dit onderzoek, de literatuuronderbouwing van de gestelde vragen en een logboek met een opsomming van de onderzoeksgegevens.

Probleemstelling

In het derde jaar van mijn studie ben ik stage gelopen in een psychiatrische instelling zowel voor volwassenen als ook voor kinderen en jeugdigen. Ik ben er dus veel verschillende cliënten tegen gekomen met diverse psychiatrische aandoeningen.

Steeds weer bleek, dat muziek een heel krachtig medium is en dat muziek vaak uitnodigt tot samenspel en symbiose. In het werken met verschillende groepen cliënten kwam uit mijn observaties naar voren, dat ze ook steeds een soort gelijk mediumgedrag vertonden, analoog tot hun ziektebeeld.

De tendentie tot symbiose en weinig mogelijkheid tot afgrenzing in de muziek is aan de ene kant wel een grote kracht van het medium, maar er zijn doelgroepen, waar dit niet altijd geschikt voor lijkt te zijn, zoals bijvoorbeeld bij cliënten met een trauma.

Van symbiose is er volgens mij sprake, wanneer de cliënten heel erg meegaan in de muzikale flow, maar er niet vanuit zich zelf andere dingen inzetten en zich niet kunnen afzetten; zich niet kunnen beschermen voor de emoties die de muziek aanspreekt en daarvan overspoeld raken. Dit kan bij getraumatiseerde cliënten lijden tot dissociaties.

Dissociaties zijn een logisch gevolg op een traumatisering, meer nog, ze zijn in het moment van de traumatisering een overlevingsmechanisme. Mogelijkerwijs is dissociatie een vorm van vlucht van de geest, wanneer lichamelijke ontsnapping niet mogelijk is (Rothschild, 2002). Dissociatie betekend letterlijk ontkoppeling of uiteenvallen. Er is dus sprake van tijdelijke en/of gedeeltelijke verbreking of opgave van psychische functies. Dit kan betrekking hebben verschillende niveaus van het psychische functioneren zoals het bewustzijn, de waarneming, het denken, het geheugen, de emoties, de wil of de identiteit. Het vermogen tot dissociatie is in eerste instantie een heel gezond verschijnsel en is te vergelijken met een automatische piloot. Bepaalde handelingen worden bijvoorbeeld uitgevoerd zonder dat iemand erover na moet denken, ze zijn routine en gebeuren vanzelf (zoals bijvoorbeeld het schakelen bij het autorijden). Het is dus altijd sprake van een selectieve waarneming in ons

functioneren, want anders zouden we meteen overprikkelt raken en niet meer in staat zijn tot informatieverwerking. Andere voorbeelden van normale of soms zelfs gewenste vormen van dissociatie zijn dagdromen, beleven van een déjà-vu of het opgaan in monotone, ritmische bewegingen zoals joggen of zwemmen. In een sterkere mate worden dissociaties ervaren als vervreemding of belevingen van onwerkelijkheid (Vandereycken & van Deth, 2004). Dissociaties zijn een vaak voorkomend symptoom van een posttraumatische stressstoornis. Er wordt inmiddels ook gediscuteerd of de classificatie van deze stoornissen als angststoornis daadwerkelijk van toepassing is, of dat er veelmeer sprake is van een dissociatieve stoornis. Er is geen sprake van een zo extreme dissociatie als bijvoorbeeld bij een dissociatieve identiteitsstoornis, maar symptomen die getraumatiseerde cliënten beschrijven zoals bijvoorbeeld een verandering van tijdsgevoel, vermindering van pijn of afsplitsing van bepaalde emoties lijken er heel erg op. Dissociatie blijkt een instinctieve reactie te zijn om de mens voor pijn te beschermen, maar voor een flinke prijs. Onderzoek betreffende het fenomeen "dissociatie" toont aan, dat er blijkbaar een verband bestaat tussen een dissociatie tijdens een traumatisch gebeurtenis (peritraumatische dissociatie) en het ontstaan van een posttraumatische stressstoornis (Rothschild, 2002).

Op mijn stage ben ik cliënten tegen gekomen, die verschillende traumatische gebeurtenissen in hun leven hebben meegemaakt. Er was sprake van oorlogsgetraumatiseerde cliënten, traumata in verbinding met geweldervaringen en/of seksueel misbruik. De gebeurtenissen die tot een trauma kunnen leiden zijn heel divers. Traumatische belevenissen zijn een wezenlijke bestanddeel van het leven, maar soms zo onbegrijpelijk, dat ze niet geïntegreerd kunnen worden. Deze ervaringen zijn verbonden aan emoties van intense angst, hulpeloosheid en ontzetting. Controleloosheid of het gevoel van controleloosheid is een beleving die altijd hoort bij een traumatisering (Morgan, 2007). Dit heeft ingrijpende lichamelijke invloed. Welke invloed dit concreet heeft is afhankelijk van de leeftijd van het slachtoffer, de aard van het trauma, de reactie van de betrokkene en de ondersteuning die de slachtoffer na het traumatische gebeurtenis heeft. Normaal gesproken zijn mensen in staat om traumatische gebeurtenissen te verwerken zonder dat er langdurige nawerkingen optreden. Ze herinneren de gebeurtenis, hebben passende emoties en weten dat het gebeurtenis in het verleden heeft plaats gevonden. Een mens lijdt pas onder een trauma, wanneer hij niet in staat is dit te herinneren en/of bepaalde emoties en lichaamsgevoelens steeds weer optreden, zonder herkenbaar samenhang in het hier en nu. Mensen met een posttraumatische stressstoornis of acute stressstoornis hebben het echter altijd moeilijk om te herkennen, dat het gebeurtenis in het verleden heeft plaats gevonden en er geen sprake van een actuele bedreiging is (Rothschild, 2002). Het trauma stopt dus de normale ontwikkeling, doordat het steeds weer terugkomt (Hermann, 2003).

In de eerste fase van behandeling is het daarom uiteraard belangrijk de cliënt zo goed mogelijk te stabiliseren en de dissociaties zo gering mogelijk te houden, want elke dissociatie heeft een grote invloed op neurofysiologisch gebied. Bij getraumatiseerde mensen is er sprake van een continue activering van het autonoom zenuwstelsel (ook hyperarousal). Dit veroorzaakt lichamelijke symptomen die de basis van angst, paniek, zwakte, uitputting, spierstijfheid, concentratiemoeilijkheden en slaapstoornissen vormen (Rothschild, 2002). Dit is een vicieuze cirkel, want wat eigenlijk bedoeld is om het overleven te garanderen, belast en hindert de cliënt nu. Dit is belangrijk om te weten in de muziektherapeutische behandeling, want dit maakt duidelijk hoe belangrijk het is voorzichtig met dit soort problematiek aan de slag te gaan en de mediuminzet goed te doseren om schade te voorkomen. Dosereren is een van de belangrijkste termen in verbinding met traumatherapie. Dit houdt in, dat de cliënt in staat gesteld moet worden het therapieproces actief mee te sturen en af te remmen of afgeremd moet worden, wanneer het proces te snel gaat om een re-traumatisatie te vermeiden. Dit is onder meer wat ik bedoel met afgrenzen en het stellen van grenzen. De cliënt gaat op zoek naar eigen grenzen en leert deze te bewaken in de eerste fase van behandeling, de stabilisatiefase.

Volgens Smeijsters (2006) zoeken muziektherapeuten in de behandeling van bijvoorbeeld traumatiseerde vluchtelingen vaak naar een manier om emoties op een relatief veilige manier te uiten. Het accent ligt hier veel meer op het opdoen van nieuwe ervaringen en minder op het bezig zijn met de trauma-ervaringen. Dit kan bijvoorbeeld door het aanleren van een nieuw instrument. Omdat dit veel concentratie eist en fijne motorische vaardigheden, bevordert dit het verblijven in het hier en nu. Deze manier van werken valt ook onder de term afgrenzing, want wanneer een cliënt in staat is in het hier en nu te zijn dissocieert hij niet en heeft grip op de momentane situatie. Afgrenzing is, zoals ik de term beshouw, een concreet betrekkingpunt in het hier en nu, waardoor het mogelijk is in de situatie te blijven en in het contact met een ander, zonder van allerlei emoties overspoelt te raken.

De boven genoemde manier van werken eist echter een individueel setting, wat in de praktijk niet altijd mogelijk is. Bij mij op stage was er in de volwassenenpsychiatrie bijvoorbeeld bijna altijd sprake van een groepsetting. Er werd vooral vanuit vrije improvisaties gewerkt.

Binnen dit setting werkt de muziek heel direct en geeft de cliënt in eerste instantie blijkbaar weinig mogelijkheid tot controle. Er speelt een hele groep van meestal acht cliënten en er heersen vaak geen afspraken over hoe of wat er gespeeld gaat worden. In dit setting is het dus uiteraard belangrijk als therapeut goed in contact te blijven met de groep en een veilig spelruimte te creëren. Toch gebeurde het soms, dat getraumatiseerde cliënten in een lichte dissociatie terecht kwamen. De vraag is dus, of muziektherapie een geschikte manier is om met getraumatiseerde cliënten te werken, want dit eist heel veel van de therapeut. In de literatuur wordt het "of" heel contrair beschouwd. Sommige muziektherapeuten noemen voorbeelden op, waarbinnen muziektherapie heel goed werkt, anderen geven aan, dat het risico tot re-traumatisatie heel erg groot is. Hoe zou muziektherapie dan precies ingezet moeten worden en welke muzikale parameters spelen daarbij een rol?

Omdat het voor cliënten met een trauma belangrijk het gevoel van controle en grip op het eigen leven terug te krijgen is een belangrijk onderdeel van therapie het activeren en behouden van eigen grenzen. Dit hoort bij de stabilisatiefase (Wolf, 2007), waaraan bij mij op stage voornamelijk gewerkt wordt. De cliënt wordt zo goed mogelijk in staat gesteld om na de klinische behandeling ambulante verder aan zijn problematiek te gaan werken.

Onder meer hoort bij de stabilisatiefase ook het (opnieuw) leren van ontspanning. Dit kan volgens Smeijsters (2006) bijvoorbeeld door inzet van zang. Fysiologisch gezien wordt door zingen de lage ademhaling gestimuleerd, met als gevolg ontspanning. Bij getraumatiseerde cliënten is er vaak sprake van blokkades in het lichaam, waardoor ze verzwakt worden. "Als we zingen kunnen innerlijke energieblokkades door de resonantie in het lichaam worden opgeheven" (Smeijsters, 2006, p. 366). In de praktijk blijkt, dat zingen vaak met enorme onzekerheid verbonden is. Zang is verbonden met durf, niet iedereen zet even gemakkelijk zijn stem in en vooral bij getraumatiseerde cliënten zou de resonantie die dit in het lichaam losmaakt een trigger kunnen zijn. Veel verschillende prikkels kunnen traumatische cliënten triggeren, waardoor er bijvoorbeeld weer een herinnering aan het trauma terug komt of ze een lichamelijke gewaarwording die ze ermee verbinden herbeleven (Rothschild, 2002). Dit kan ook via bepaalde klanken. Bijvoorbeeld gaf een cliënte bij mij op stage aan, dat vooral diepe bastonen haar triggerden. Wat een trigger kan zijn is heel afhankelijk van de individuele cliënt en de therapeut moet er goed rekening mee houden in de behandeling.

De muziektherapie vindt altijd plaats in een bepaald context, waarbij vooral de speelse interactie tussen therapeut en cliënt een grote belangstelling inneemt. In de muziektherapie is het dus mogelijk aan een regulatie van afstand en nabijheid te werken (wat een onderdeel uitmaakt van het werken aan afgrenzingsprocessen). Bij getraumatiseerde cliënten is dit nogal moeilijk. Om cliënten in de stabilisatiefase een gevoel van controle te geven is het belangrijk te structureren en voorbesprekingen plaats te laten vinden om sturingsmogelijkheden te exploreren. Om zichzelf te beschermen wordt de cliënten vaak de mogelijkheid gegeven de ruimte te verlaten of de oren dicht te houden (Wolf, 2007). Dit is wel een manier van bescherming, wanneer het te intensief wordt voor de cliënt, maar ik vraag me af, of er niet ook mogelijkheden binnen het medium bestaan, die de cliënt in staat stellen zich actief af te grenzen binnen het muzikale gebeuren en hoe er therapeutisch mee gewerkt kan worden.

In een les over Fritz Hegi heeft een docente van een van zijn casussen vertelt, waarbij hij met een getraumatiseerde cliënte voornamelijk door middel van een bepaald muzikaal component heeft gewerkt, namelijk dynamiek. De cliënte kreeg de opdracht zich in de ruimte te bewegen terwijl de therapeut spel met dynamische verschillen neerzette. Ze ging ermee experimenteren, wat het spel met haar deed terwijl ze verschillende lichaamshoudingen innam en verschillende afstanden tot de therapeut. Dit komt heel erg erop neer de eigen lichaamsgrenzen te beleven mogelijkheden tot zelfbescherming en afgrenzing te zoeken. Ik vraag me daarom af, welke muzikale componenten er geschikt voor zijn als het gaat om het werken met getraumatiseerde cliënten.

Fritz Hegi is muzikant, muziektherapeut, psychotherapeut en docent aan verschillende hogescholen in Zwitserland. Hij heeft veel gepubliceerd over de werking van muziek. Hij benadert dit zowel vanuit de fenomenologische visie als ook vanuit zijn praktische ervaringen, en onderbouwt dit wetenschappelijk. Zijn nieuwste boek "Musiktherapie als Wissenschaft" verschijnt volgend jaar. Volgens Hegi (2010) zijn de werkingscomponenten van muziek ritme, klank, melodie, dynamiek en vorm. Hij kent deze parameters ook toe aan bepaalde problematieken. Hij benadert dit vanuit een gestalttherapeutisch

referentiekader, en ziet dus ook muziek als een geheel aan, ook maakt hij onderscheid tussen verschillende parameters. Vervolgens worden de verschillende parameters aan de hand van Hegi's visie beschreven.

Ritme

Ritme werkt direct in op bindings- en afgrenzingsproblematieken, want ritme staat in samenhang met de realiteit en de alledaagse levensafloop. Er bestaan verschillende ritme-energieën. Kracht (beat) en tegenkracht (off-beat) zijn ontwikkelingspsychologisch verbonden met het oeververtrouwen. De binaire (2er) ritmiek is verbonden aan het mannelijke geslacht en de ternaire (3er) ritmiek aan het vrouwelijke geslacht. Ritme kan op verschillende manieren zijn opgedeeld. De gebruikelijkste opvatting van ritme-energie is de lineaire tijdsverloop. Tempo en ritmische complexiteit worden vooral uitgedrukt in begrippen zoals metrum, takt, pulsatie, figuur, fase, frase of ook in Groove of swing. Een vierde ritme-energie beschrijft een cirkelbeweging, herhaling van verlopen of cycli.

Klank

Klank staat in verbinding met stemmings- en afstemmingsproblematieken. De kwaliteit klank bevat muzikaal gezien wat de mens bevat aan gevoel, emotie en affect. Zoals klank zijn gevoelens, stemmingen en sferen een vluchtig gebeuren met oncontroleerbare wissels en overgangen. Klank en ook stemming kunnen een hele ruimte vullen, kunnen personen bepalen, omstemmen of verstemmen. Klank is heel veranderbaar.

Melodie

De melodie is in de muziek wat voor de mens de taal is. Ze heeft daarenboven een speelse kwaliteit. Melodie is herkenbaar en nodigt uit tot aanvulling, wanneer ze onvolledig wordt gespeeld. De melodie spreekt uit het innerlijke van de mens, wanneer ze zich vrij kan ontplooien.

Er zijn verschillende melodiebewegingen, namelijk opwaartse en dwalende. Bovendien bestaan er onderscheiden in melodielijnen. Er zijn korte, lange, enge en ruime melodielijnen.

Dynamiek

Dynamiek maakt muzikaal onderscheiden en tegenstellingen duidelijk. In het spel werken krachten tegen elkaar in, op elkaar in of van elkaar weg. De tegenstellingen van luid en zacht maken een belangrijk onderdeel uit van muziek. Wordt dynamiek weggelaten wordt muziek vervelend, wordt dynamiek ingezet wordt het spel spannend, levendig en krachtig. Dynamiek is het bewustzijn van nabijheid en distantie of ook van angst en fascinatie. Luid spel kan bijvoorbeeld te dicht bij komen en bang maken, maar tegelijkertijd fascinerend werken. Er is altijd sprake van een spanningveld.

Vorm

Vorm werkt tussenin vastheid en wandelbaarheid. Anders als in een afgebakend muziekstuk is er in de vrije improvisatie sprake van een zoektocht in de onzekerheid na een op dit moment geldende vorm. Aan de grens van vormspel werkt muziek. De vorm kan verloren, gezocht of gewonnen worden en er kan opheffend of structurerend mee worden omgegaan.

Aan de hand van deze visie zouden vermoedelijk de componenten ritme, dynamiek en vorm een belangrijke plek in de muziektherapeutische behandeling innemen. Ritme doelt vooral op de realiteit, op het verblijven in het hier en nu, en zou dus een belangrijk onderdeel moeten vormen, wanneer het gaat om afgrenzing. Dit staat evenwel in direct verband met dynamiek. Het gebruik van ritme-instrumenten die een appel doen aan luid spel, werden bij mij op stage door getraumatiseerde cliënten meestal zacht bespeeld of ze schrokken er juist heel erg voor en durfden er in de eerste fase van behandeling helemaal niet op te spelen.

Ritme geeft volgens Hegi vanzelfsprekend een bepaalde structuur aan of dit nu ervaren wordt als lineair of circulair. Dit kan een veilig kader bieden en een gevoel van controle.

Dynamiek speelt met tegenstellingen en maakt spanningsvelden duidelijk. Bovendien kan dynamiek beleefd worden als een dimensie van afstand en nabijheid. Omdat in de behandeling van getraumatiseerde cliënten in de stabilisatiefase een nieuwe balans van ontspanning en inspanning gevonden moet worden zou het inzetten van dit parameter van belang kunnen zijn.

Vorm kan een houvast bieden, kan afbakenen en structuur bieden. Dit is uiteraard van belang als het gaat om het stellen van grenzen. De vorm kan een grens bepalen, in de muziek meestal een tijdelijke grens.

In de literatuur wordt er meestal niet specifiek ingegaan op de muzikale componenten die concreet het stellen van grenzen bevorderen. Er zijn wel werkwijzen beschreven om een goede structuur te bieden, maar het wordt niet helemaal duidelijk hoe dit specifiek werkt in de stabilisatiefase van de behandeling van getraumatiseerde cliënten. De muzikale componenten worden meestal niet op zich beschouwd maar in samenwerking en in de relatie met de therapeut. Dit is wel heel belangrijk in elke muziektherapeutische behandeling, want er ontstaat altijd een wisselwerking tussen de cliënt, het medium en de therapeut. Toch ben ik er benieuwd naar, hoe muziektherapeuten gebruik maken van de componenten en concreet vorm geven aan afgrenzingsprocessen binnen de behandeling van getraumatiseerde cliënten in de stabilisatiefase.

In de volgende hoofdstukken zou ik de verschillende vraagstellingen en bepaalde onderdelen vanuit mijn probleemstelling nog uitgebreider behandelen.

Vraagstelling

De vraagstelling die er naar aanleiding van mijn probleemstelling uitkomt is dus:

Hoe geven muziektherapeuten vorm aan afgrenzingsprocessen in de stabilisatiefase van de behandeling van getraumatiseerde cliënten en welke muzikale componenten zetten ze vooral in?

Subvragen die daarbij een rol gaan spelen zijn:

- In welke setting wordt er voornamelijk gewerkt en is dit effectief?
- Is dissociatie een veelvoorkomend fenomeen in de muziektherapie en waarmee hangt dit samen?

Doelstelling

Binnen dit onderzoek wordt er op zoek gegaan naar de mogelijkheden die muziektherapie biedt in de behandeling van getraumatiseerde cliënten in de stabilisatiefase en hoe afgrenzing in de muziek gerealiseerd kan worden. Omdat muziek op zich een medium is, dat uitnodigt tot samenspeel en symbiose is het juist moeilijk er duidelijk vorm te geven aan afgrenzing. Muziek komt direct binnen en doet een directe appel op het affect. Omdat dit voor getraumatiseerde cliënten niet altijd makkelijk is om te ondergaan en zelfs tot dissociaties kan leiden is het belangrijk er een voorzichtig en gepast omgang mee te bereiken (Weiß, 2005, Rothschild, 2002). Daardoor zouden re-traumatisaties in de behandeling beter voorkomen kunnen worden. Het doel van het onderzoek is dus in eerste instantie te inventariseren hoe professionals met deze problematiek omgaan en wat voor muzikale componenten er ingezet kunnen worden als het gaat om dit specifieke onderdeel van de behandeling. Muziek is altijd als geheel te beschouwen, maar sommige componenten zijn hiervoor misschien belangrijker dan andere.

Bovendien is het een doel om studenten en muziektherapeuten die nog maar weinig ervaring hebben in het werk met getraumatiseerde cliënten, te sensibiliseren voor de kracht van het medium. Muziektherapie kan een belangrijke plek innemen in de traumabehandeling, maar symptomen zoals dissociaties zijn heel serieus te nemen. Er moet een goede manier gevonden worden om hiermee om te gaan en om schade te voorkomen.

Er is blijkbaar sprake van een grote diversiteit van werkwijzen in de muziektherapeutische behandeling van dit soort cliënten, afhankelijk van het therapeutische referentiekader. Toch blijft het medium muziek steeds hetzelfde. Er zou dus met behulp van dit onderzoek een uitspraak gemaakt kunnen worden over wat er binnen de muziek zelf werkt en hoe dit ingezet kan worden. Dit geeft de mogelijkheid er generaliseerde uitspraken over te maken, wat precies in het medium zit en hoe dit in de praktijk gebruikt kan worden. Er is dus sprake van onderzoek naar een meta-methode.

Hoofdstuk 1: Het onderzoek

1. 1 Onderzoekstype – Inventariserend onderzoek

Een inventariserend onderzoek dient om generaliseerbare conclusies te trekken. Vanuit de probleemstelling wordt duidelijk, dat er een grote diversiteit van muziektherapeutische werkwijzen bestaat binnen de traumabehandeling en dat er weinig uitspraak gemaakt kan worden over de afzonderlijke muzikale componenten die ingezet worden. Door inventariserend te werken, wordt op een rij gezet met welke componenten muziektherapeuten werken en waaruit de meerwaarde van elke component bestaat. In dit onderzoek wordt het probleem geïventariseerd, beschreven en geanalyseerd, wat typerend is voor een inventariserend onderzoek. Door het bevragen van zoveel mogelijk respondenten via enquêtes, geeft het onderzoek een afgebakend beeld van de werkelijkheid, omdat de vragen gestandaardiseerd zijn. Maar door een groter aantal respondenten (in vergelijking met een kwalitatief onderzoek) bestaat de mogelijkheid om algemene conclusies te trekken, wat bij de vraagstelling past.

Bovendien inventariseert dit onderzoek in welke setting er voornamelijk wordt gewerkt m.b.t. traumabehandeling. Maar de meningen van muziektherapeuten worden eveneens geïventariseerd op basis van hun werkervaring betreffende welke setting het meest geschikt is voor de traumabehandeling in de stabilisatiefase.

De aanleiding voor dit onderzoek is onder meer het sensibiliseren voor mogelijke gevaren binnen de muziektherapeutische behandelingen, zoals het dissociëren van cliënten. Er wordt onderzocht of dit überhaupt een veel voorkomend fenomeen is in de muziektherapeutische behandeling en zo ja, wat de redenen hiervoor zijn, om een verband te kunnen leggen naar welke mogelijkheden er bestaan om dit te voorkomen.

1. 2 Onderzoeksmethode – Kwantitatieve survey

Een kwantitatieve survey is passend bij dit onderzoek, omdat er een steekproef onder muziektherapeuten wordt getrokken, die op dit moment werkzaam zijn met getraumatiseerde cliënten. De steekproef geeft aan hoe er op dit moment wordt gewerkt met getraumatiseerde cliënten in de muziektherapeutische praktijk en omhelst dus verschillende visies en werkwijzen. Het geeft een up to date beeld van de momentane situatie. Bovendien maakt een kwantitatieve survey gebruik van een gestructureerde dataverzamelmethode, zodat de verzamelde informatie statistisch verwerkt kan worden en er zo een algemene uitspraak over de resultaten gemaakt kan worden. In dit onderzoek werden er enquêtes afgenomen. Enquêtes zijn een geschikte manier voor dataverzameling wanneer het gaat om het verzamelen van kennis (Baarda, De Goede & Kalmijn, 2006). De enquêtes vragen zowel naar de concrete werkervaringen met getraumatiseerde cliënten (bijvoorbeeld of er al dissociaties binnen de muziektherapie hebben plaatsgevonden), alsook naar meningen van de respondenten (zoals naar de setting die ze het meest geschikt vinden in de stabilisatiefase).

Onderzoekspopulatie

Dit onderzoek is gericht op concrete werkervaringen van muziektherapeuten met getraumatiseerde cliënten en is puur gericht op hun professionele waarneming en mening. Daarom werden muziektherapeuten uit Nederland en Duitsland bevestigd, die werkzaam zijn in een psychiatrische instelling of/en of ambulante praktijk met volwassen cliënten. Er wordt ervan uitgegaan dat iedere muziektherapeut in dit werkveld wel eens in aanraking is gekomen met getraumatiseerde cliënten (vgl. Weiß, 2005).

Er is een bepaalde deskundigheid noodzakelijk onder de respondenten wat betreft inzicht in de werking van de muzikale componenten om de betrouwbaarheid te waarborgen (inclusieve criteria). Juist daarom werden er geen cliënten of andere leden uit het multidisciplinair team bevestigd (exclusieve criteria). Er is dus sprake van een selecte steekproef (Baarda en De Goede, 2006). De grootte van de onderzoekspopulatie bedraagt ca. 80 muziektherapeuten, waarvan er 40 werkzaam zijn in Duitsland en 40 in Nederland. Voor een grotere respons werden de enquêtes per brief verstuurd. Om de kosten te kunnen drukken en omdat er sprake is van meer dan 50 respondenten werden aan de overige respondenten e-mails verstuurd.

1. 3 Dataverzameling

Type enquête

In het onderzoek werd een schriftelijke enquête afgenomen. De enquêtes werden per brief en via mail verzonden. Adresgegevens werden verzameld via de website van zowel de Nederlandse alsook de Duitse vakbonden voor muziektherapie ('stichtingmuziektherapie.nl' en 'musiktherapie.de').

Omdat de enquêtes naar zowel Nederlandse alsook Duitse muziektherapeuten werden verzonden, werden ze in twee talen opgesteld en zo letterlijk mogelijk vertaald.

Bij elke enquête hoorde een begeleidende brief, waarin heel kort uitgelegd werd waarover het onderzoek ging en waarop het doelde. Bovendien gaf de brief aan hoeveel tijd er nodig was om de enquête in te vullen.

Vorm van de vraagstelling

De vorm van de vraagstelling staat in een enquête vast. Dit maakt het mogelijk om data van veel respondenten te kunnen verwerken, maar beperkt de respondenten ook in de antwoordmogelijkheden. Het was daarom heel belangrijk om de vragen zo concreet mogelijk te formuleren en misverstanden te voorkomen. Er werd dus bijvoorbeeld concreet naar de inzet van bepaalde muzikale componenten gevraagd en de werking daarvan. De resultaten van enquêtes zijn namelijk pas betrouwbaar wanneer er zo weinig mogelijk naar bevindingen, maar meer naar feiten gevraagd wordt. Echter, in vaktherapie is er altijd sprake van de subjectieve waarneming van de therapeut en de validiteit kan dus altijd in vraag worden gesteld. Toch kan ervan worden uitgegaan dat de validiteit stijgt naarmate er meer respondenten deelnemen, die werkzaam zijn met deze specifieke groep cliënten.

Ook in het therapeutisch werkveld is er sprake van een selectief geheugen. Elke therapeut wil natuurlijk graag aantonen dat wat hij doet effect heeft (sociale wenselijkheid). Daarom bestaat de valkuil om alleen maar op basis van positieve ervaringen te beargumenteren. In het opstellen van de vragenlijst was het daarom belangrijk om zoveel mogelijk concrete vragen te formuleren, en dus niet alleen maar naar de persoonlijke indruk te vragen. Bovendien voelen mensen zich bij het beantwoorden van schriftelijke vragen anoniem, waardoor de respondenten minder snel geneigd zijn vragen sociaal wenselijk te beantwoorden (Baarda et al, 2006).

Het was belangrijk in de vraagstelling om geen suggestieve vragen te stellen en om voldoende antwoordmogelijkheden te bieden, om de respondent niet in een bepaalde richting te sturen. Bovendien hadden de respondenten ook de mogelijkheid om bepaalde vragen niet in te vullen, wat achteraf met een 'missing' werd gescoord.

Antwoordmogelijkheden

In dit onderzoek werd er gebruik gemaakt van zowel vaste als ook vrije antwoordmogelijkheden. Qua opbouw werd er ten eerste gebruik gemaakt van categorische gegevens zoals het geslacht van de respondent. Vervolgens werden er vooral niet-categorische gegevens verwerkt, zoals bijvoorbeeld het aantal jaren werkervaring van de respondent. Bij de daaropvolgende vragen was er meestal meer dan een antwoord mogelijk, omdat er naar tendentieuze antwoorden werd gevraagd. Alle vragen werden op nominaal meetniveau verwerkt.

Omdat het verwerken van vrije antwoorden veel tijd kost en het op die manier ook moeilijk wordt om te generaliseren (het categoriseren van dit soort antwoorden is meestal subjectief), zijn er maar twee dergelijke antwoordmogelijkheden gegeven.

Aan het eind van de enquête was er ruimte voor opmerkingen van de respondenten. Op die manier kon nagegaan worden of de vragen duidelijk waren en of de invulling door de respondent dus betrouwbaar is. De opmerkingen zijn letterlijk opgenomen in de bijlage (B2) en werden in de discussie meegenomen.

Lay-out

Baarda et al (2006) geven enkele tips over hoe de lay-out van een enquête eruit zou moeten zien om een serieuze indruk te maken:

Het is uiteraard van belang een goed leesbaar lettertype te gebruiken en witregels tussen de vragen te laten. De regelafstand mag niet te klein zijn. De vormgeving zou consistent moeten zijn en de antwoordmogelijkheden staan direct onder de vraag.

Er wordt steeds hetzelfde symbool voor de aankruismogelijkheden gebruikt. Bovendien is het van belang niet te veel vragen op een pagina te zetten.

Om te toetsen of de lay-out aansprak, werden er enkele proefenquêtes afgenomen onder medestudenten. Er werden zo weinig mogelijk vragen gesteld, maar wel net zoveel vragen om de enquête kort te houden en de respons hoog.

De enquête bood op het einde voldoende ruimte voor opmerkingen.

De begeleidende brief hield onder meer een uitspraak over de vertrouwelijkheid van de ingevulde data in, de persoonlijke gegevens van de ondervraagde plus ondertekening, en een tijdsaanduiding over wanneer de enquête terug werd verwacht (zie bijlage B3).

1. 4 Datapreparatie

De gegeven antwoorden werden verwerkt met het programma Excel. Met dit programma was het mogelijk om de gegevens in grafieken te verwerken en een logboek te maken. Daardoor was de anonimiteit van elke respondent automatisch gewaarborgd (want hij/zij werd alleen nog maar als een nummer opgeslagen). Elke enquête werd van een identificatienummer voorzien, om tijdens het invoeren van de data fouten op de betreffende enquête terug te kunnen vinden en te kunnen corrigeren. Ook als er bepaalde informatie van één bepaalde enquête gepresenteerd wordt, is er in het onderzoek alleen maar sprake van "de respondent". Er worden geen namen gebruikt.

Voor data die niet of onduidelijk werden ingevuld, werd er in de verwerking een extra variabele ingelaten, de missing value. Daardoor wordt het onderzoek betrouwbaarder (Baarda et al, 2006).

1. 5 Data-analyse

Zoals al vernoemd, werd er in dit onderzoek gebruik gemaakt van verschillende antwoordmogelijkheden met zowel categorische als ook non-categorische gegevens.

De nominale gegevens werden simpelweg verwerkt door tellingen. Op basis daarvan kon er een percentage worden berekend.

Bij alle vragen was er sprake van een frequentieberekening op nominaal meetniveau. Er werden in dit onderzoek bijvoorbeeld uitspraken gedaan over welke muzikale componenten er in de traumabehandeling vooral gehanteerd worden. Er bestaat geen natuurlijke rangschikking van de antwoorden, elke antwoord is even goed.

Omdat er in het onderzoek sprake is van minder dan honderd respondenten, is de kans groot op een schattingsfout. Dit heeft echter weinig effect op de betrouwbaarheid van het onderzoek, want er worden geen uitspraken gedaan over de totale bevolking en ook niet over het totale muziektherapeutische werkveld. De generalisering vindt maar in beperkte mate plaats (Baarda et al, 2006).

1. 6 Kwaliteitscriteria – Validiteit en betrouwbaarheid

Bij dit onderzoek is er sprake van een relatief kleine steekproef (26 respondenten), dus is de validiteit van dit onderzoek beperkt. Het onderzoek op zich is echter wel betrouwbaar, omdat er gebruik wordt gemaakt van een zo goed mogelijk opgesteld meetinstrument (de enquête). De enquête werd gebaseerd op recente literatuur (zie bijlage B4) en de antwoorden werden zo concreet mogelijk geformuleerd om misverstanden te voorkomen. Dit werd door meerdere proefkandidaten getest. De anonimiteit van de respondenten was gewaarborgd (sociale wenselijkheid) en er was sprake van voornamelijk gesloten vragen. De begrippen werden op basis van literatuurstudie geoperationaliseerd (zie bijlage B4). In de datapreparatie was er sprake van een nauwkeurige omgang met missende data (missing value) en in de analyse werd er in beperkte mate gegeneraliseerd (Baarda et al, 2006). Uitspraken vanuit de verzamelde data werden in de analyse bovendien onderbouwd met recente literatuur en bestaand onderzoek.

Hoofdstuk 2: Trauma en afgrenzing

Trauma (afgeleid uit het Griekse *τραύμα*) betekent letterlijk ‚verwonding‘ en beschrijft zowel een lichamelijk letsel als ook een psychische verwonding. Het is in het begin dus belangrijk om te definiëren wat er in dit onderzoek onder de term *trauma* wordt verstaan.

Dit onderzoek gaat alleen maar in op het begrip trauma met betrekking tot een *psychisch trauma*. Een psychisch trauma houdt meer in dan alleen een *traumatische gebeurtenis*. Traumatische gebeurtenissen kunnen heel divers zijn (zie volgend hoofdstuk), terwijl de lichamelijke reacties die tot een psychisch trauma leiden, erg op elkaar lijken (Weiß, 2005). Een psychisch trauma is een heel complex gegeven. Het kan worden beschreven als een discrepantiebeleving tussen bedreigende situatiefactoren en de individuele verwerkingsmogelijkheden. Dit leidt tot gevoelens van hulpeloosheid en onbeschermdheid en op die manier tot een aanhoudende ontredde van zelf- en wereldbesef (Fischer & Riedesser, 2003).

Deze definitie maakt duidelijk dat er altijd sprake is van een samenspel tussen een situatiefactor van buitenaf (een of meerdere traumatische gebeurtenissen) en de reactie daarop van binnenuit.

2. 1 Traumatische gebeurtenissen

In dit hoofdstuk worden de verschillende traumatische gebeurtenissen beschreven die *kunnen* leiden tot een psychische traumatisering, en welke gevolgen dit dan heeft.

In eerste instantie wordt er onderscheid gemaakt tussen twee verschillende soorten traumatische gebeurtenissen, met name *man-made traumata* en *non-man-made traumata* (Weiß, 2003). Man-made traumata staan altijd in samenhang met door de maatschappij of door enkele personen veroorzaakte gebeurtenissen, terwijl non-man-made traumata gebeurtenissen beschrijven die door buitenmenselijke voorvallen zijn veroorzaakt.

Man-made traumata	Non-man-made traumata
<ul style="list-style-type: none"> • Scheiding of verlies van bindingspersonen in de vroege kinderjaren (separatietrauma) • Zware ongelukken • Medische traumatisering • Werkloosheid en mobbing • Gewelddadige dood of suïcide van een bindingspersoon • Cultuurschok • Technische en ecologische catastrofes, branden • Diverse geweldervaringen 	<ul style="list-style-type: none"> • Natuurrampen • Levensbedreigende ziektes • Geboortetrauma • Dood, verlies van bindingspersonen, plotselinge kinderdood.

Tabel 1, soorten traumatische gebeurtenissen (vgl. Weiß, 2003, pp. 12-13)

De bovenstaande tabel maakt duidelijk dat er diverse voorvallen zijn die kunnen leiden tot traumatisering. Kenmerkend voor een traumatische gebeurtenis is dat er altijd sprake is van (over)macht en controleverlies bij de betreffende persoon.

Toch ontstaan de meeste traumata op grond van geweldervaringen. Geweld heeft altijd ook emotionele, psychische en sociale gevolgen. Geweld hoeft niet altijd lichamelijke letsels tot gevolg te hebben; er bestaan ook diverse vormen van emotioneel geweld.

Vormen van geweld zijn: seksueel geweld (verkrachting; seksueel kindermisbruik), emotioneel en lichamelijk geweld (mishandeling door verbale aanvallen; (chronische) verwaarlozing, emotionele veronachtzaming of afwijzing; fysieke mishandeling; traumatische conflicten met de ouders;

narcistische uitbuiting van een persoon in extreme vormen), politiek geweld (foltering, achtervolging, verdrijving, ontvoering en ballingschap; executie; oorlog en oorlogsgevangenschap; terrorisme; volkerenmoord; Holocaust) en geweldcriminaliteit (gijzeling; roofovervallen, ontvoering, schietpartij; amokpartij) (Weiß, 2003).

Bijzonder zware traumareacties (zie hoofdstuk 2.2) zijn te verwachten als er sprake is van volgende factoren:

De traumatisering:

- duurt heel lang
- herhaalt zich vaak
- laat het slachtoffer achter met zware lichamelijke verwondingen
- is moeilijk te begrijpen door het slachtoffer
- bevat seksueel geweld
- bevat intermenselijk geweld
- bevat sadistische foltering
- de dader is een bekend persoon voor het slachtoffer
- het slachtoffer mocht of mag de dader
- het slachtoffer voelt zich medeschuldig
- de persoonlijkheid is nog niet stevig of is gestoord
- meerdere daders hebben het slachtoffer verminkt
- het slachtoffer had sterke dissociaties
- niemand heeft het slachtoffer onmiddellijk na de gebeurtenis bijgestaan
- niemand heeft hierover na de gebeurtenis(en) met het slachtoffer gepraat

(Weiß, 2005, p. 22)

2. 2 De gevolgen van psychische traumatisering

Traumatisering kan divers zijn. Ieder mens ondergaat ooit een traumatisering in grotere of kleinere mate. Echter, de manier waarop een mens in staat is om hiermee te gaan, is per individu zo verscheiden als de mens op zich. Pas als er langdurige gevolgen optreden, is er sprake van een posttraumatische stressstoornis of acute stressstoornis, zoals aangetoond in de DSM – IV. Dit hoofdstuk gaat over wanneer er sprake is van een psychisch trauma en wat dit voor gevolgen *kan* hebben.

Welke uitwerkingen een traumatisering op het lichaam en het psychisch bevinden heeft, is altijd afhankelijk van de individuele persoon. Toch kan een traumatisering niet, afhankelijk van de traumatische gebeurtenis, gemeten worden in termen als ‚erg‘ en ‚niet zo erg‘. De subjectieve waarneming en de ontwikkelde vaardigheden van stress- en angstregulatie die een mens in huis heeft, kunnen de gevolgen van traumatisering beïnvloeden (Rothschild, 2002). Dit betekent niet dat een mens die onder een psychisch trauma lijdt al op voorhand ‚ziek‘ was of niet voldoende vaardigheden had ontwikkeld om met een traumatische gebeurtenis om te gaan. Ook bij compleet gezonde mensen kan dit soort gebeurtenis leiden tot blijvende verandering en schade (Weiß, 2005). De meeste therapeuten werken aan de hand van diagnostische criteria, zoals samengevat in de DSM – IV (of de ICD 10 in Duitsland). In de DSM – IV wordt er onderscheid gemaakt tussen twee verschillende stoornissen die veroorzaakt worden door een of meerdere psychische traumata. Dit zijn de posttraumatische stressstoornis en de acute stressstoornis.

De posttraumatische stressstoornis wordt gediagnosticeerd wanneer de betrokkene blootgesteld is aan een traumatische ervaring, waarbij het eigen leven, de fysieke integriteit of het leven van anderen bedreigd is geweest. Daarbij horen reacties van intensieve angst, hulpeloosheid en afschuw. Er is pas sprake van een posttraumatische stressstoornis wanneer de persoon deze traumatische gebeurtenis voortdurend herbeleeft en de symptomen langer dan een maand aanhouden.

Deze herbelevingen kunnen optreden op verschillende manieren, zoals in vorm van:

- dromen over de gebeurtenis,
- opdringende herinneringen aan de traumatische gebeurtenis met de bijhorende voorstellingen, gedachten of waarnemingen,
- handelen of voelen alsof de gebeurtenis nog een keer plaatsvindt (illussies, flashbacks, dissociaties en/of hallucinaties),
- optreden van intens psychisch lijden bij blootstelling aan interne of externe stimuli die op de gebeurtenis lijken (triggers),
- optreden van fysiologische reacties bij blootstelling aan bepaalde triggers.

Bovendien vermijden mensen die onder een postraumatische stressstoornis lijden, aanhoudend prikkels die bij het trauma horen of vertonen zij afstomping van de algemene reactiviteit, dit in tegenstelling tot de periode vóór het trauma. Ook dit kan zich op verschillende manieren uiten, zoals door pogingen van vermindering van gedachten, gevoelens of gesprekken over het trauma of activiteiten, plaatsen of mensen die herinneringen aan het trauma oproepen. Sommige mensen kunnen zich belangrijke aspecten van de traumatisering niet meer herinneren of de belangstelling om deel te nemen aan activiteiten neemt af. Het kan ook zijn dat getraumatiseerde mensen een gevoel van onthechting of vervreemding van andere personen ervaren, dat het spectrum van gevoelens die ze kunnen beleven, afneemt (ze zijn bijvoorbeeld niet meer in staat om liefde te voelen) of/en dat ze het gevoel hebben een beperkte toekomst te hebben en bijvoorbeeld verwachten geen kinderen meer te krijgen, niet te gaan trouwen of geen carrière te maken.

Een belangrijk symptoom van een postraumatische stressstoornis is ook de verhoogde prikkelbaarheid van de betreffende mensen. Dit kan zich manifesteren door er moeite mee te hebben om in te slapen of door te slapen, door algemene prikkelbaarheid en woede-uitbarstingen, concentratiemoeilijkheden, overmatige waakzaamheid en/of overdreven schrikreacties. Deze som van diverse symptomen veroorzaakt groot lijden en belangrijke beperkingen in het alledaagse leven van de betrokkene.

Het onderscheid tussen de acute en de posttraumatische stressstoornis is dat de acute stressstoornis niet langer duurt dan vier weken en ook binnen vier weken na de traumatische gebeurtenis optreedt (DSM- IV, 2006).

Er kan echter ook wel sprake zijn van traumatisering wanneer zich dit niet zo problematisch manifesteert als in de hierboven beschreven stoornissen. Een traumatisering kan ook lichtere beperkingen uitlokken, die niet als psychische stoornis gecategoriseerd worden. Bovendien is er ook binnen andere psychiatrische aandoeningen vaak sprake van traumatisering, zoals bij persoonlijkheidsstoornissen (vooral de borderline persoonlijkheidsstoornis), depressies of angststoornissen. Men neemt ook aan dat onverwerkte trauma-ervaringen op de volgende generatie kunnen worden overgedragen of zich op de ouder-kind-interactie uitwerken (Weiß, 2005).

Een traumatisering kan heel veel verschillende symptomen ten gevolg hebben. Over het algemeen staan deze symptomen in causale samenhang met lichamelijke reacties. Zoals in de probleemstelling al werd aangeduid, gebeurt er op neuronaal gebied heel veel tijdens situaties waarbij een mens wordt blootgesteld aan een bedreiging. Maar wat gebeurt er dan precies?

Bij een trauma is er sprake van enorm veel stress (arousal), waarop het lichaam reageert. Deze stressreactie blijft bij een trauma continu bestaan, wat ook wordt benoemd als hyperarousal. Deze stressreactie wordt beïnvloed door het limbisch systeem, bestaand uit de amygdala en de hypothalamus. Dit hersendeel is verantwoordelijk voor het sturen van gedragspatronen die het overleven garanderen (instincten) en voor het uitdrukken van emoties. Bovendien beïnvloedt het limbisch systeem ook de verwerking van herinneringen. Er bestaat een nauwe verbinding tussen het limbisch systeem en het autonome zenuwstelsel.

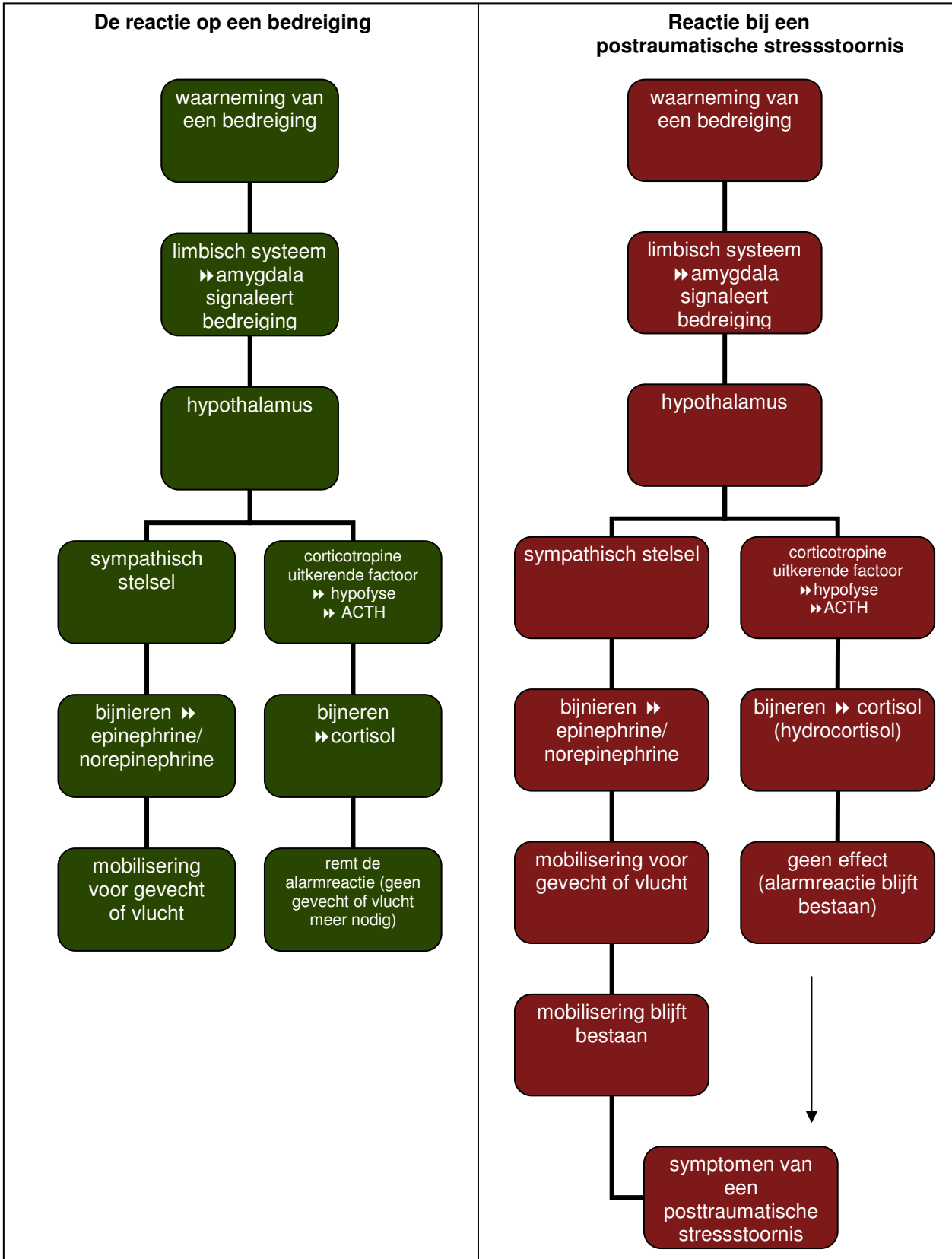
Het autonome zenuwstelsel bestaat uit twee delen, het sympathisch stelsel en het parasympathisch stelsel. Deze twee delen zijn normaal gesproken in evenwicht. Wanneer het ene deel geactiveerd is, wordt het andere deel onderdrukt. Het sympathisch stelsel is actief wanneer de mens met stress te maken heeft en het parasympathisch stelsel wanneer er sprake is van ontspanning en rust. Bij een traumatische bedreiging reageert het lichaam met de uitkering van hormonen om zich in staat te stellen te vechten of te vluchten. Dit gebeurt door twee acties, namelijk ten eerste door de activering

van het sympathisch stelsel en ten tweede door de uitkering van de corticotropine uitkerende factor. Deze twee acties staan wel in samenhang met elkaar, maar hebben verschillende functies. Door de activering van het sympathisch stelsel worden de bijnieren aangezet tot de uitkering van epinephrine (ook bekend als adrenaline) en norepinephrine (ook noradrenaline of levarterenol), wat het lichaam tot vechten of vluchten mobiliseert. De ademhaling en de hartfrequentie wordt versneld, waardoor er meer zuurstof in de daarvoor belangrijke musculatuur wordt getransporteerd. Tegelijkertijd zorgt de corticotropine uitkerende factor in de bijnieren voor het aanzetten van de hypofyse van ACTH (een hormoon en neurotransmitter) waardoor er cortisol uitgekeerd wordt. Cortisol onderbreekt de alarmreactie van het lichaam indien vluchten of vechten gelukt is en de traumatische situatie voorbij is. Daardoor wordt het evenwicht in het lichaam weer hersteld (zie afbeelding 1 volgende pagina: De reactie op een bedreiging). (Rothschild, 2002)

Dit is een belangrijk neuronaal gebeuren dat bij mensen die onder een trauma lijden, verstoord is geraakt.

Onderzoek toont aan dat bij mensen met een posttraumatische stressstoornis de concentratie van het hormoon cortisol in het bloed significant laag is (Streek- Fischer, Sachsse & Özkan, 2002). Daaruit komt naar voren dat de voor een posttraumatische stressstoornis typische hyperarousal (aanhoudende stressreactie) samenhangt met een tekort aan cortisol (zie afbeelding 1 volgende pagina: reactie bij een posttraumatische stressstoornis). Of dit alleen maar een biologisch probleem is of samenhangt met de waarnemingsverwerking in het limbisch systeem is echter nog niet bekend.

Bovendien is het interessant voor de behandeling van traumacliënten dat ook toestanden van verstarring (tonische immobiliteit), die soms bij getraumatiseerde cliënten optreden, met behulp van deze theorie verklaard kunnen worden. Wanneer er een enorme bedreiging is en er geen vlucht- of vechtgedrag (meer) mogelijk is, is het limbisch systeem in staat om tegelijkertijd het parasympathisch stelsel te activeren. Daardoor ontstaat er een veranderde realiteit. De tijd lijkt langzamer te lopen en gevoelens van angst en pijn verdwijnen (Rothschild, 2002).



Afbeelding 1: Reactieschema (vgl. Rothschild, 2002, p. 30 - 31)

Deze neurologische inzichten maken het mogelijk om een voor de cliënt gepaste behandeling te ontwikkelen, want dit maakt de enorme noodzaak van het verminderen van stress voor de cliënt duidelijk. Bovendien ontstaat er door deze aangetoonde chemische processen een affectdisregulatie met als resultaat chaotische en niet handhaafbare affecten die moeilijk onder woorden te brengen zijn (Weiß, 2005).

Een vaak voorkomend effect is, zoals al benoemd, het optreden van dissociaties bij getraumatiseerde mensen. Dit is in eerste instantie een natuurlijke reactie op een situatie waar vechten of vluchten niet mogelijk is. Deze processen maken het mogelijk om te overleven en om wat er gebeurd is, uit te houden. Maar ze maken de waarneming van zaken in hun totaliteit en de identiteitsvinding onmogelijk, omdat dit patroon onbewust op andere situaties wordt overdragen. Door herhaling van dit proces wordt het een automatisme om ervaringen gefragmenteerd te bewaren. Dit kan leiden tot ik-fragmentering, afsplitsen van emoties en angst voor het verlies van de ik-grenzen (Weiß, 2005).

De kans op het optreden van een pathologische dissociatie is duidelijk hoger wanneer het gaat om herhaalde traumatisering (type – II- trauma)(Overkamp, 2002), maar ook andere trauma-effecten zoals flashbacks of intrusie (gedachten die schijnbaar zonder aanleiding opkomen en zich opdringen) maken het moeilijk voor de getraumatiseerde mensen om in het hier en nu te blijven (Weiß, 2005).

2. 3 De behandeling van psychische traumata

Er bestaan verschillende behandelingsconcepten en methodes in de traumabehandeling. Momenteel wordt er vooral gewerkt met:

- EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing)
- Traumagecentreerde psychotherapie
- Gestalttherapie
- NLP (Neurolingüistisch programmeren)
- PITT® (Psychodynamische Imaginatie Traumatherapie)
- MPTT (Meerdimensionale Psychodynamische Traumatherapie)

(vgl. Fischer & Riedesser, 2003; Streek- Fischer, A., Sachsse, U. & Özkan, 2002; Reddemann, 2001; Weiß, 2005)

Op basis van recent onderzoek blijkt er geen methode effectiever of succesvoller (Fischer & Riedesser, 2003). Binnen dit onderzoek wordt dus niet op elke methode specifiek ingegaan, maar worden de overeenkomsten beschreven en er wordt vooral ingegaan op de eerste fase van behandeling, de stabilisatiefase. Deze fase komt in de meeste behandelingsconcepten overeen met bepaalde doelstellingen.

Volgens welke methode er ook gewerkt wordt, het werken in een multidisciplinair team is altijd het meest geschikt voor traumabehandeling, omdat volgens Hermann (2003) geen enkel mens alleen in staat is om een persoon te helen. Elke therapeut heeft ondersteuning nodig door bijvoorbeeld supervisie of teamoverleg, om niet overbelast te raken (Weiß, 2005).

De behandeling van getraumatiseerde mensen, wordt in de meeste therapieën opgedeeld in verschillende fases. Deze fases verlopen niet lineair, maar er is sprake van een vereenvoudigd model van een ingewikkeld fenomeen.

De fases zijn:

1. stabilisatie
2. traumaverwerking
3. trauma-integratie

De eerste fase houdt het herstellen van veiligheid en stabiliteit in, de tweede het herinneren van het trauma en de traumaverwerking. De derde fase houdt een rouwproces in, dient ter heroriëntatie en maakt terug verbinding tot het alledaagse leven. In totaal neemt de stabilisatiefase vaak een langere tijd in de behandeling in (Weiß, 2005), terwijl de concrete uiteenzetting met de traumatische inhoud

veel minder lang is (Huber, 2004). In een psychiatrische setting, waar vaak sprake is van een acute opname, wordt er dus vaak aan de stabilisatie van de cliënt gewerkt.

Rothschild (2002, p. 146) heeft tien voorwaarden geformuleerd voor een veilige traumatherapie:

1. Creëren van een veilige situatie.
2. Goed contact maken met de cliënt.
3. Cliënt en therapeut moeten in staat zijn om het proces wanneer nodig af te remmen.
4. Identificeren en uitbreiden van de resources van de cliënt.
5. De afweermechanismen van de cliënt als resource beschouwen en nooit proberen om deze weg te halen. In plaats daarvan verdere mogelijkheden van omgang ontwikkelen.
6. Altijd proberen de innerlijke druk van de cliënt te verkleinen, niet te verhogen.
7. Afstemmen op de cliënt en niet verwachten dat de cliënt zich aanpast.
8. Proberen een goede theoretische achtergrond te ontwikkelen om misverstanden te voorkomen en om voor elke individuele cliënt technieken te kunnen ontwikkelen.
9. De individualiteit van elke cliënt respecteren en daarmee dealen.
10. Bereid zijn om, wanneer nodig, alle technieken aan de kant te leggen en met de cliënt te praten.

Een eerste stap in de stabilisatiefase is het open maken van het trauma. De cliënt doet op die manier de ervaring op dat hij kan en mag praten over het trauma. Bovendien is het belangrijk om uit te leggen dat de symptomen een normale menselijke reactie zijn op dergelijke traumatische gebeurtenissen (Hermann, 2003).

De stabilisatie vindt plaats op meerdere gebieden. Wanneer er sprake is van lichamelijke letsels of fysiek lijden, moet dit in eerste instantie behandeld worden, zodat de therapie niet wordt belemmerd. Bovendien zou er zo goed mogelijk een veilige sociale situatie geschapen moeten worden. De psychische stabilisatie houdt zowel empowerment van de cliënt in (bijvoorbeeld ontspanningstechnieken en bevorderen van resources), als ook het herstellen van de eigen mondigheid en autonomie. Dit houdt onder meer in: het stap voor stap controle terugkrijgen over innerlijke processen en controle-, doserings- en distantieringstechnieken ontwikkelen (Weiß, 2005). Dit maakt een groot deel uit van afgrenzingsprocessen.

2. 4 Het fenomeen afgrenzing

Afgrenzing is een vaak voorkomend woord en biedt ruimte voor verschillende interpretaties. Het is daarom belangrijk om deze term af te bakenen en de betekenis ervan binnen dit onderzoek nader te omschrijven.

Een grens omschrijft in het algemeen een scheiding tussen twee dingen. De huid van een mens is de natuurlijke grens tot zijn omgeving en biedt de mogelijkheid om zichzelf en, in verbinding met aanrakingen, de omgeving te voelen. Bovendien hebben mensen ook interpersonele grenzen, die de persoonlijke ruimte met betrekking tot anderen en afhankelijk van de situatie aangeven. Deze grens is weliswaar niet zichtbaar, maar duidelijk voelbaar¹. Omdat mensen met een trauma fysiek en/of psychisch verwond zijn geraakt, heeft er vaak ook een verstoring op dit gebied plaatsgevonden. Er was sprake van een enorme ingreep in de persoonlijke grenzen (Rothschild, 2002). Het gevolg is dat getraumatiseerde mensen in figuurlijke zin een tere huid hebben en dat de eigen grenzen een belangrijk thema binnen therapie kunnen zijn. Dit houdt het bewaren van de eigen grenzen in, maar ook het afgrenzen van innerlijke processen, omdat het trauma ook daarop een grote impact heeft gehad.

Door het ondergaan van symptomen zoals flashbacks, hebben mensen met een trauma vaak het gevoel van controleverlies. Door moeilijk controleerbare triggers worden zij steeds weer herinnerd aan traumatische inhouden, waardoor zij bepaalde affecten en emoties tegenkomen. Wanneer deze affecten niet meer verdraaglijk zijn voor hen, lopen zij gevaar voor dissociëren (Hermann, 2003). Binnen de behandeling is het daarom belangrijk, vooral in de stabilisatiefase, om het risico op het ondergaan van flashbacks en dissociëren zo gering mogelijk te houden (Weiß, 2005), want dit veroorzaakt ook altijd neurologische schade (Rothschild, 2002). Een belangrijk middel daarvoor is het leren afgrenzen van de traumatische inhoud en, zoals al genoemd, het terugkrijgen van controle op innerlijke processen door onder meer het leren van distantieringstechnieken.

¹ Bijvoorbeeld het gevoel dat iemand tijdens een gesprek te dichtbij staat.

Er is dus sprake van afgrenzen in de vorm van distantiëren, zelf kunnen controleren en doseren van herinneringen, affecten en emoties, en het verblijven in het hier en nu. Dit houdt ook in om de eigen grenzen letterlijk (terug) te kunnen voelen, om het gevoel van de eigen integriteit en autonomie te bevorderen. Dit vermindert symptomen van hyperarousal (Rothschild, 2002).

Afgrenzing is dus een concreet werkpunt in het hier en nu, waardoor het mogelijk is in de situatie te verblijven en in het contact met anderen, zonder door emoties en/of herinneringen overspoeld te raken.

Hoofdstuk 3: De kracht van muziek

De muziektherapeut Fritz Hegi heeft vanuit de filosofische stroming ‘fenomenologie’ een visie op muziek ontwikkeld die boven dualisme gaat. Hij verbindt wetenschappelijke en muziekpsychologische verklaringsmodellen met zijn kunstmatige en persoonlijke opvattingen (Frohne, 1986). Zijn holistische benadering ligt dicht bij de Gestalttherapie, maar heeft ook duidelijke raakvlakken met het analoge procesmodel van Smeijsters (2006).

Fritz Hegi beschrijft zijn eigen ervaringen met muziek vaak als heel symbiotisch en krachtig: “Ik beleefde dat mijn eigen duidelijke grenzen zich verschoven of dat er iets in mij, in andere mensen of in de leefwereld kon versmelten. Op dit moment speelde ik niet de muziek, ik *was* de muziek.”² (Hegi, 1986, p. 19). Hij benadrukt dat muziek altijd als geheel beschouwd moet worden. Toch is het volgens hem belangrijk om muziek in de muziektherapeutische praktijk niet altijd in zijn totaliteit te bekijken, maar om enkele componenten in bijzondere mate en consequentie te horen en te verdiepen, om simplificatie te beleven (Hegi, 1986).

3. 1 De vijf componenten

Fritz Hegi heeft muziek opgedeeld in vijf verschillende componenten die telkens bepaalde werkingsfactoren laten zien. Alle onderstaande informatie is gebaseerd op zijn visie (Hegi, 1986, 1998, 2010).

Ritme is globaal gezien de herhaling van een trillingsimpuls in een tijdelijke opeenvolging. Ritmes die iedereen van ons beleeft en die heel dicht bij ons staan, zijn bijvoorbeeld de puls en de adem. Daarbij heeft elke persoon zijn karakteristiek ritme, maar ook elk ritme heeft zijn persoonlijk karakter.

De term ritme houdt vele nevenbegrippen in zoals puls, slag (beat), maat, metrum, groove en vibratie. Ritme beschrijft altijd een geheel, terwijl bijvoorbeeld het metrum de abstracte structuur van ritme beschrijft. In tegenstelling daarmee is de maat overzichtelijk en beschrijft de maat het principe of de structuur van ritme (bijvoorbeeld 4/4). Puls en swing gaat over de kracht van het ritme terwijl groove of vibratie gehele ritmetoestanden of -beelden beschrijven.

Verscheidende ritmes zijn vooral te onderscheiden door de accentuering. Meer nog: herhalende accenten brengen ordening in een ritme en maken het als ritme ervaarbaar. Swing bijvoorbeeld heeft zijn accenten in de off beat terwijl in rock- of popmuziek het accent meestal op de eerste slag in de takt ligt.

Door herhaling in ritme zijn toestanden van extase mogelijk. Bewust lang in een bepaald ritme blijven, kan dus tot gewenste dissociatie voeren.

Het spelen van ritme-instrumenten kan bovendien een groot effect hebben als het gaat om het ervaren van grenzen. Om grenzen te kunnen ervaren, is er een centrum nodig. Bij het trommelen neemt een gecentreerde lichaamshouding een belangrijke rol in, en het voelen van enkele slagen benadrukt de eigen lichaamsgrenzen.

Klank ontstaat door in samenhang gezette trillingen van tonen en hun boventonen. Dezelfde toon, of hij nu op een hobo of op een piano gespeeld wordt, heeft een andere klankkleur. Onder klank plaatst Hegi (2010) ook de harmonie. Klank is volgens Hegi (1986) vormloos omdat het zich voortdurend beweegt en verandert. Klank kun je niet, zoals een ritme of toon, vasthouden. Klank zet hij daarom ook gelijk met gevoel. Een instrument om dit intensief te beleven, is de eigen stem.

Harmonie in de muziektherapie richt zich niet alleen op een esthetisch mooi klinkend product, maar moet kloppen met de momentele situatie en gevoelstoestand van een cliënt. Een van de grootste doelen binnen muziektherapie is volgens hem dus het bereiken van overeenkomstigheid van gevoel en expressie. In het therapeutische proces is er altijd sprake van een ontwikkeling van harmonie naar entropie (wending) naar chaos. Dit is nodig om naar de kern te komen en om de krachten van een mens te kunnen opsporen en om deze weer in de juiste stemming te kunnen brengen.

² Vertaling door de schrijfster

Ritme en melodie zijn altijd met bepaalde (resultaat)verwachtingen verbonden. Deze verstoren kan veel angst en onzekerheid losmaken, wat tot afweer kan leiden. Binnen klank is het wel mogelijk om opener te werken. omdat er op zich minder verwachtingen zijn. Gevoelens zijn veranderlijk en dit kan in klank ervaren worden.

Melodie beschouwt Hegi (1986) als een vorm van verhaal en een middel voor het uitdrukken van meningen. In de muziektherapie is niet de inhoud van belang, maar het 'hoe'. Hoe wordt er een melodie opgebouwd en welke betekenis kan dit hebben? Er bestaat nooit een algemeen geldige vertaling, maar wel tendenties, zoals ze in de volgende tabel zijn aangetoond:

Contrasten in melodie	Verrassingen in melodie
<ul style="list-style-type: none"> • Opwaartse tendentie: verwachting, begin, geluk, ontwikkeling, levendigheid, uitgelatenheid, spelplezier, opwaartse beweging, licht • Neerwaartse tendentie: droevigheid, melancholie, afscheid, voltooiing, , dood, ondergang, neergang, donker, slaap • Opwaartse en neerwaartse tendentie: gesloten vorm, kringbeweging, dialoog, wederkerigheid, twee kanten van een zaak, uitbeelding van een proces, open zoektocht • Luid- zacht: contact- terugtrekking, nabijheid – distantie, esthetiek, wens naar verdubbeling (echo), spiegeling, vraag – antwoord, twee betekenissen van een zaak, droevigheid, geheim • Dicht – ruim: concentratie – verstrooiing, buiten – binnen, objectieve – subjectieve mening, verkwisting – bescheidenheid, beperking – verwijding, voorzichtigheid – risico, extreem uitgespeeld: overgang tot klank • Langzaam – snel: afhankelijkheid – vrijheid, binding – loslaten, relativiteit van tijd, rust – onrust, volwassen – kind, ongeduld, spanning, overdrijving, voortbeweging, dans, verdubbeling – halvering, overgangen tot ritme • Lang – kort: hetzelfde als bij 'langzaam en snel', vraag – antwoord, opening, verwachting, beslistheid, uitdaging 	<ul style="list-style-type: none"> • Herhaling: verdieping, benadrukken van waarde, ritueel, meditatief bewustzijn, herhalen is terughalen bewustheid, spanning door minimale variaties, overtuiging, structuurbehoefte, voltooiingen, leven en dood, minimalisme, overgang tot ritme • Wisseling van toonruimte: keuze, wissel, brug, sprongen, tegenstrijdigheden, naast elkaar, ruimte- beleving, verruiming, integratie van een verrassing, dialoog, uiteenzetting, onverenigbaarheid • Maatwissel: potentieel geheel, spel van polaire tegenstellingen, spel met de tijd, sprongsgewijs wissel van stemmingen, dominantie van het ritmische

Tabel 2: Melodiekwaliteiten (vgl. Hegi, 1986, p. 110)

In melodie is sprake van expressie. Er wordt steeds een bepaalde betekenis uitgedrukt. Hegi (1986) spreekt in dit samenvatting van "een beweging van een mening" (Hegi, 1986, p 108). Het kleinste onderdeel van een melodie is een interval (sprong van een toon naar de volgende). Harmonieën zijn samengevoegde intervallen, zoals bijvoorbeeld een akkoord dat uit drie bepaalde tonen wordt gevormd. Samenklinkend is een akkoord een klank, na elkaar vormt een akkoord een ritme, waarbij het interval op zich het melodie-element is. Het gaat in de muziektherapie echter niet om

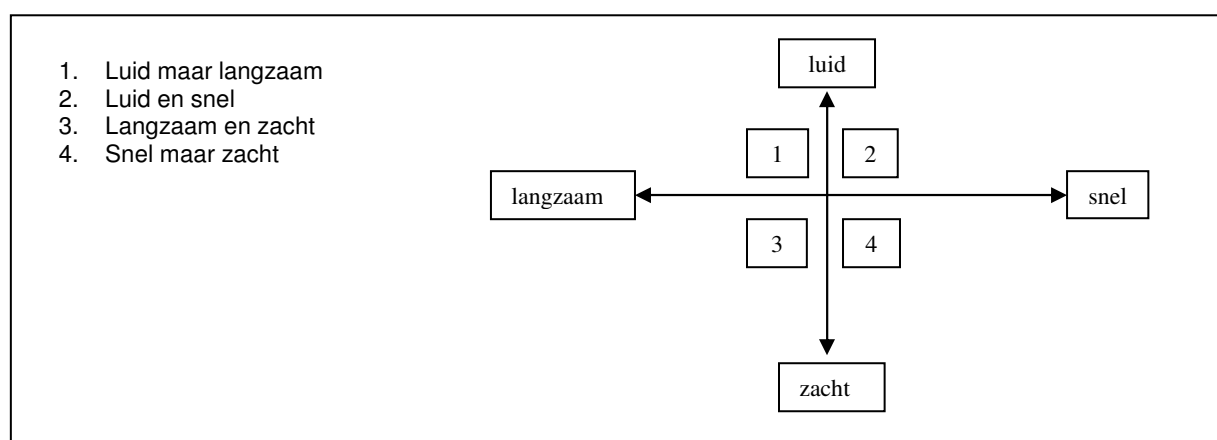
wetenschappelijke metingen van een interval, maar het gaat erom hoe iemand het beleeft. Zo wordt een seconde bijvoorbeeld vaak als wrijvend en spannend beleefd.

Dynamiek is het spel tussen de werking van tegenovergestelde krachten. Dynamiek is de beweging van krachten tegen elkaar in, naar elkaar toe en van elkaar weg. In de hierboven benoemde muzikale componenten (ritme, klank, melodie) werkt dynamiek altijd mee. In een melodie zegt de dynamiek iets over de sterkte van de beweging en de dichtheid, binnen klank benadrukt dynamiek de spanning en binnen ritme wordt dynamiek vooral duidelijk door het gebruik van pauzes. Dynamiek geeft muziek leven, bijvoorbeeld door het accentueren bij een melodie.

Belangrijke factoren in dynamiek zijn: tempo, volume en als tegenpool de pauze.

Een pauze heeft geen tempo of volume maar is toch een dynamisch element. Ze is groot of klein, heeft een bepaalde duur en intensiteit. Een pauze is niet alleen maar een tussenruimte tussen twee gebeurtenissen in, maar het is een gebeurtenis op zich. Zonder pauzes zou muziek een vormloze toestand zijn.

Hegi (1998) maakt aan de hand van het volgende schema verschillende kwaliteiten en mogelijkheden binnen dynamiek duidelijk.



Afbeelding 2: Kwaliteiten van dynamiek (vgl. Hegi 1998, p. 226)

Dynamiek zegt iets over de koppeling tussen de wens, de wil en de kracht. Dynamiek is dus de kracht van wensen of de wil naar beweging en verandering.

De eerste kwaliteit binnen Hegi's schema over dynamiek is luid maar zacht (1). Dit duidt volgens hem op een bepaalde stroefheid, maar het duidt ook op duistere spanning, afweer en weerstanden, macht, volharding en potentie. Er is sprake van een dynamische spanning, want luid en langzaam spelen is in eerste instantie geen natuurlijke beweging; dat geldt ook voor snel maar zacht spelen. Snel en zacht (4) duidt op terughoudendheid, voorzichtigheid, geremdheid, rouw, sensitiviteit, maar ook rust, het tot bezinken brengen, eindeloosheid, ruimte en tederheid.

Meer gebruikelijke dynamische kwaliteiten zijn luid & snel (2) en langzaam & zacht (3). Luid en snel gaat over bewegelijkheid, ongeduld, druk, dominantie, kracht, aanval, ook vergroting, dichtheid, intensiteit, einde of climax, terwijl langzaam en zacht over alertheid, attentie, aanwezigheid, ophef, gespannen verachting, behendigheid, maar ook wantrouwen, bang reageren, teruggehouden agressie, onrust, eisen, begin gaat.

Dynamiek is niet herhaalbaar, ze ontstaat altijd in het moment, niet zoals een melodie die steeds weer terug kan komen. Dynamiek en klank zijn afhankelijk van de situatie en processen zoals gevoel en wil op psychologisch niveau. Dynamiek is amorf.

Vorm is niet vast, ze *houdt* geen bewegelijk inhoud in, ze is zelf beweeglijk. Vorm ontstaat en vervalt, ze kan open en gesloten zijn.

Cliënten met een bepaalde problematiek zijn vaak gebonden aan vaste vormen van onvervulde behoeftes. Uit angst voor de inhoud blijven ze binnen een bepaalde vorm. Genezen is volgens Hegi (19886) mogelijk wanneer de cliënt bereid is om zijn vorm los te laten zoals ze op dit moment is en

naar de inhoud te kijken. Improvisatie maakt het mogelijk om vorm los te laten en nieuwe vorm te creëren.

Vorm heeft dus ook te maken met spontaniteit. Een bepaalde beweging is nooit fout. Wanneer mensen in staat zijn bewegingen te laten gaan en ernaar luisteren, betekent dit leren. Iets nieuws leren betekent de beweging die ervoor nodig is, ook uitvoeren. Wanneer men in staat is deze beweging te herhalen is er pas sprake van een vaardigheid.

Er bestaan verschillende mogelijkheden om met vorm te experimenteren zoals de relationele improvisatie, waarbij het gaat om de relatie van en tussen de spelers; de themagerichte improvisatie, waarbinnen een verdieping van een bepaald thema plaatsvindt; het oefengericht improviseren, waarbij er van bepaald muzikaal materiaal wordt uitgegaan. Deze werkvorm is vooral geschikt wanneer cliënten het er moeilijk mee hebben om zelfcontrole op te geven. Het gaat namelijk om de muziek op zich. Er schuilt echter ook het gevaar in, dat ze zich achter deze vorm verstoppen.

Het wordt duidelijk dat elke muzikale component zowel vaardigheden alsook stoornissen in een grotere of kleinere mate kan uitdrukken. De volgende tabel zet dit nog een keer op een rij:

	Vaardigheid	Stoornis
Ritme	gestructureerd: <ul style="list-style-type: none"> • Realiteitsbesef • Bindingsvermogen • Weerstandskracht • Vitaliteit • Evenwicht • Maat 	te open: <ul style="list-style-type: none"> • Realiteitsverlies • Ontwijking van binding • Stress • Over- / onderspanning • Mateloosheid
Klank	helder: <ul style="list-style-type: none"> • Expressie van gevoelens • Afgrenzing • Versmelting • Resonantie • Harmonisatie 	verward <ul style="list-style-type: none"> • Onderdrukking van gevoelens • Grensverlies • Ik-verlies • Pantsering • Destructiviteit
Melodie	uitbeeldend: <ul style="list-style-type: none"> • Vermogen om te praten en te vertellen • Herinnering • Vermogen tot uitbeelding • Identiteit • Zelfzekerheid 	afsplitsend: <ul style="list-style-type: none"> • Taalproblemen • Geheugenzwakte • Antisocialiteit • Isolatie • Problematieken m.b.t. de zelfwaarde
Dynamiek	boeiend: <ul style="list-style-type: none"> • Balans van nabijheid en distantie • Kracht, energie • Fascinatie • Risicobereidheid 	dreigend: <ul style="list-style-type: none"> • Verlies van de nabijheid - distantie – balans • Depressiviteit • Angst • Geremdheid • Slapheid
Vorm	bevrijdend: <ul style="list-style-type: none"> • Veranderlijk • Grensoverschrijding • Beweeglijkheid • Vrijheid • Structuren 	beperkt: <ul style="list-style-type: none"> • Fixatie • Blokkades • Starheid • Afhankelijkheid • Verslaving / dwang

Tabel 3: Vaardigheden en stoornissen (vgl. Hegi, 2010)

3. 2 De muziektherapeutische behandeling van een trauma

Ook in de muziektherapeutische behandeling bestaan er diverse methodes en werkvormen om met getraumatiseerde cliënten te werken.

Er bestaat niet *de* muziektherapeutische behandeling. Meer dan in andere therapievormen, waar er sprake is van een vaste methode, stemt muziektherapie zich af op de individuele cliënt en wordt de behandeling aan de hand van de getoonde symptomen aangepast en op basis daarvan worden dan weer doelstellingen bepaald. Dit kan zowel door middel van actieve muziektherapie (het zelf maken van muziek) alsook door receptieve muziektherapie (het beluisteren van bepaalde muziek) (Smeijsters, 2005). Per richting bestaan er weerom verschillende methodes en referentiekaders om te werken.

In de receptieve muziektherapie zijn dit bijvoorbeeld de RMTN (regulatieve muziektherapie Nederland), RMT (regulatieve muziektherapie) en GIM (Guided Imagery and Music).³

De actieve muziektherapie is gericht op het zelf handelen van de cliënt, waarbij het in eerste instantie niet om een esthetisch mooi product gaat, maar veel meer om de belevingen tijdens het muzikaal handelen. Dit kan in de vorm van vrije improvisaties, maar er bestaan ook verschillende gestructureerde werkvormen die op meer of min vast muzikaal materiaal baseren. Het kan bijvoorbeeld ook, dat er samen met cliënten stukken of liederen gecomponeerd worden (Smeijsters, 2006).

Momenteel wordt muziektherapie in de praktijk vaak als een alleen maar resourcegerichte therapievorm beschouwd. Omdat in eerste instantie meestal niet de inhoud van een trauma aan bod komt, zijn er veel andere beroepsgroepen (zoals artsen en psychologen, die ook werkzaam zijn met getraumatiseerde mensen) van mening dat muziektherapie enkel gericht is op het (re-) activeren van resources. Er wordt echter vaak over het hoofd gezien dat muziek wel diepe emotionele processen in gang kan brengen. Onderzoek toont namelijk aan dat in de traumatherapie niet noodzakelijk een verbale verwerking van de traumatische gebeurtenis *moet* plaatsvinden (Weiß, 2005).

Een grote kwaliteit van muziektherapie is dat diffuse sferen en ambivalente gevoelens uitgedrukt kunnen worden en dat taal niet per se nodig is. Muziek maakt het dus mogelijk om dingen onuitgesproken te laten en vindt plaats op symbolisch vlak. Door dit gegeven biedt muziek automatisch de mogelijkheid tot distantiëring en dosering van de traumatische inhoud. Muziek maakt het mogelijk de verbinding van emoties en lichaam weer te herstellen, want muziek werkt altijd direct in op de lichaamswaarneming (Weiß, 2005). Op neuronaal gebied kan muziek afweermecanismes omzeilen en direct inwerken op het limbisch systeem, waar de verwerking van emoties plaatsvindt. Door het opdoen van nieuwe ervaringen kunnen bepaalde activeringspatronen in de hersenen veranderen, die op oude (negatieve) ervaringen werden opgebouwd. Door subjectief prettig waargenomen muziek (het maakt trouwens niet uit of dit actief of passief is), kunnen activiteitspatronen geharmoniseerd en gesynchroniseerd worden. Hoe meer dit effect zich op andere subcorticale hersendelen uitbreidt (bijvoorbeeld de hypothalamus), des te meer kunnen door inspanning, stress en onrust uitgelokte verstoorde functies weer gereconstrueerd worden (Hüther, 2004).

Muziek stimuleert en activeert het lichaam en de waarneming en confronteert cliënten actief met positieve belevenissen. Deze belevenissen worden normaal gesproken door het trauma onderdrukt. Muziek gaat er tegenin en zet tegenover de traumatische inhoud iets positiefs (Weiß, 2005).

Volgens Weymann (2004) is een belangrijke eigenschap van vrije improvisaties in de muziektherapie het feit, dat muziek zelf tot stand gebracht wordt. Dit geldt ook als gedeeltelijk bekend of bestaand muzikaal materiaal wordt verwerkt, want de momentele situatie wordt beantwoord met een passende klankuitbeelding. Dit is belangrijk als het gaat om het terugvinden en beleven van de eigen autonomie.

Omdat muziek begrensd in de tijd is en lichamelijk en emotioneel beleefd wordt, kan het een resource zijn om de eigen vorm te vinden en zich zo aan de extreme belevenissen van het trauma aan te passen en deze te reguleren.

³ Voor verdere informatie over de inhoud van deze methodes verwijst ik naar het 'Handboek muziektherapie' van Henk Smeijsters (2006).

Pas wanneer er expressie van gevoelens plaatsvindt en deze intersubjectief gedeeld kan worden, krijgen gevoelens ook een vorm. En pas wanneer er sprake is van een bepaalde vorm, kan er een distantïering plaatsvinden.

Omdat bij mensen met een trauma de concentratie op het hier en nu vaak niet meer mogelijk is, sluit muziektherapie goed aan. Het maken van muziek vindt altijd plaats in het hier en nu en maakt er een connectie (Weiß, 2005).

Muziek biedt ruimte voor interactie en dient als communicatiemiddel. Interactie is niet alleen maar belangrijk voor de sociale relaties van mensen, maar de mens definieert zichzelf op basis daarvan en creëert daardoor een gevoel voor het eigen Zelf. Muziek biedt de mogelijkheid om een gevoel van samenhang te beleven en met afstand en nabijheid te experimenteren. Het vorm geven aan een zelfbepaalde relatie is binnen muziek mogelijk en biedt een speels oefenveld (Weiß, 2005).

Toch is het ook belangrijk om op risico's in te gaan. Ook al biedt muziektherapie heel veel mogelijkheden in de traumabehandeling, toch is een voorzichtige en gedoseerde omgang hiermee noodzakelijk, omdat bepaalde muzikale componenten of de daarmee verbonden associaties angstuitlokkend kunnen zijn.

Getraumatiseerde cliënten hebben het er vaak moeilijk mee om affecten en emoties uit te houden. In de affectregulatie kunnen de volgende componenten evenwel een negatief effect hebben, mede doordat er bij getraumatiseerde mensen sprake is van een veranderde bewustzijnstoestand, waardoor dingen intensiever waargenomen worden.

- Plotselinge, korte klanken (bijvoorbeeld drumslagen)
- Dynamische veranderingen
- Ritme
- Dissonanties
- Harmonische veranderingen

Om flashbacks en dissociaties tijdens de behandeling te voorkomen, is het daarom belangrijk om prikkels af te bakenen en controleerbaar te maken (Weiß, 2005).

Hüther (2004) benoemt factoren binnen de muziek zoals vertrouwdheid, ritme en ordening als rustgevend en ook Bensimon, Amir & Wolf (2008) hebben in hun onderzoek naar muziektherapie met getraumatiseerde soldaten aangetoond dat drummen en het spelen van ritmes een belangrijke plek kunnen innemen in de traumabehandeling. Vooral betreffende ritme ontstaat er dus een schijnbaar tegenstrijdig beeld. Echter, er wordt ook steeds weer benadrukt dat een zekere sfeer binnen de therapie een grote belangstelling inneemt (Bensimon et al, 2008). Een in eerste instantie angstopwekkende muzikale component kan dus wel effect hebben, als er goed mee wordt omgegaan.

Het wordt duidelijk dat muziektherapie wel ingezet kan worden in de traumabehandeling en dat er ook onderzoek naar wordt gedaan, maar dat er geen overkoepelende methode bestaat. Kenmerkend voor de muziektherapie met getraumatiseerde cliënten is dat er nauwkeurig naar wordt gekeken wat de individuele cliënt nodig heeft en dat dit ook noodzakelijk is op grond van het risico op re-traumatisering, flashbacks en dissociatie.

Muziektherapie biedt in totaal zowel op emotioneel, lichamelijk als ook relationeel gebied aanknopingspunten in de behandeling.

Hoofdstuk 4: Evaluatie en discussie

4. 1 Resultaten

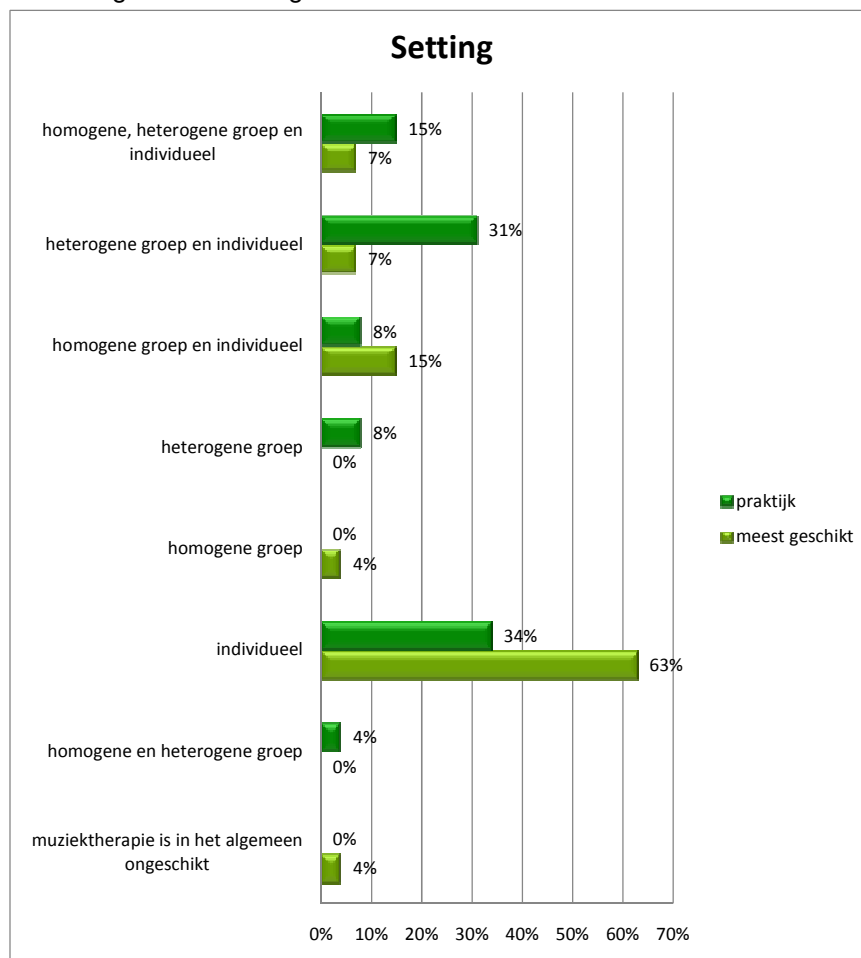
Randgegevens

Binnen dit onderzoek werden zowel Nederlandse als Duitse muziektherapeuten ondervraagd naar hun werkervaringen met de vijf muzikale componenten ritme, klank, melodie, dynamiek en vorm. Van de tachtig ondervraagden reageerden er in totaal zesentwintig. Dit is 32,5 percent van het totale aantal ondervraagden. Zes van de respondenten kwamen uit Nederland en twintig uit Duitsland. Vergelijking is daarom niet zinvol; de data worden in totaal gepresenteerd.

De vragenlijsten werden nauwkeurig ingevuld en de respondenten waren heel enthousiast. Er werden veel opmerkingen gegeven (zie bijlage B2) die duidelijk maakten dat de respondenten zich veelal intensief met de vraagstelling hadden beziggehouden. Er werd vervolgens wel nog meer aandacht aan deze opmerkingen besteed.

In eerste instantie valt het op dat het grootste aantal respons van vrouwelijke therapeuten kwam (69%). De meeste therapeuten (41%) zijn tussen de vijf en de tien jaar werkzaam met getraumatiseerde cliënten, maar er is wel sprake van een groot aantal respondenten (30%) die al langer dan twintig jaar werkzaam zijn met dit soort cliënten (zie ook bijlage B1 en B5).

Binnen de behandelsetting in de praktijk zijn er nogal grote verschillen. De meeste therapeuten werken in een individuele setting met getraumatiseerde cliënten ofwel in heterogene groepen met zowel getraumatiseerde cliënten als ook cliënten met andere problematieken *en* individueel. Dit is wat momenteel vooral mogelijk is in de muziektherapeutische praktijk, terwijl het grootste aantal therapeuten van mening is dat enkel een individuele setting in de stabilisatiefase van de behandeling het meest geschikt is. Bijna alle muziektherapeuten zouden individueel werken mede integreren in de behandeling en niemand vindt het *alleen maar* in heterogene groepen werken voordelig. Dit komt echter in de praktijk wel voor (8%). Eén respondent geeft ook aan dat muziektherapie in de eerste fase van de behandeling sowieso niet geschikt is.

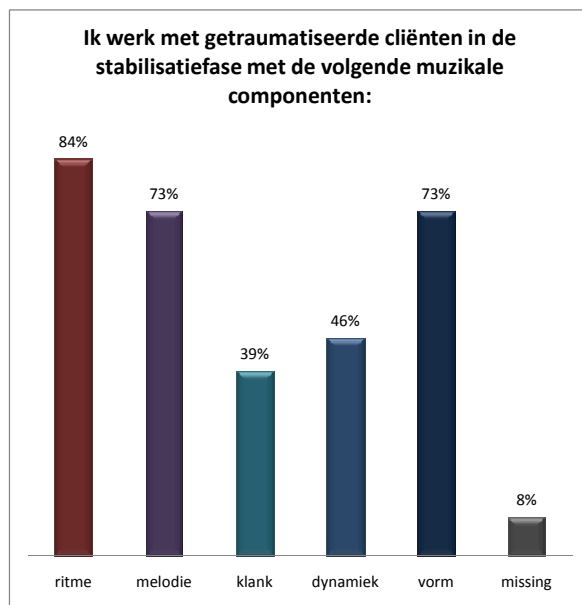


Afbeelding 3 (vgl. eigen data B5)

Hoofdgegevens

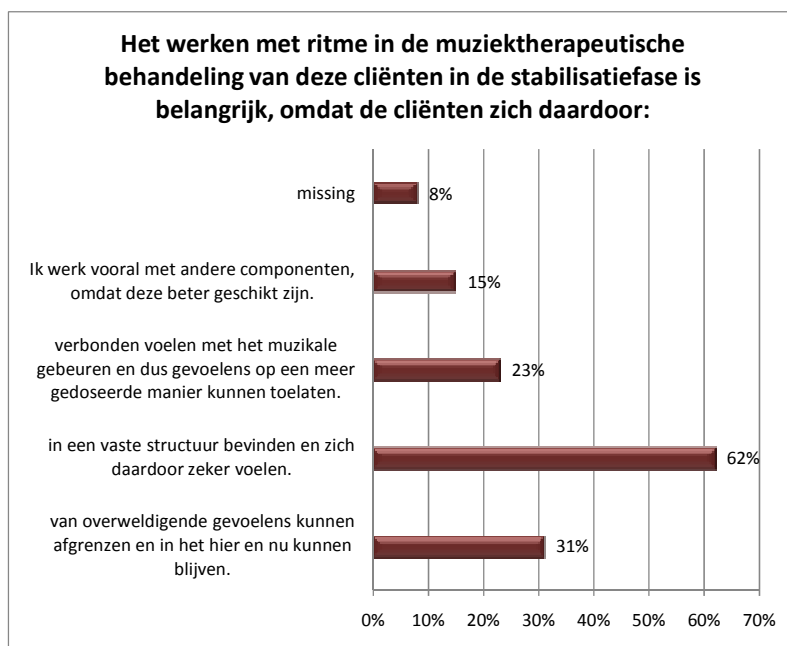
Het onderzoek vroeg vooral naar de werkervaringen die muziektherapeuten met de muzikale componenten ritme, klank, melodie, dynamiek en vorm hebben. Het was mogelijk om meer dan een component uit te kiezen.

Vierentachtig percent van de muziektherapeuten maken vooral gebruik van ritme in de behandeling. Ritme is dus de component die het meest gebruikt wordt. Drieënzeventig percent maken vooral gebruik van melodie en vorm, zesenvetig percent van dynamiek, negenendertig percent van klank en acht percent van de respondenten hebben deze vraag niet ingevuld en scoorden daarom een missing.



Afbeelding 4 (vgl. eigen data B5)

Per component heeft het onderzoek naar de specifieke werkingsfactoren gevraagd⁴. Ritme werkt volgens de meeste respondenten (62%) op grond van het gegeven dat de cliënten zich binnen ritme in een vaste structuur bevinden en zich daardoor zeker voelen.



Afbeelding 5 (vgl. eigen data B5)

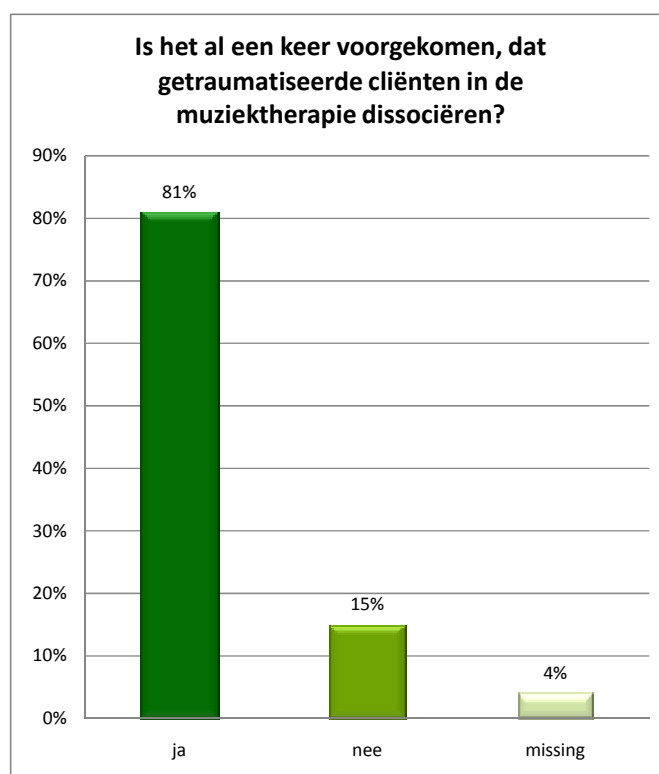
⁴ Er moet nog worden toegevoegd dat de meeste respondenten bij de vraag naar de afzonderlijke muzikale componenten meer dan een antwoord gaven, terwijl er van tevoren naar één antwoord werd gevraagd. Dit heeft evenwel geen negatief effect op het onderzoek, omdat er binnen de resultaatverwerking rekening mee werd gehouden.

Met betrekking tot de muzikale component melodie koos de helft van de ondervraagden voor “het werken met melodie is geschikt, omdat cliënten daardoor muzikaal contact kunnen opnemen en in de interactie in het hier en nu kunnen gaan”. Vooral het interactieaspect wordt dus benadrukt en zijn werking op het verblijven in het hier en nu. De componenten klank en dynamiek worden in het algemeen als minder geschikt beschouwd in de stabilisatiefase van de behandeling. Bij klank gaf zesenvoertig percent van de respondenten aan dat ze vooral met andere componenten werken en bij dynamiek achtendertig percent. Dit komt ook overeen met de eerder ingevulde vraag betreffende de muzikale componenten waarmee voornamelijk wordt gewerkt. Klank en dynamiek scoorden er het laagst.

De bevraging naar vorm geeft wederom aan dat deze component vooral wordt ingezet om een voorspelbare en controleerbare situatie te scheppen die oriëntatie en begrenzing biedt. Het afgrenzende aspect scoort ook bij de component ritme (cliënten kunnen zich door ritme van overweldigende gevoelens afgrenzen en in het hier en nu blijven) met eenendertig percent. Ritme en vorm hebben dus op basis van de hoogste scores vooral effect op controle en zekerheid van de cliënt, terwijl melodie vooral doelt op interactie en het in het hier en nu kunnen blijven, wat ook mede een kwaliteit van ritme is.

Bij de componenten klank en dynamiek viel het op dat vooral het effect op het uitdrukken en meedelen van (ongedifferentieerde) affecten werd aangegeven, wanneer er wel mee werd gewerkt. Er zou dus een samenhang kunnen bestaan tussen de lage scores van deze twee componenten en hun kwaliteit voor de muziktherapeutische behandeling, want gevoelsexpressie en -exploratie zijn geen hoofddoelen in de eerste fase van de behandeling, ook al is dit wel belangrijk.

Een tweede hoofdvraag van dit onderzoek was het voorkomen van dissociaties in de muziektherapie. Dit geeft een heel duidelijk beeld. Eenentachtig percent van de ondervraagden gaf aan, dat het wel een keer was voorgekomen dat cliënten in de muziektherapie dissocieerden⁵. Vier percent heeft niets ingevuld en bij vijftien percent van de respondenten heeft er nog nooit een cliënt gedissocieerd.

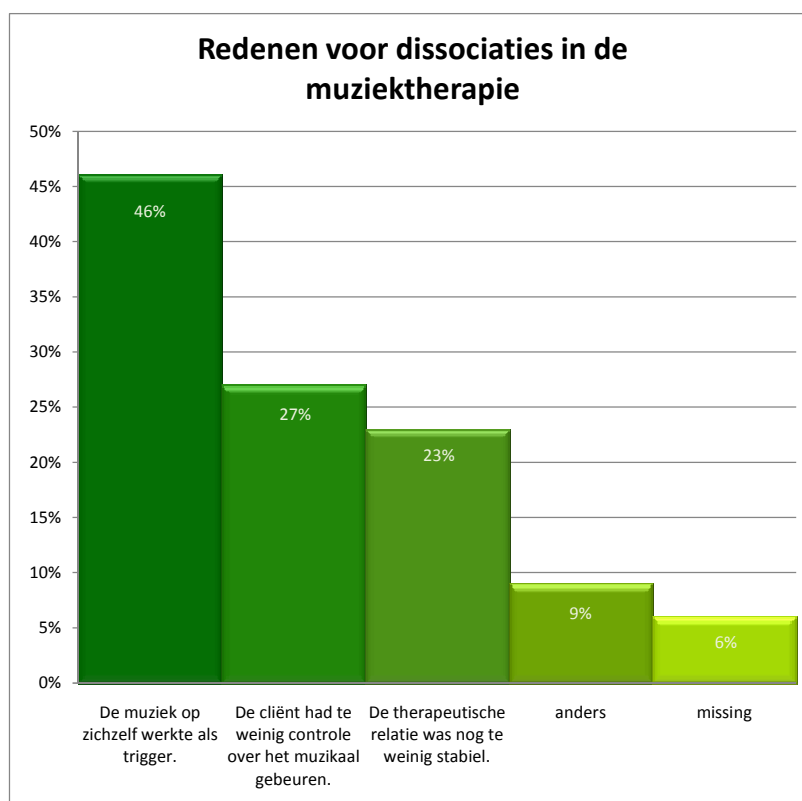


Afbeelding 6 (vgl. eigen Data B5)

⁵ Dit onderbouwt ook de betrouwbaarheid van het onderzoek, want de respondenten hebben niet sociaal wenselijk op deze vraag geantwoord. Dissociaties zijn wel een problematisch gegeven in de behandeling. Slechts 4% heeft zich van stemming onthouden.

Er kan geen zinvolle verbinding worden gemaakt naar het aantal jaren werkervaring of het geslacht van de destbetreffende respondenten bij wie cliënten niet dissocieerden; dit zou dus niet te maken hebben met de afzonderlijke therapeuten. Ze gaven zelf aan dat de therapeutische relatie stabiel was (50%) en de therapiesituatie voldoende gestructureerd (50%). Er was echter nooit sprake van een interveniërende werking van de muziek op zich.

Aan de andere kant gaven bijna de helft van de therapeuten bij wie dissociaties wel voorkwamen aan, dat de muziek op zich als trigger werkte. Omstreeks de ander helft scoorde zowel op “de cliënt had te weinig controle over het muzikaal gebeuren” als ook “de therapeutische relatie was nog te weinig stabiel”. Onder “anders” gaven respondenten aan, dat er een gevoel van groepsstress bij cliënten opkwam of dat een cliënt net uit een moeilijke situatie kwam, die triggerde en de muziek een bijkomend effect had. Bovendien gaf een respondent aan, dat vaak niet duidelijk wordt wat er precies cliënten triggerde, omdat ze het zelf niet konden uitzoeken. Echter kwam dit wel vaak tijdens het aangaan van contact naar voren.



Afbeelding 7 (vgl. eigen data B5)

Het is in elk geval opvallend dat zowel de muziek op zich als trigger kan werken, maar ook dat de muziek geen interveniërende werking wordt toegewezen. Het voorkomen van dissociaties moet dus vooral op het gebied van de therapeutische relatie alsook op het gebied van de structuur van de sessie plaatsvinden.

Opmerkingen van respondenten (zie B2) maakten duidelijk dat het wel moeilijk is om de afzonderlijke muzikale componenten te scheiden, omdat steeds alle componenten een rol spelen. Toch was het voor iedereen mogelijk om de vragenlijsten adequaat in te vullen. Zelfs al is er sprake van een geforceerde scheiding, er worden wel duidelijke onderscheiden tussen de componenten gemaakt. Bovendien komt naar voren dat er naast de muziek ook veel wordt gewerkt met gesprekken in de muziektherapie en dat er vaak andere therapievormen geïntegreerd worden, zowel door de therapeuten zelf alsook binnen een interdisciplinair team.

Ook gaven sommigen expliciet aan dat muziektherapie contrageïndiceerd *kan* zijn in de stabilisatiefase van de behandeling en dat er nauwkeurig naar doseringsmogelijkheden moet worden gekeken.

4. 2 Discussie

Beantwoording van de vraagstelling

Hoe geven muziektherapeuten vorm aan afgrenzingsprocessen in de stabilisatiefase van de behandeling van getraumatiseerde cliënten en welke muzikale componenten zetten ze vooral in?

Afgrenzingsprocessen nemen een belangrijke rol in bij de traumabehandeling. Afgrenzing is een overkoepelend begrip voor zowel het kunnen verblijven in het hier en nu door het (terug) verkrijgen van controlemechanismes alsook het kunnen distantiëren van overweldigende emoties, herinneringen en affecten. Het letterlijk beleven van de eigen grenzen verstevigt het gevoel van de eigen integriteit (vgl. Rothschild, 2002, Hermann, 2003, Weiß, 2005, Wolf, 2007).

Vaak is de stabilisatie van een cliënt in eerste instantie het enige doel van een traumatherapie en het neemt de meeste tijd in (Weiß, 2005). Het is dus van groot belang om deze fase van behandeling heel nauwkeurig te bekijken en er goed vorm aan te geven. Daarom richt dit onderzoek zich ook op deze fase van behandeling.

Het wordt duidelijk dat muziektherapeuten op verschillende manieren vorm geven aan afgrenzingsprocessen binnen de muziektherapie, zowel door de inzet van de afzonderlijke muzikale componenten als door de integratie van gesprekken en andere therapievormen zoals EMDR. Muzikale componenten die vooral worden ingezet zijn ritme, melodie en vorm. Elke muzikale component heeft specifieke werkingsfactoren. De muzikale componenten die worden ingezet, doelen vooral op het (terug)leggen van de controle bij de cliënten en het bevorderen van de interactie in het hier en nu. De eigen integriteit van de cliënt staat dus centraal. Er zou ook kunnen worden gesproken over empowerment⁶ van de cliënt op specifieke gebieden om hem in staat te stellen aan verdere therapiedoelen, zoals gevoelsexpressie en -exploratie, te kunnen werken.

In welke setting wordt er voornamelijk gewerkt en is dit effectief?

De behandelsetting is van groot belang in de eerste fase van behandeling. In de praktijk wordt er vaak zowel individueel alsook individueel en in heterogene groepen gewerkt. De meeste therapeuten zijn echter van mening dat enkel een individuele setting effectiever zou zijn. Elk van de bevroegde therapeuten zou individuele sessies integreren in de muziektherapeutische behandeling.

Is dissociatie een veelvoorkomend fenomeen in de muziektherapie en waarmee hangt dit samen?

Dissociaties komen wel vaker voor in de muziektherapeutische behandeling van getraumatiseerde cliënten. Dit heeft vooral te maken met de muziek op zich, omdat de muziek of de daarmee verbonden associaties, kunnen triggeren. Factoren die in mindere mate een rol spelen, zijn het gevoel van te weinig controle door de cliënt over de situatie of een nog te weinig stabiele therapeutische relatie. Redenen daarvoor zijn niet altijd even goed te overzien op grond van de problematiek van de cliënt. Toch wordt het duidelijk dat door factoren zoals een stabiele therapeutische relatie en een goed gestructureerde therapiesituatie, dissociaties in een bepaalde mate kunnen voorkomen worden.

Resultaatanalyse

De resultaten zijn behaald op de voorgenomen wijze door het afnemen van enquêtes, op de gebruikelijke manier voor kwantitatief onderzoek.

Er was sprake van een lage respons met zesentwintig van de tachtig verstuurdde enquêtes. De non-respons heeft verschillende redenen. Bij een aantal respondenten was er sprake van verkeerde adresgegevens, waardoor de enquête de respondent niet eens bereikte. Opmerkingen van

⁶ Voorzien van een hogere mate aan autonomie en zelfbeschikking om de eigen interesses (weer) te verdedigen en er vorm aan te geven

respondenten maakten duidelijk dat de meeste muziektherapeuten wel vertrouwd zijn met de vijf muzikale componenten, maar niet specifiek aan de hand van deze componenten werken. Het zou dus kunnen dat andere respondenten er daarom ook niet op gereageerd hebben.

Binnen dit onderzoek wordt er vooral naar de subjectieve en professionele waarneming van respondenten gevraagd. Dit zijn geen concreet meetbare gegevens, maar ze zijn wel gerelateerd aan de praktijkervaringen van de respondenten. Toch kan het natuurlijk altijd in vraag gesteld worden tot in hoeverre een onderzoek naar praktijkervaringen betrouwbaar is, als er geen gebruik wordt gemaakt van bijvoorbeeld videomateriaal of andere data die concreet kan worden opgeslagen en geanalyseerd.

Het gaat om een relatief klein onderzoek naar een concreet afgebakend onderwerp. Dit is aan de ene kant wel een tekort van dit onderzoek, omdat er weinig representatieve uitspraken kunnen gedaan worden met betrekking tot heel het muziektherapeutische werkveld. Aan de andere kant is het onderzoek wel zo eenduidig op een bepaald thema gericht dat er concrete uitspraken kunnen worden gedaan betreffende een nieuw werkmodel over deze specifieke doelgroep en behandelfase.

Er is relatief weinig gepubliceerd over de werking van de muzikale componenten met betrekking tot trauma. Het onderzoek levert dus een bijdrage aan zowel het ontwikkelen van een muziektherapeutische methode (op niveau van een meta-methode) in de traumabehandeling alsook aan een verzameling van methodes die op dit moment worden gehanteerd.

Op basis van de literatuurstudie wordt duidelijk dat er veel verschillende werkvormen worden toegepast in de muziektherapie, maar dat er weinig onderzoek naar de werkingsfactoren binnen muziek wordt gedaan of wordt gepubliceerd. Dit onderzoek draagt ertoe bij om naar werkingsfactoren te kijken die meer in de muziek verankerd zijn. Therapiedoelen kunnen hierop worden afgesteld.

Binnen dit onderzoek wordt er helemaal geen onderscheid gemaakt tussen de afzonderlijke manieren betreffende hoe muziek ingezet kan worden, dus er wordt ook geen onderscheid gemaakt tussen verschillende werkvormen. Bovendien wordt het inzetten van receptieve en actieve muziektherapie niet apart onderzocht. Achteraf bekeken zou dit aan de ene kant wel positief kunnen geweest zijn, omdat het zelf actief musiceren altijd anders werkt dan het beluisteren van muziek. De vragen van de enquête impliceren echter vaak actieve muziektherapie. Toch zouden er ook uitspraken kunnen gedaan worden over de afzonderlijke componenten betreffende receptieve muziektherapie omdat de werkingscomponenten op zich daardoor niet veranderen. Het is evenwel de vraag in welke mate actief of receptief de werking versterkt of verzwakt.

Ook al kunnen de afzonderlijke muzikale componenten nooit apart worden ingezet en zijn er verschillende werkvormen denkbaar, toch is het door dit onderzoek mogelijk om uitspraak te doen over waar accenten in de behandeling liggen.

Veel muziektherapeuten werken niet vanuit één enkel model, er is sprake van verschillende referentiekaders. Elke therapeut heeft zijn eigen manier van werken en heeft een bepaalde theoretische achtergrond. Dit onderzoek steunt ook wel op een bepaalde visie, maar stelt uiteindelijk de muziek op zich centraal en exploreert de werkingsfactoren binnen het medium. Er is dus sprake van een overkoepelende en grotendeels onafhankelijke methode die specifiek ingaat op het medium.

Interpretatie van de resultaten

Binnen dit onderzoek wordt duidelijk dat muziek niet zomaar ingezet kan worden in de traumabehandeling en dat het niet alleen maar een resourcegerichte therapievorm is. Muziektherapie wordt op verschillende manieren ingezet en er bestaat altijd een samenhang en een wisselwerking tussen de muziek, de cliënt, de therapeut en externe factoren. Een goede traumabehandeling houdt dus heel veel in. Hieronder worden de resultaten aan de hand van deze vier factoren geïnterpreteerd.

Externe factoren

De setting, de opbouw en de structuur van een sessies hebben mede invloed en zijn voorwaarden voor een goede traumabehandeling. Dit wordt veelal niet zo expliciet benadrukt, maar het is een heel belangrijk gegeven.

In de praktijk is het niet altijd mogelijk om de setting te kiezen, want de ondervraagde therapeuten zouden dan in de stabilisatiefase altijd individueel met de cliënten werken. Dit neemt niet weg dat

ernaast ook de groepsetting een heilzaam effect kan hebben. Op de vraag of het werken in heterogene groepen, homogene groepen of allebei in combinatie met een individuele setting nu beter geschikt is, kan niet eenduidig worden beantwoord. Dit zou, op basis van de onderzoeksresultaten, waarschijnlijk afhankelijk zijn van de mate van het gevoel van zekerheid en controle die de cliënt tijdens de sessies heeft. Het scheppen van een kader dat zekerheid biedt, is een voorwaarde voor de muziektherapeutische behandeling van getraumatiseerde cliënten (Bensimon et al, 2008). De onderzoeksresultaten maken duidelijk dat negatieve effecten van behandeling, zoals dissociaties, mede door een gestructureerde therapiesituatie kunnen worden voorkomen. Aan de ene kant werd er namelijk aangegeven dat cliënten door een goede structuur niet dissocieerden en aan de andere kant werd aangegeven dat een deel van de dissociaties hadden plaatsgevonden juist doordat de cliënten te weinig controle hadden over het muzikale gebeuren tijdens de sessie. Dit leidt ons naar de volgende punt:

De muziek

Op muzikaal gebied geeft het onderzoek een concreet beeld. Vooral het werken met de componenten ritme, melodie en vorm heeft effect op de stabilisatie van cliënten. Daarmee in tegenstelling zijn de componenten klank en dynamiek in de stabilisatiefase minder geschikt, omdat deze meer op het gevoelsniveau doelen.

Het is interessant om te zien dat het ervaren van ontspanning door klank relatief laag heeft gescoord (15%). Ontspanning is echter een hoofddoel in de stabilisatiefase van de traumabehandeling om hyperarousal tegen te werken (Rothschild, 2002). Dit zou kunnen samenhangen met het feit dat klank op zich heel ruim is (Hegi, 1986) en daarom ook weinig houvast en structuur biedt. In de uitwerking van de antwoordmogelijkheden van de enquêtes werd ervan uitgegaan dat klank ruimte kan bieden om zich terug te trekken (vgl. bijlage B4). Heel weinig (8%) van de respondenten waren het daarmee eens. Dit kan verschillende redenen hebben, maar het lijkt logisch dat klank juist ook een tegengesteld effect zou kunnen hebben. Cliënten kunnen zich erin verliezen of er kunnen associaties of affecten loskomen die tot flashbacks of dissociatie leiden. Een muzikale component waarmee het mogelijk is om heel open te werken, zou dus voorzichtig moeten worden ingezet. Ook harmonie vat Hegi (1986) mede onder de muzikale component klank. Harmonische veranderingen en dissonanties kunnen volgens Weiß (2005) een negatief effect hebben op de affectregulatie van cliënten. In een latere behandelingsfase zou er misschien weer heel anders met klank kunnen worden omgegaan, want muziek kan de mogelijkheid bieden, in tegenstelling tot taal, om ook diffuse sferen en ambivalente gevoelstoestanden uit te drukken (Weiß, 2005). Dit heeft wel weer een direct verband met klank. In de stabilisatiefase zouden er evenwel andere componenten meer effect hebben.

Ook dynamische veranderingen kunnen problematisch zijn als het gaat om het reguleren en doseren van affecten. De soms optredende veranderde bewustzijnstoestand van getraumatiseerde cliënten intensificeert de waarneming, zodat zelfs kleine dynamische verschillen heel duidelijk waargenomen worden. Getraumatiseerde cliënten wisselen vaak tussen twee bewustzijnstoestanden. Aan de ene kant intrusie, waarbij bijvoorbeeld heel veel affecten op de desbetreffende persoon afkomen of er sprake is van flashbacks, en aan de andere kant beperkte toestanden, zoals emotionele doofheid (Weiß, 2005). Deze sterke wissels zijn analoog waarneembaar binnen dynamiek. Het is dus niet verwonderlijk dat dynamische veranderingen volgens Weiß (2005) negatief kunnen werken als het gaat om affectregulatie (vgl. bijlage B4). Ook binnen het onderzoek kwam naar voren dat de werking van dynamiek vooral in het uitdrukken en exploreren van diffuse affecttoestanden te vinden is (zie bijlage B1), maar dat het minder makkelijk is om binnen de dynamiek naar wegen van afgrenzing te zoeken.

Dynamiek is een van de minst controleerbare muzikale parameters, want dynamiek ontstaat normaal gesproken altijd op het moment zelf en is niet herhaalbaar (Hegi, 1986). Ook respondenten van het onderzoek gaven aan dat dynamiek angstuitlokkend kan zijn. Dit sluit echter niet per se uit dat het mogelijk is om met dynamiek te werken, als er genoeg aandacht wordt besteed aan andere factoren in de muziektherapeutische behandeling, zoals de externe factoren en de therapeutische relatie. Het aangehaalde voorbeeld uit de probleemstelling over het werken met dynamiek, waarbij de cliënt in de ruimte bewoog terwijl de therapeut een spel met dynamische verschillen neerzette, maakt echter wel iets duidelijk. Namelijk, dat de manier van inzetten van een component en andere (externe) factoren wel een dergelijke mate van controlemogelijkheid kunnen bieden, zodat een blijkbaar moeilijk hanteerbare component wel goed kan werken.

De component melodie kan, bijvoorbeeld door het gebruik van bekend liedmateriaal, vertrouwdheid en zekerheid oproepen. Volgens Hüther (2004) zijn dit factoren die rustgevend kunnen zijn. Melodie is de muzikale component die het mogelijk maakt om gevoelens uit te drukken en *mee te delen* (Hegi, 1986), maar het is ook de component waarbinnen dialoog kan plaatsvinden (Hegi, 2010). In het onderzoek kwam naar voren dat melodie vooral op gebied van interactie wordt ingezet. Interactie is altijd verankerd in het hier en nu en melodie kan cliënten dus helpen om via het muzikaal contact met anderen in het contact met het hier en nu te blijven (vgl. bijlage B4). Volgens zevenentwintig percent van de respondenten bevordert het werken met melodie ook het gevoel van de eigen mondigheid en autonomie. Binnen melodie is het volgens eenendertig percent van de respondenten bovendien ook mogelijk voor de cliënten om hun gevoel van dit moment uit te drukken, het mee te delen en daardoor of *desondanks* is het mogelijk om in het hier en nu te blijven. Melodie zou dus gevoelsexploratie mogelijk maken op een minder riskante manier. Bij dit punt moet nog eens benadrukt worden dat emoties en affecten niet kunnen en ook niet zullen worden vermeden, meer nog: het is wel belangrijk om er op de juiste manier mee te werken, maar het gaat er altijd om dit goed te doseren.

Het voorkomen dat flashbacks en dissociaties tijdens de behandeling opkomen, kan door het afbakenen en controleerbaar maken van prikkels (Weiß, 2005). De muzikale component vorm sluit hier direct bij aan. De vorm van muziek bepaalt de dosering van prikkels. Een eenduidige vorm en structuur van muziek maakt sterke emoties uithoudbaar (Weiß, 2005). Zoals al eerder benoemd, staan voorspelbaarheid en controle centraal in de stabilisatiefase van traumabehandeling, omdat dit oriëntatie biedt (Rothschild, 2002). Vorm wordt door de meeste respondenten als middel beschouwd om een voorspelbare situatie te scheppen die daardoor controleerbaar wordt en zo oriëntatie en begrenzing biedt. Ook de directe analogie van muzikale vorm naar de eigen vorm van de cliënt, gaf zevenentwintig percent van de respondenten aan als belangrijke werkingsfactor van deze component. Muzikale vorm begrenst en biedt binnen het mediumwerk houvast, oriëntatie en zekerheid.

Ritme wordt in de literatuur tegenstrijdig beschreven. Aan de ene kant zou ritme het reguleren van affecten negatief kunnen beïnvloeden, aan de andere kant wordt aangetoond dat drummen en ritmespel wel een belangrijke plek in muziektherapie zou kunnen innemen en dat het rustgevend kan werken (vgl. Weiß, 2005; Hüther, 2004 en Bensimon et al, 2008). Uit het onderzoek kwam duidelijk naar voren dat ritme veelal wordt ingezet in de muziektherapeutische praktijk en vooral effect heeft op grond van de vaste structuur die cliënten zekerheid biedt. Oorzaken voor een negatief effect van ritme zouden kunnen zijn dat er bijvoorbeeld *te* dynamisch mee wordt omgegaan. Korte, krachtige drumslagen kunnen bijvoorbeeld associaties aan oorlogstraumata losmaken (Weiß, 2005). Er moet altijd rekening worden gehouden met de individuele cliënt en dat geldt tevens voor de therapeutische relatie:

De therapeutische relatie met de cliënt

Een stabiele therapeutische relatie is een voorwaarde voor een geslaagde traumabehandeling (Hermann, 2003). Dit houdt onder meer in dat de therapeut mede verantwoordelijkheid opneemt voor een goede affectdosering, maar dat hij ook zoveel mogelijk controle legt bij de cliënt en hem in zijn integriteit en autonomie versterkt (Rothschild, 2002). Ook het onderzoek maakt duidelijk dat een stabiele therapeutische relatie het opkomen van dissociaties kan verminderen. Gesprekken kunnen hier een belangrijk onderdeel van zijn (zie opmerkingen van respondenten) en de therapeut moet bereid zijn om flexibel met het inzetten van zijn medium om te gaan (Rothschild, 2002).

4. 3 Het nieuwe werkmodel

Zoveel mogelijk zekerheid en zoveel mogelijk zelfcontrole!

Op basis van het onderzoek en de literatuurstudie is er sprake van een vernieuwd werkmodel voor de muziektherapeutische behandeling van getraumatiseerde cliënten in de stabilisatiefase. Afgrenzingsprocessen staan hierbij centraal en kunnen in de muziek door het gebruik van de verschillende componenten bevorderd worden.

De therapeutische relatie

In eerste instantie gaat het er tijdens de behandeling van getraumatiseerde cliënten om, cliënten te laten ervaren dat er op dit eigenste moment geen bedreiging is; dit omdat er op neurologisch gebied sprake is van een continue activeringstoestand, de hyperarousal. Dit kan op verschillende manieren gebeuren en heeft bepaalde voorwaarden. Zekerheid is hierbij een van de belangrijkste begrippen. Pas wanneer de cliënt zich zeker voelt, is het voor hem mogelijk om te ontspannen en kan de therapie een heilzaam effect hebben. Een randvoorwaarde hiervoor is een *stabiele therapeutische relatie*. Er kan geen algemeen geldende uitspraak worden gedaan over wanneer deze relatie stabiel is en hoe er precies vorm aan moet worden gegeven, omdat dit altijd een proces is en omdat elke therapeutische relatie anders is, net zoals elke relatie buiten therapie. Toch zijn er wel gegevens die belangrijk zijn om mee te nemen voor de opbouw van de therapeutische relatie met getraumatiseerde cliënten:

- Het aangaan van relatie is een moeilijk proces voor getraumatiseerde cliënten. Contact en nabijheid kan door de cliënt als bedreigend worden ervaren en de behoefte naar een vertrouwensvolle relatie wordt vaak door wantrouwen en angst overlapt.
- Getraumatiseerde cliënten testen steeds opnieuw of de therapeut in staat is om ensceneringen te verdragen, te overleven en tegelijkertijd een beschermend kader kan handhaven en controle kan houden. De therapeut moet in staat zijn dit gedrag uit te houden en als nodig ook voor de cliënt te begrenzen.
- De cliënt moet de mogelijkheid worden geboden om het proces mee te bepalen en te sturen. Dit houdt voor de therapeut in: zijn inschattingen zo doorzichtig mogelijk maken en zoveel mogelijk controle bij de cliënt leggen. Openheid en transparantie zijn het fundament voor een vertrouwensvolle relatie.
- Hernieuwde ervaringen van onmacht en hulpeloosheid van de cliënt moeten zo goed als mogelijk voorkomen worden. De therapeut neemt daarbij een voorbeeldfunctie in en moet daarom ook vertrouwd zijn met zijn eigen grenzen en professionele competenties. Overdrachts- en tegenoverdrachtsreacties zijn belangrijk om te doorgronden. Bovendien is het belangrijk dat de therapeut zelf ondersteuning krijgt door inter- en/of supervisie.

(vgl. Rothschild, 2002; Weiß, 2005)

De muziek

In creatieve therapie neemt *het medium* bovendien een belangrijke plek in. Op relationeel gebied is dit in de muziektherapie, zo blijkt uit het onderzoek, vooral de muzikale component *melodie*. In relatie is het mogelijk om contact te maken met het hier en nu, om de eigen grenzen te ervaren en om met afstand en nabijheid te experimenteren. Dit is in muziektherapie mogelijk op een minder directe manier, op een speelse manier, die het gebeuren minder bedreigend kan maken. Melodie kan in de traumabehandeling dus dienen om met de cliënt in relatie en dialoog te gaan. Bovendien bevordert deze component het gevoel 'vertrouwdheid' als het gaat om bekend materiaal en het kan het gevoel van de eigen integriteit bevorderen als het gaat om het zelf creëren van eigen melodieën.

Het gevoel voor de eigen grenzen kan worden versterkt door het bespelen van *ritme*-instrumenten die een heel direct appel doen op het voelen van de lichamelijke grenzen (Hegi, 1986). Ook biedt ritme een vaste structuur en daardoor zekerheid, wanneer er van enorm dynamisch spel wordt afgestapt. Ritme kan ertoe bijdragen dat cliënten meer verankerd zijn in het hier en nu en is de belangrijkste muzikale component in de eerste fase van behandeling.

Vorm is als muzikale component belangrijk in de stabilisatiefase van behandeling, maar ook de uiterlijke vorm van de sessies op zich speelt een rol. De muzikale vorm kan het gevoel van zekerheid

enorm versterken, zodat de gevaar van negatieve effecten zoals dissociaties geringer wordt. Wanneer de muzikale vorm voorspelbaar is, biedt dit controleerbaarheid. Dit maakt het wederom mogelijk voor de cliënt om zich te oriënteren en om begrenzing te ervaren.

De muzikale componenten klank en dynamiek doelen vooral op het uiten, exploreren en beleven van ongedifferentieerde affecten. Dit is aan de ene kant heel belangrijk in de traumabehandeling, maar aan de andere kant zou er in de stabilisatiefase van de behandeling voorzichtig mee moeten worden omgegaan. Deze componenten kunnen wel worden ingezet en effectief zijn als externe factoren het gevoel van zelfcontrole van de cliënt voldoende versterken.

Externe factoren

Onder externe factoren worden zowel de setting alsook de structuur van een sessie verstaan. Het werken met getraumatiseerde cliënten in de stabilisatiefase zou bij voorkeur altijd in een individuele setting moeten plaatsvinden of in een individuele setting in combinatie met een groepssetting. De sessies zouden zo gestructureerd moeten worden dat de cliënt altijd het gevoel van de eigen controle behoudt. Dit kan door vooraf gemaakte afspraken (bijvoorbeeld stoptekens, mogelijkheid de ruimte te verlaten) (vgl, Weiß, 2005, Wolf, 2007), wat vooral binnen een groepssetting belangrijk is, omdat er vanzelfsprekend al meer prikkels op de cliënt afkomen dan binnen een individuele setting.

Conclusie

In het algemeen moet er in de muziektherapeutische behandeling van getraumatiseerde cliënten altijd op zoek worden gedaan naar een gepaste dosering van het medium. Vooral de componenten dynamiek en klank zijn in de eerste fase van behandeling minder geschikt. De inzet van deze componenten zou heel voorzichtig moeten gebeuren, maar ook de andere componenten zijn niet voor elke cliënt altijd even goed geschikt. Er moet altijd rekening gehouden worden met de individuele cliënt, want muziek kan vaak een trigger zijn en tot dissociaties leiden, waardoor muziektherapie soms contra-geïndiceerd is. De afzonderlijke muzikale componenten kunnen nooit op zich ingezet worden, want muziek is altijd een geheel; anders zou het geen muziek meer zijn. Het is echter mogelijk om een accent te leggen op bepaalde componenten.

Door een goed gedoseerde mediuminzet, een goede structuur en het hanteren van een geschikte therapeutische relatie, kan er aan belangrijke doelen gewerkt worden, zoals het bevorderen van de eigen integriteit, het opnieuw vorm geven aan interactie en relatie, het doseren van affecten, het beleven van de eigen grenzen en het (terug) beleven van positieve gevoelens in het hier en nu. Dit hoort allemaal bij afgrenzingsprocessen.

Vergelijking met het oude werkmodel

In het oude werkmodel konden er maar weinig verbanden worden gelegd tussen de afzonderlijke muzikale componenten en traumabehandeling, omdat dit nog nooit op deze manier werd onderzocht. Het nieuwe werkmodel maakt een verbinding tussen de op dit moment gebruikte muzikale methodes en werkvormen en koppelt dit aan de vijf-componenten-leer van Hegi.

Het onderzoek heeft de omgang van muziektherapeuten met de vijf componenten onderzocht en heeft bovendien onderzocht waar de werkingsfactoren van deze componenten binnen de traumatherapie liggen. Dit was van tevoren niet precies bekend.

De uitspraken over muziektherapie gaven vaak een tegenstrijdig beeld. Aan de ene kant werd er gezegd dat muziektherapie contra-geïndiceerd kan zijn, aan de andere kant, dat muziektherapie wel goed werkt. Door mijn eigen praktijkervaringen tijdens de stage kwam naar voren dat muziektherapie dissociaties kan triggeren. Dit maakte de volgende vraag los: wat binnen het medium kan helpen om dissociaties te voorkomen en een beter voorspelbare situatie te scheppen, ook wanneer de setting is vastgelegd. Er werd geïnventariseerd dat ook andere en zelfs ervaren therapeuten dit fenomeen in de muziektherapie tegenkomen, wat het onderzoek ook zinvoller heeft gemaakt.

In verhouding met het oude werkmodel is het nu duidelijker welke muzikale componenten afgrenzingsprocessen in de traumatherapie bevorderen en op welke manier muziektherapie in de eerste behandelfase zou moeten ingezet worden om schade te voorkomen en een heilzaam kader te bieden. Dit biedt concretere handvatten en benadrukt de noodzaak om nauwkeurig met het inzetten van het medium om te gaan.

Aanbevelingen

Dit onderzoek is op grond van het geringe aantal respondenten slechts in beperkte mate representatief. Het is tevens ook wel zo dat er niet zo heel veel muziektherapeuten werkzaam zijn met getraumatiseerde cliënten, maar door een andere opzet zouden de afzonderlijke muzikale componenten nog nauwkeuriger op hun werkingsfactoren onderzocht kunnen worden. Het zou voorstelbaar kunnen zijn om ook muziektherapeuten uit andere werkvelden te betrekken, als het niet zou gaan om onderzoek naar een bepaalde doelgroep.

Over de werksetting kan in de praktijk niet altijd mee worden beslist. Het zou daarom zinvol zijn om verder op zoek te gaan naar de mogelijkheden van muziektherapeutische traumabehandeling in een groepssetting.

Dit onderzoek richtte zich alleen maar op de eerste fase van traumabehandeling. Ook al kan er nooit worden gesproken over een lineair behandelingsproces, toch zou het ook belangrijk kunnen zijn om verder te onderzoeken hoe het medium in de daaropvolgende fasen (traumaverwerking en trauma-integratie) het best zou kunnen ingezet worden.

4. 4 Samenvatting

De probleemstelling van deze scriptie ontstond op basis van praktijkervaringen met getraumatiseerde cliënten die in de muziektherapie weinig mogelijkheden tot afgrenzing vertoonden en op grond daarvan dissocieerden. Omdat het steeds weer ondergaan in dissociaties altijd een meetbaar negatief neurologisch effect heeft, is het belangrijk om dit in de therapie te voorkomen. Het was echter niet duidelijk hoe het medium precies ingezet zou moeten worden om dit te garanderen. Daarom kwam de volgende vraagstelling naar voren:

Hoe geven muziektherapeuten vorm aan afgrenzingsprocessen in de stabilisatiefase van de behandeling van getraumatiseerde cliënten en welke muzikale componenten zetten ze vooral in?

Om zoveel mogelijk data te verzamelen en om generaliseerbare uitspraken over het onderwerp te kunnen doen, werd er voor een kwantitatief surveyonderzoek gekozen, waarbij op basis van een uitgebreide literatuurstudie enquêtes werden ontworpen. Deze enquêtes werden aan tachtig muziektherapeuten van zowel uit Nederland als uit Duitsland verstuurd. Er was sprake van een respons van zesentwintig enquêtes.

De enquêtes werden op de voor kwantitatief onderzoek gebruikelijke manier geëvalueerd. Uit de resultaten bleek dat, anders dan van tevoren aangenomen, vooral de muzikale componenten ritme, melodie en vorm een belangrijk effect hebben op de muziektherapeutische behandeling van getraumatiseerde cliënten in de stabilisatiefase van behandeling. In mindere mate zijn de componenten klank en dynamiek geschikt.

Ritme bevordert het verblijven van de cliënten in het hier en nu, het biedt structuur en zekerheid. Melodie doelt vooral op interactie. Door interactie met anderen is het mogelijk om de eigen grenzen te beleven. Vorm is zowel binnen als ook buiten de muziek van belang. De behandeling in een individuele setting (ook in combinatie met een groepsetting) is het meest geschikt in deze behandelfase. De muzikale vorm maakt de therapiesituatie voorspelbaar en daardoor controleerbaar. Het leggen van de controle bij de cliënt bevordert het genezingsproces.

Bovendien werd duidelijk dat dissociatie in het algemeen een veel voorkomend fenomeen is in de muziektherapeutische behandeling. De hoofdreden daarvoor is dat de muziek op zich cliënten triggert. Daarnaast hebben de therapeutische relatie en de structuur van de sessies mede invloed op dit fenomeen.

Er zijn veel factoren van belang voor een geslaagde traumabehandeling. Muziektherapie kan er wel een bijdrage aan leveren, als het medium gedoseerd wordt ingezet, de sessies goed gestructureerd worden en er een vertrouwensvolle therapeutische relatie wordt opgebouwd.

Bronvermelding

Boeken:

- American Psychiatric Association (2006). *Beknopte handleiding bij de diagnostische criteria van de DSM-IV-TR*. Amsterdam: Harcourt.
- Baarda, D. B., Goede, M. P. M. de & Kalmijn, M. (2006). *Basisboek enquêteren*. Houten: Wolters-Noordhoff.
- Baarda, D. B. & Goede, M. P. M. de (2006). *Basisboek methoden en technieken*. Houten: Wolters-Noordhoff.
- Hegi, F. (1986). *Improvisationen und Musiktherapie*. Paderborn: Junfermann Verlag.
- Hegi, F. (1998). *Übergänge zwischen Sprache und Musik*. Paderborn: Junfermann Verlag.
- Hermann, J. (2003). *Die Narben der Gewalt*. Paderborn: Junfermann Verlag.
- Huber, M. (2004). *Wege der Traumabehandlung: Trauma und Traumabehandlung. Teil 2*. Paderborn: Junfermann Verlag.
- Fischer, G. & Riedesser, P. (2003). *Lehrbuch der Psychotraumatologie*. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Frohne, I. (1986). Vowort. In Hegi, F. *Improvisation und Musiktherapie* (pp. 17-18). Paderborn: Junfermann Verlag.
- Morgan, S. (2007). *Wenn das Unfassbare geschieht: vom Umgang mit seelischen Traumatisierungen*. Stuttgart: Kohlhammer Verlag.
- Overkamp, B. (2002). Erfolgreiche Diagnostik dissoziativer Symptome und Störungen: Ein Überblick. In Streek- Fischer, A. (Red.), Sachsse U. & Özkan, I. *Traumatherapie: Was ist erfolgreich?* (pp. 13-27). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Reddemann, L. (2001). *Imagination als heilsame Kraft*. Stuttgart: Klett-Cotta Verlag.
- Rothschild, B. (2002). *Der Körper erinnert sich*. Essen: Synthesis Verlag.
- Schoemaker, C. (2005), *Trimbos zakboek psychische stoornissen*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Smeijsters, H. (2006), *Handboek muziektherapie*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Smeijsters, H. (2008), *Handboek creatieve therapie*. Bussum: Uitgeverij Coutinho.
- Streek- Fischer (Red.), A., Sachsse, U. & Özkan, I. (2002), *Körper – Seele – Trauma*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Streek- Fischer, A. (Red.), Sachsse, U. & Özkan, I. (2002), *Traumatherapie: Was ist erfolgreich?* Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Vandereycken, W. & Deth, R. van (2004). *Psychiatrie*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Weymann, E. (2004). *Zwischentöne*. Gießen: Psychosozial Verlag.
- Wolf, H.G. (2007). Grundlagen der Psychotraumatologie und der Traumatherapie. In Wolf, H.G. (Red.) *Musiktherapie und Trauma* (pp. 11-20). Wiesbaden: Reichert Verlag.

Tijdschriften:

Bensimon, M.; Amir, D. & Wolf, Y. (2008). Drumming through trauma: music therapy with post-traumatic soldiers. *The Arts in Psychotherapy* 35, pp. 34-48.

Hüther, G. (2004). Ebenen salutogenetischer Wirkungen von Musik auf das Gehirn. *Musiktherapeutische Umschau Band 25*, pp. 94-135.

Weiß, R. (2008). Trauma und Musiktherapie: Ansätze und Wege in der (musik)therapeutischen Behandlung psychisch traumatisierter Menschen. *Musiktherapeutische Umschau Band 29*, pp. 5-25.

Internet:

Musiktherapie, Fritz Hegi. <http://www.fritz-hegi.ch/> 2001. Datum opzoeken mei 2010. Wie werkt Musiktherapie.

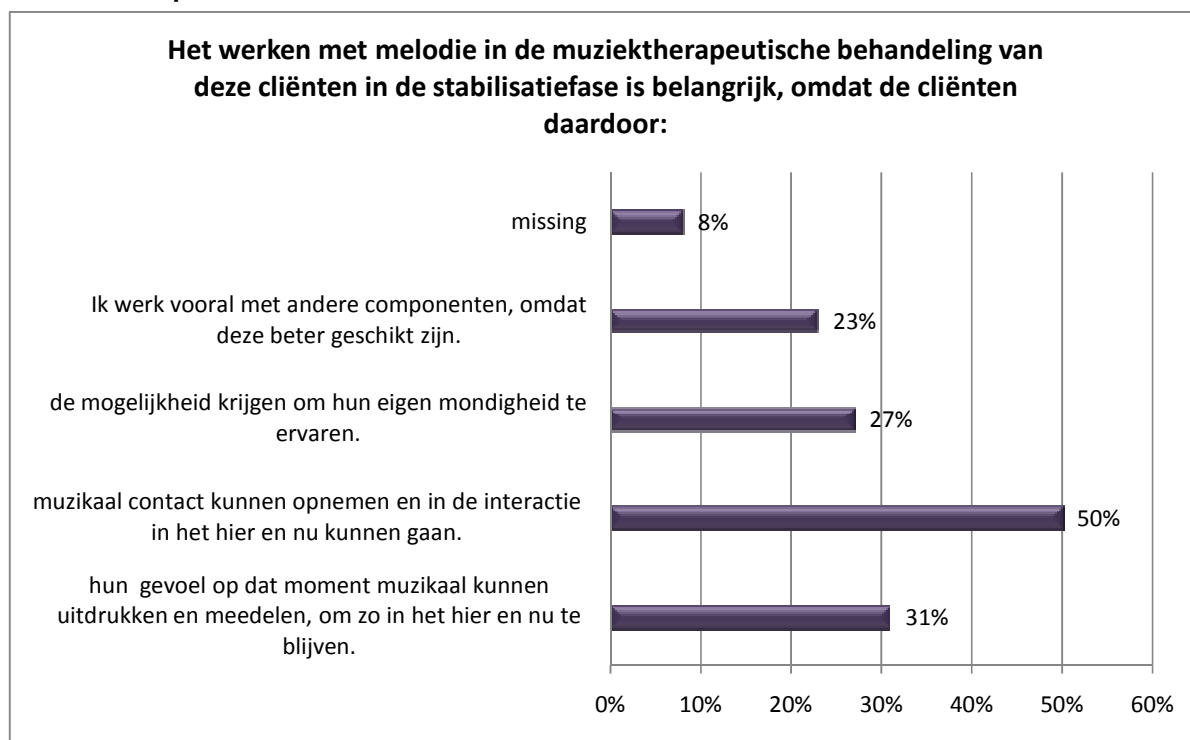
Ongepubliceerde werken:

Weiß, R. (2005), *Trauma und Musiktherapie: Ansätze und Wege in der (musik)therapeutischen Behandlung psychisch traumatisierter Menschen*. Augsburg: Diplomarbeit zum Abschluss des Ergänzungsstudienganges Musiktherapie am Institut Musiktherapie der UdK- Berlin.

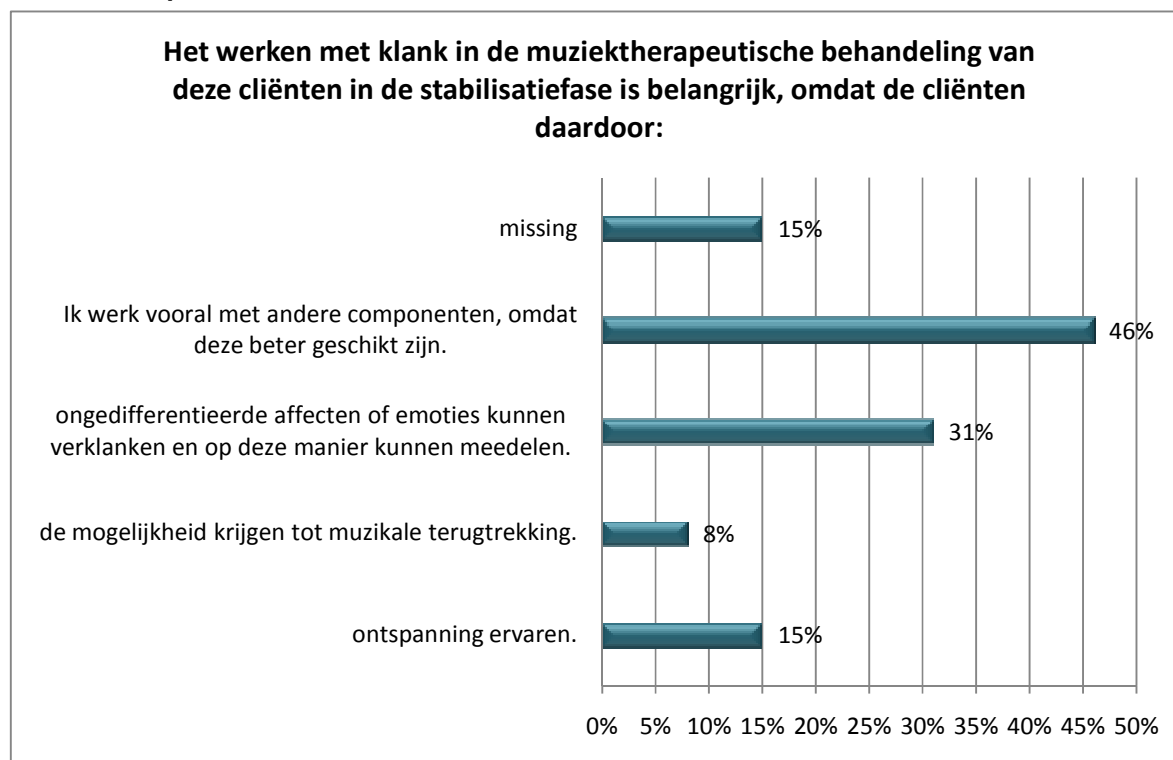
Bijlagen

B1 - Grafieken

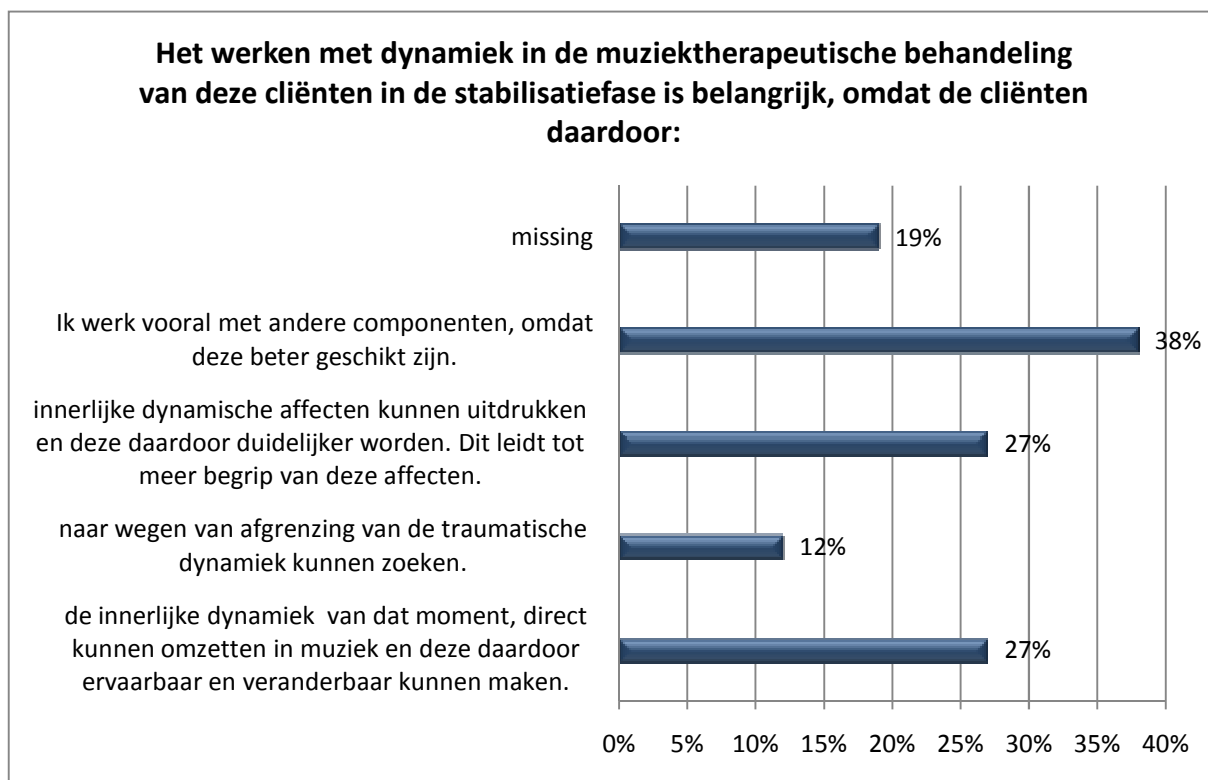
Muzikale component melodie:



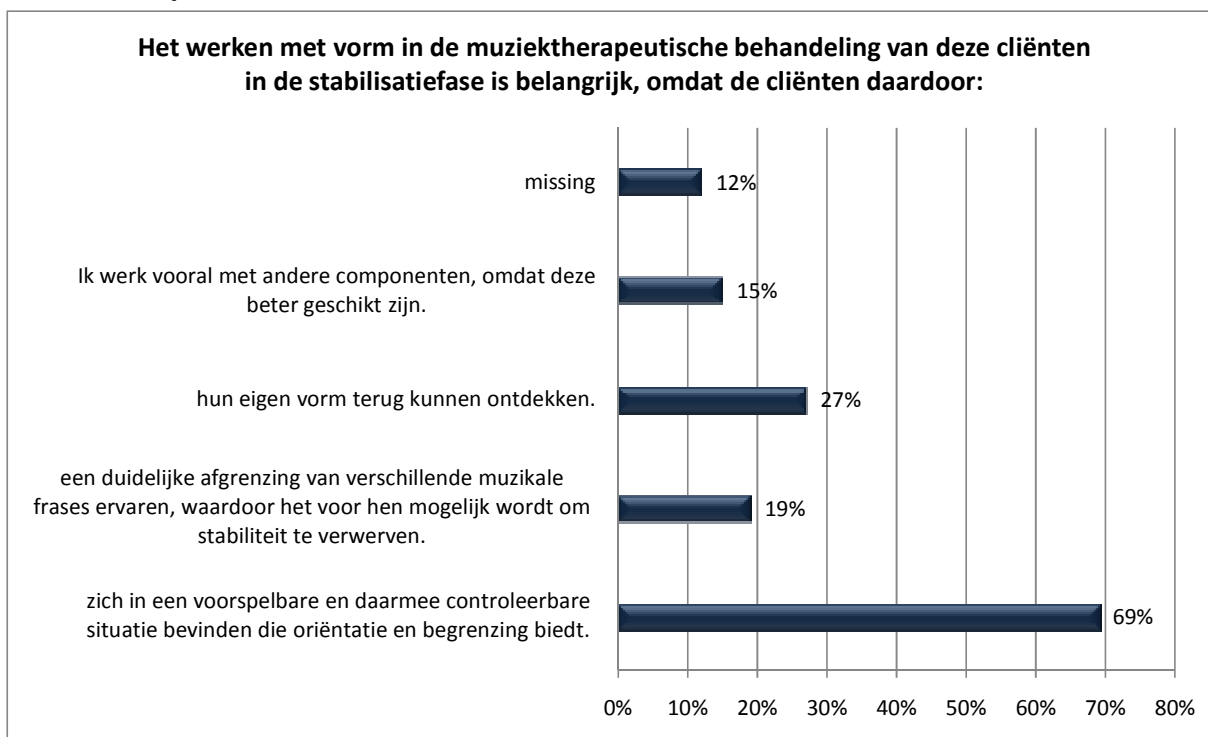
Muzikale component klank:

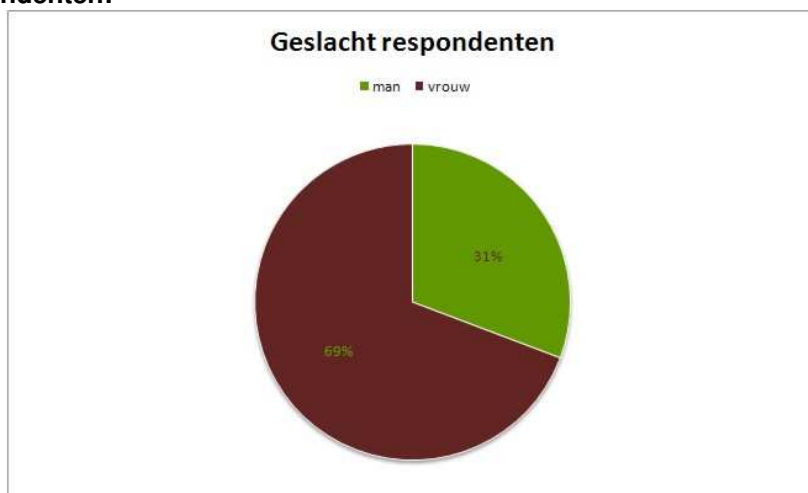
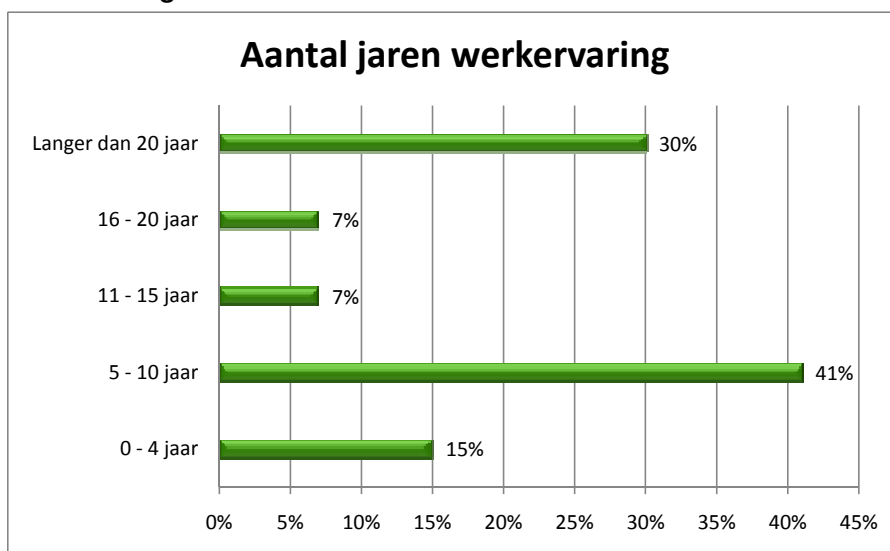
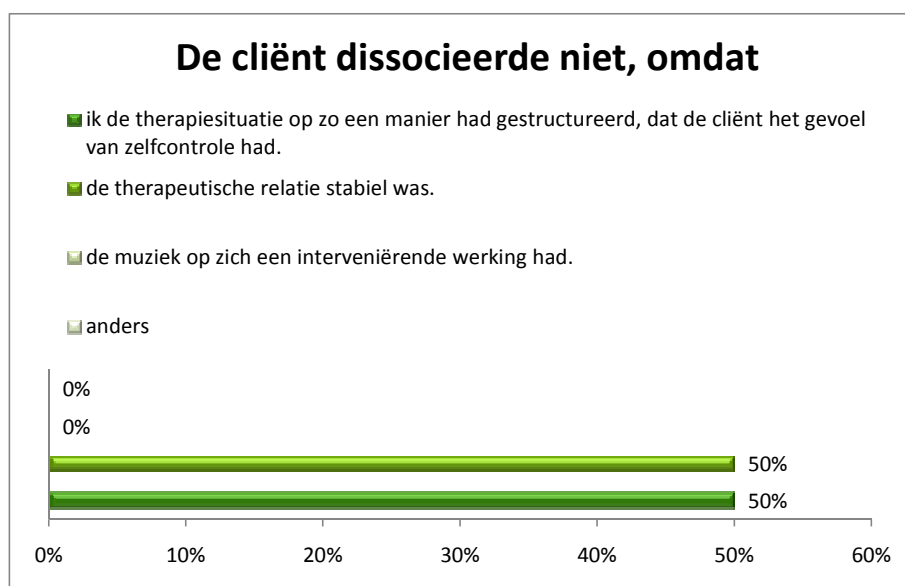


Muzikale component dynamiek:




Muzikale component vorm:



Geslacht respondenten:**Aantal jaren werkervaring:****Redenen voor het niet dissociëren:**


B2 - Opmerkingen van respondenten

De opmerkingen zijn letterlijk vanuit de enquêtes overgenomen en zijn daarom zowel in het Nederlands als in het Duits.

 *“Niet voor elk cliënt die getraumatiseerd is en niet stabiel is, is muziektherapie goed. Belangrijk om te blijven kijken naar welke rol muziek in het leven van de patient heeft. Bij sommige traumatische gebeurtenissen speelde muziek een belangrijke rol: contra-indicatie. Het werken met maat, ritme, melodie kan verstevend werken en vorm geven. Daar hebben we het ook over luisteren naar muziek. Maar ook dan: muziek is niet neutraal. Voorzichtigheid geboden. Muziektherapie werkt wel heel goed, wanneer cliënt weer stabiel is, als aanvangstherapievorm om “therapirijp” te worden. Aanvoelend, ervaren zonder worden, structuur, vorm, melodie als eerste richting...”*

“De fase van behandeling waar de getraumatiseerde persoon zich bevindt, bepaalt de mate en vorm van interventies binnen de muziektherapie. Werken met dynamiek kan bijvoorbeeld veel affecten oproepen. Dit kan leiden tot een gevoel van controleverlies of onveiligheid bij de cliënt. Echter ligt juist daar de kracht van de muziektherapeutische behandeling. Afhankelijk van de dragkracht van de cliënt en therapeut kan de emotie en het hanteren hiervan via muziek aan de orde komen. Werken met ritme en vorm (ook wel met melodie) kan veiligheid bieden. Maar het is tevens de uitdaging om cliënten langzaam aan te leren experimenteren met het loslaten van de vorm en meer met dynamiek en klank te werken. Vaste vorm, ritme, melodie en frasering experimenteren met dynamiek, klanken.”

“Naar mijn idee gebruik ik alle componenten: ritme, dynamiek ontspanning; harmonie, melodie meer verhalend, verklankend of ontspannend. Wanneer ik verhalend werk roept het instrument aan zich al veel op aan emotie. Zeker bij aanvang van nieuwe groep is vorm erg gestructureerd om veiligheid te bieden. Later bedenken cliënten meer zelf de vorm. Ik werk vanuit een groepsthema, vanuit hier kijk ik welke componenten erbij passen. Mijn ervaring is, dat pijn/moeilijkheden ervaren in de therapie juist ook inzicht gevend en helpend kan zijn.”

 *“Ich arbeite seit vielen Jahren mit schwertraumatisierten Menschen (meist Frauen) und kann mir eine Gruppentherapie mit diesem Klientel gar nicht vorstellen. Erst in der Ablösungsphase, wenn die Klientinnen wieder Lebensmut gefasst, sich äußerlich gesammelt haben und wieder kontaktfähig sind, ist auch eine Gruppentherapie möglich. Meist beginne ich mit stärkenden Erinnerungen, ‘Wie ging es Ihnen früher, bevor das Ereignis eintrat? Wie haben Sie da Krisen gemeistert, was hat Sie getröstet, was hat Ihnen Kraft gegeben?’ Ich verstehe mich als Psychotherapeutin, daher auch viele Gespräche.”*

“Da ich Kreativ-Leibtherapeutin bin, arbeite ich im Wesentlichen mit meiner Resonanz. Ich begleite im musikalischen Spiel und setze ggf. Rhythmen dagegen, die stabilisieren können. Es ist immer ein Wechselspiel und im Feedback, sowohl verbal als auch musikalisch, können Themen aufgegriffen werden. Momentane Assoziationen werden immer versucht zu besprechen. Gedankliche Bilder werden bespielt, dabei bin ich als Musiktherapeutin die Begleitung sowohl als ein Gegenüber, wie auch nährend. Insofern gibt es für mich keine spezifische Unterscheidung zwischen Rhythmus, Klang, Melodie etc. Ich setze auch andere Medien wie z.B. Farben, Skulpturen etc. ein.”

“Bei den Differenzierungen der Musik in Rhythmus, Melodie, Klang, Form, Dynamik fand ich besonders schwierig, die letzten beiden Aspekte herauszunehmen, da sie immer mitschwingen. Z.B. in einer Melodie eines Liedes habe ich eine konkrete Form, nehme diesen Aspekt jedoch nicht isoliert. Oder im Rhythmus entstehen automatisch dynamische Veränderungen. Ich betrachte es eher als ein ‘Geschehenlassen’ als denn das bewusste Nutzen dieser Aspekte. Ich finde es auch wichtig zwischen aktiver und passiver Musik zu unterscheiden. Musik per CD kann Trigger oder Entspannung sein... ‘Bespielt werden’ fördert die therapeutische Beziehung, aktives Spielen ist eine Auseinandersetzung in der Beziehung usw. ...”

“Ich arbeite mit traumatisierten Patienten zu Beginn mit speziellen stabilisierenden Übungen.”

“Ich arbeite hauptsächlich - aber nicht nur - mit polytoxikomanen Drogenabhängigen PatientInnen in der Entgiftungsphase, d.h. das traumatische Geschehen bleibt "im Hintergrund" und wird nur selten 'explizit thematisiert' “

“Ich arbeite eigentlich nicht unter dem Gesichtspunkt der Hegi'schen Komponenten. Vielmehr achte ich auf die therapeutische Beziehung und gebe dem Patienten Möglichkeiten, das musikalische Geschehen zu dosieren und zu kontrollieren. Dazu sind mitunter Vor-Verabredungen zu treffen. Dies scheint mir allerdings besonders gut mit den Komponenten Rhythmus, Melodie und Form zu gelingen.”

“Die Aufteilung in die verschiedenen Parameter erscheint mir etwas künstlich, da in der musiktherapeutischen Situation Musik ja immer alle Aspekte hat und ganzheitlich wirkt. Ich verwende Musik nicht wie eine Pille "Rhythmus", "Klang", etc., und in einer Improvisation sind immer alle Parameter vorhanden. Ich bin mir aber natürlich bewusst, dass die einzelnen Parameter unterschiedliche Wirkungen haben können, wenn der Patient sich darauf einlässt. Auf die muss man gefasst sein. Es kommt aber immer auf den Gesamtkontext an, in welchem ein Patient die Parameter erlebt. Wenn man das Gestalten der Parameter als Experiment anbietet und der Patient das Musikgeschehen kontrollieren kann, ist das hilfreich, aber wenn man z.B. Rhythmus nur zu einem bestimmten Zweck anbietet und der Patient ist da emotional gar nicht, geht es schief. Insgesamt scheint es mir aber richtig, mit Klang und Dynamik in der ersten Phase vorsichtig umzugehen, weil zu strukturlos und möglicherweise zu aufwühlend.”

“Ich bin auch Traumatherapeutin und arbeite mit traumatisierten Patienten auch mit somatic experiencing (SE). Manchmal finde ich ist Musiktherapie in der Stabilisierungsphase kontraindiziert, nicht generell.”

“Die Zusammenarbeit mit dem PP, der EMDR anbietet, zeigt immer mehr eine gute Wirkung. Erst EMDR dann anschließend MT, mit dem Fokus auf den positiven Effekt des EMDR, erweist sich als sehr stabilisierend.”

“In der Regel profitieren Patienten in der Stabilisierungsphase vor allem von pos. Erleben in einer Gruppe, die kann in der MT speziell gefördert werden. Zusätzlich ist das Gefühl von Kontrolle sowie affektiver Regulationsfähigkeit bzw. -erleben von entscheidender Bedeutung in der Arbeit mit traumatisierten Patienten.”

“Interessantes Thema. Ich arbeite hauptsächlich mit Ego – State Therapie, PITT nach Reddemann und Resourceninstation und EMDR, also tiefenpsychologisch grundiert. Musik kommt dann zum Einsatz, wenn Patienten dies als eine Ressource benennen oder neu entdecken. Musiktherapie kann, muss aber nicht Bestandteil sein, daher kann ich Ihnen mit diesem Fragebogen leider nicht viel weiterhelfen.“

B3 - Brief en enquête

Ramona Anschütz – Hofsteder Str. 40 – 44791 Bochum (D)

6 April 2010

Praktijkonderzoek muziektherapie



Geachte heer/mevrouw,

Ik studeer momenteel muziektherapie aan de Hogeschool Zuyd in Heerlen. In het kader van mijn afstudeeronderzoek ga ik op zoek naar de muziektherapeutische mogelijkheden in het werk met getraumatiseerde cliënten in de eerste behandelingsfase (stabilisatiefase).

Zoals u wellicht zelf in uw werk met volwassenen ervaart, is het in deze behandelingsfase uiteraard belangrijk voor de cliënt om zijn eigen grenzen duidelijk te ervaren en vooral te bewaren. Dit komt doordat hij het gevoel van controle op het eigen handelen door diverse redenen is kwijtgeraakt. Uit mijn eigen praktijkervaring weet ik, dat binnen het muzikaal werk grenzen kunnen vervagen en dat een grote competentie van de therapeut noodzakelijk is om een heilzame sfeer te creëren. In mijn scriptie wil ik op zoek gaan naar de eigenschappen van muziek, die het mogelijk maken om grenzen te ervaren. Muziek is altijd als een geheel te beschouwen, maar de ene component kan hierbinnen bepaalde thematieken duidelijker maken dan de andere.

Ik wil u daarom vriendelijk verzoeken uw persoonlijke en professionele ervaringen met mij te delen en de bijgevoegde enquête in te vullen. Dit kost u niet meer dan tien minuten tijd. Uw gegevens zal ik natuurlijk vertrouwelijk behandelen. Een retourenveloppe heb ik bijgevoegd. Stuur u alstublieft de ingevulde enquête terug, uiterlijk tegen 20 april 2010.

Al vooraf heel erg bedankt voor uw medewerking en bij interesse stuur ik u graag een exemplaar van mijn afgewerkt scriptie toe.

Met vriendelijke groet

Ramona Anschütz

Ramona Anschütz
Hofsteder Str. 40
44791 Bochum (D)
☎ 0049234 / 9015631
📞 0049172 / 230 79 48

Ramona.Anschuetz@gmx.de
0630535anschuetz@hszuyd.nl



Creatieve therapie muziek
Faculteit: Gezondheid en Zorg
Begeleidster: Mevr. Juliane Tissen

Heeft muziek grenzen?

Het eerste deel van de enquête betreft uw persoonlijke gegevens. In het tweede deel vindt u vragen over het muziektherapeutisch werk met getraumatiseerde cliënten. Wanneer niet anders aangegeven, is er per vraag één antwoord mogelijk. Het door u gegeven antwoord wordt dan gezien als het antwoord waarbij u het dichtst aansluit. De door mij beschreven muzikale componenten (ritme, melodie, klank, dynamiek en vorm) hebben betrekking tot de visie van Fritz Hegi.

Graag lees ik uw opmerkingen aan het eind van de enquête.

Persoonlijke gegevens:

- man
- vrouw

Hoe lang werkt u al met getraumatiseerde cliënten?

- 0 – 4 jaar
- 5 – 10 jaar
- 11 – 15 jaar
- 16 – 20 jaar
- Langer dan 20 jaar, namelijk: _____

Het praktisch werk:

Ik werk met getraumatiseerde cliënten

- in homogene groepen met tevens getraumatiseerde medecliënten
- in heterogene groepen met cliënten met verschillende problematieken
- in een individuele setting
- zowel in heterogene groepen als ook individueel
- zowel in homogene groepen als ook individueel
- zowel in homogene en heterogene groepen als ook individueel

Welk setting is volgens u het meest geschikt voor de muziektherapeutische traumabehandeling in de stabilisatiefase?

- individueel
- homogene groep
- heterogene groep
- homogene groep en individueel
- heterogene groep en individueel
- homogene en heterogene groep net zo goed als individueel
- muziektherapie is in het algemeen ongeschikt

Ik werk met getraumatiseerde cliënten in de stabilisatiefase met de volgende muzikale componenten (alleen bij deze vraag is meer dan een antwoord mogelijk):

- ritme
- melodie
- klank
- dynamiek
- vorm

Het werken met ritme in de muziektherapeutische behandeling van deze cliënten in de stabilisatiefase is belangrijk, omdat de cliënten zich daardoor:

- van overweldigende gevoelens kunnen afgrenzen en in het hier en nu kunnen blijven.
- in een vaste structuur bevinden en zich daardoor zeker voelen.
- verbonden voelen met het muzikale gebeuren en dus gevoelens op een meer gedoseerde manier kunnen toelaten.
- Ik werk vooral met andere componenten, omdat deze beter geschikt zijn.

Het werken met melodie in de muziektherapeutische behandeling van deze cliënten in de stabilisatiefase is belangrijk, omdat de cliënten daardoor:

- hun gevoel op dat moment muzikaal kunnen uitdrukken en meedelen, om zo in het hier en nu te blijven.
- muzikaal contact kunnen opnemen en in de interactie in het hier en nu kunnen gaan.
- de mogelijkheid krijgen om hun eigen mondigheid en autonomie te ervaren.
- Ik werk vooral met andere componenten, omdat deze beter geschikt zijn.

Het werken met klank in de muziektherapeutische behandeling van deze cliënten in de stabilisatiefase is belangrijk, omdat de cliënten daardoor:

- ontspanning ervaren.
- de mogelijkheid krijgen tot muzikale terugtrekking.
- ongedifferentieerde affecten of emoties kunnen verklanken en op deze manier kunnen meedelen.
- Ik werk vooral met andere componenten, omdat deze beter geschikt zijn.

Het werken met dynamiek in de muziektherapeutische behandeling van deze cliënten in de stabilisatiefase is belangrijk, omdat de cliënten daardoor:

- de innerlijke dynamiek van dat moment, direct kunnen omzetten in muziek en deze daardoor erfahrbaar en veranderbaar kunnen maken.
- naar wegen van afgrenzing van de traumatische dynamiek kunnen zoeken.
- innerlijke dynamische affecten kunnen uitdrukken en deze daardoor duidelijker worden. Dit leidt tot meer begrip van deze affecten.
- Ik werk vooral met andere componenten, omdat deze beter geschikt zijn.

Het werken met vorm in de muziektherapeutische behandeling van deze cliënten in de stabilisatiefase is belangrijk, omdat de cliënten daardoor:

- zich in een voorspelbare en daarmee controleerbare situatie bevinden die oriëntatie en begrenzing biedt.
- een duidelijke afgrenzing van verschillende muzikale frases ervaren, waardoor het voor hen mogelijk wordt om stabiliteit te verwerven.
- hun eigen vorm terug kunnen ontdekken.
- Ik werk vooral met andere componenten, omdat deze beter geschikt zijn.

Is het al een keer voorgekomen, dat getraumatiseerde cliënten in de muziektherapie dissociëren?

- Ja
- Nee

Zo ja: Waarmee had dat vooral te maken?

- De muziek op zichzelf werkte als trigger.
- De cliënt had te weinig controle over het muzikaal gebeuren.
- De therapeutische relatie was nog te weinig stabiel.
- Anders, namelijk:

Zo nee: De cliënt dissocieerde niet, omdat

- ik de therapiesituatie op zo een manier had gestructureerd, dat de cliënt het gevoel van zelfcontrole had.
- de therapeutische relatie stabiel was.
- de muziek op zich een interveniërende werking had.
- Anders, namelijk:

B4 - Literatuuronderbouwing enquête

Vraag / Stelling	Antwoordmogelijkheden	Redenering
Persoonlijke gegevens	<ul style="list-style-type: none"> • Man • vrouw 	Eventuele verschillen in de latere beantwoording van vragen kunnen worden gekoppeld aan het geslacht van de respondenten, wanneer dit zinvol is
Hoe lang werkt u al met getraumatiseerde cliënten?	<ul style="list-style-type: none"> • 0 – 4 jaar • 5 – 10 jaar • 11 – 15 jaar • 16 – 20 jaar • Langer dan 20 jaar, namelijk: 	Het werken met getraumatiseerde mensen eist veel persoonlijk en professioneel inzicht van de therapeut (Weiß, 2005). Er zou dus een samenhang met de jaren werkervaring kunnen bestaan.
Ik werk met getraumatiseerde cliënten	<ul style="list-style-type: none"> • in homogene groepen met tevens getraumatiseerde medecliënten • in heterogene groepen met cliënten met verschillende problematieken • in een individuele setting • zowel in heterogene groepen als ook individueel • zowel in homogene groepen als ook individueel • zowel in homogene en heterogene groepen als ook individueel 	De setting wordt veelal als erg belangrijk beschouwd (Rothschild, 2002; Wolf, 2007). Met deze vraag wordt geïnventariseerd welke setting momenteel vooral ingezet wordt in de muziektherapeutische traumabehandeling.
Welk setting is volgens u <u>het meest geschikt</u> voor de muziektherapeutische traumabehandeling in de stabilisatiefase?	<ul style="list-style-type: none"> • Individueel • homogene groep • heterogene groep • homogene groep en individueel • heterogene groep en individueel • homogene en heterogene groep net zo goed als individueel • muziektherapie is in het algemeen ongeschikt 	In de praktijk is er niet altijd sprake van de meest efficiënte setting, vooral door financiële redenen. Deze vraag peilt naar de meningen van de respondenten over de meest geschikte setting.
Ik werk met getraumatiseerde cliënten in de stabilisatiefase met de volgende muzikale componenten:	<ul style="list-style-type: none"> • ritme • melodie • klank • dynamiek • vorm 	De hoofdvraag van dit onderzoek gaat over het inzetten van de afzonderlijke muzikale componenten in de stabilisatiefase van de behandeling. Deze vraag inventariseert welke componenten worden ingezet en in welke mate.

<p>Het werken met <u>ritme</u> in de muziektherapeutische behandeling van deze cliënten in de stabilisatiefase is belangrijk, omdat de cliënten zich daardoor:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • van overweldigende gevoelens kunnen afgrenzen en in het hier en nu kunnen blijven. • in een vaste structuur bevinden en zich daardoor zeker voelen. • verbonden voelen met het muzikale gebeuren en dus gevoelens op een meer gedoseerde manier kunnen toelaten. • Ik werk vooral met andere componenten, omdat deze beter geschikt zijn. 	<p>Deze vraag peilt naar de werkingsfactoren van ritme. Sensorische gevoelens (vibraties) kunnen ertoe bijdragen om mensen te aarden en de mogelijkheid te geven in het hier en nu te komen en er ook te verblijven (Weiß, 2005). Hierop doelt de eerste antwoordmogelijkheid. Een tweede belangrijke factor in de traumabehandeling is het gevoel van zekerheid. Ritme biedt structuur (Hegi, 2010) en kan dus een vast betrekkingpunt zijn in het hier en nu, waardoor zekerheid ontstaat (tweede antwoordmogelijkheid). Ten derde is het verblijven in het hier en nu pas mogelijk, wanneer er sprake is van een gevoel van verbondenheid en zekerheid. Pas wanneer er sprake is van zekerheid, is het toelaten van gevoelens op een gedoseerde manier mogelijk (antwoordmogelijkheid drie). Dit is een oefenproces, omdat getraumatiseerde mensen hun gevoelens vaak helemaal hebben afgesplitst (Weiß, 2005). Het is de vraag of ritme daarop invloed kan uitoefenen.</p>
<p>Het werken met <u>melodie</u> in de muziektherapeutische behandeling van deze cliënten in de stabilisatiefase is belangrijk, omdat de cliënten daardoor:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • hun gevoel op dat moment muzikaal kunnen uitdrukken en meedelen, om zo in het hier en nu te blijven. • muzikaal contact kunnen opnemen en in de interactie in het hier en nu kunnen gaan. • de mogelijkheid krijgen om hun eigen mondigheid en autonomie te ervaren. • Ik werk vooral met andere componenten, omdat deze beter geschikt zijn. 	<p>Melodie is de muzikale component die het mogelijk maakt gevoelens uit te drukken en <i>mee te delen</i> (Hegi, 1986). Er is dus sprake van interactie en interactie eist het in het hier en nu zijn (eerste antwoordmogelijkheid). Ook de tweede antwoordmogelijkheid doelt op dit gegeven, maar hierbij gaat het minder om een concrete uitdrukking van een gevoel, maar om de interactie op zich, want in melodie vindt ook dialoog plaats (Hegi, 2010). De derde antwoordmogelijkheid doelt op de enorme noodzaak om de cliënten zoveel mogelijk hun eigen mondigheid en autonomie te laten ervaren en te (her)ontdekken, omdat ze deze door de traumatische gebeurtenis (weerderend) kwijt zijn geraakt (Rothschild, 2002). Melodie drukt volgens Hegi (1986) altijd een mening uit. Of het nu gaat om een zelfgecreëerde melodie of bestaand materiaal: een melodie zegt altijd iets over de persoon die er een voorkeur voor heeft of deze speelt. Melodie zou dus direct kunnen samenhangen met het autonomiegevoel, omdat ze de eigen mening uitdrukt en onderbouwt.</p>

<p>Het werken met <u>klank</u> in de muziektherapeutische behandeling van deze cliënten in de stabilisatiefase is belangrijk, omdat de cliënten daardoor:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ontspanning ervaren. • de mogelijkheid krijgen tot muzikale terugtrekking. • ongedifferentieerde affecten of emoties kunnen verklanken en op deze manier kunnen meedelen. • Ik werk vooral met andere componenten, omdat deze beter geschikt zijn. 	<p>Ontspanning is een hoofddoel in de stabilisatiefase van de traumabehandeling om hyperarousal tegen te werken (Rothschild, 2002). Het werken met klank zou er enorm geschikt voor kunnen zijn (eerste antwoordmogelijkheid). Bovendien is klank ruim (Hegi, 1986) en biedt klank ruimte om zich terug te trekken, wat een doel kan zijn om (terug) te leren distantiëren (antwoordmogelijkheid twee). Muziek maakt het mogelijk, in tegenstelling tot taal, om ook diffuse sferen en ambivalente gevoelstoestanden uit te drukken (Weiß, 2005). Dit kan in bijzondere mate bij klank, omdat er minder verwachtingen betreffende een bepaald klankresultaat bestaan in tegenstelling tot andere muzikale componenten (Hegi, 1986). Het meedelen van ongedifferentieerde emoties is een tweede kwaliteit van deze derde antwoordmogelijkheid .</p>
<p>Het werken met <u>dynamiek</u> in de muziektherapeutische behandeling van deze cliënten in de stabilisatiefase is belangrijk, omdat de cliënten daardoor:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • de innerlijke dynamiek van dat moment, direct kunnen omzetten in muziek en deze daardoor ervaarbaar en veranderbaar kunnen maken. • naar wegen van afgrenzing van de traumatische dynamiek kunnen zoeken. • innerlijke dynamische affecten kunnen uitdrukken en deze daardoor duidelijker worden. Dit leidt tot meer begrip van deze affecten. • Ik werk vooral met andere componenten, omdat deze beter geschikt zijn. 	<p>Dynamiek is een belangrijk thema als het gaat om traumatisering, omdat cliënten in de therapie vaak tussen twee bewustzijnstoestanden wisselen. Dit zijn aan de ene kant toestanden van intrusie (zoals het overspoeld zijn van flashbacks en/of affecten) en aan de andere kant beperkte toestanden (zoals emotionele doofheid) (Weiß, 2005). In de muziek kan dit worden omgezet en ervaarbaar worden gemaakt. Pas daarna kunnen er veranderingen worden aangebracht (eerste antwoordmogelijkheid). Een trauma heeft altijd een bepaalde dynamiek (Herman, 2003). Deze dynamische effecten kunnen afgrenzen is een belangrijk behandeldoel (Rothschild, 2002) (tweede antwoordmogelijkheid). Omdat opkomende affecten vaak niet begrepen kunnen worden door de cliënten (Herman, 2003) is het belangrijk deze uit te drukken en daardoor grijpbaar en begrijpelijk te maken (derde antwoordmogelijkheid). Het zou kunnen dat dynamiek binnen deze processen een effect heeft.</p>

<p>Het werken met <u>vorm</u> in de muziektherapeutische behandeling van deze cliënten in de stabilisatiefase is belangrijk, omdat de cliënten daardoor:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • zich in een voorspelbare en daarmee controleerbare situatie bevinden die oriëntatie en begrenzing biedt. • een duidelijke afgrenzing van verschillende muzikale frases ervaren, waardoor het voor hen mogelijk wordt om stabiliteit te verwerven. • hun eigen vorm terug kunnen ontdekken. • Ik werk vooral met andere componenten, omdat deze beter geschikt zijn. 	<p>Een eenduidige vorm en structuur van muziek maakt sterke emoties uithoudbaar (Weiß, 2005). Zoals al eerder benoemd, staan voorspelbaarheid en controle centraal in de stabilisatiefase van traumabehandeling, omdat dit oriëntatie biedt (Rothschild, 2002) (eerste antwoordmogelijkheid). In tegenstelling daarmee doelt de tweede antwoordmogelijkheid op de in de muziek verankerde afgrenzing van verschillende frases (Hegi, 1986). Misschien heeft dit invloed op de stabiliteit die een cliënt in het muzikaal handelen ervaart. De eigen vorm kan als analogie tot de muzikale vormgeving worden beschouwd (vgl. Smeijsters, 2006). Muzikale vormgeving heeft daarop misschien een directe invloed (antwoordmogelijkheid drie).</p>
<p>Is het al een keer voorgekomen dat getraumatiseerde cliënten in de muziektherapie dissociëren?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ja • Nee 	<p>Hier wordt naar door de therapeut waargenomen cliëntgedrag gevraagd. Dissociaties hebben altijd een negatief effect op de cliënt (Rothschild, 2002). Dit komt echter wel voor binnen de muziektherapie en kan een contra-indicatie zijn (Wolf, 2007). Deze vraag is belangrijk voor het onderzoek, omdat er pas naar redenen voor dissociaties kan worden gevraagd wanneer dit ook daadwerkelijk een probleem is waarmee de respondent te maken heeft.</p>
<p>Zo <u>ja</u>: Waarmee had dat vooral te maken?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • De muziek op zichzelf werkte als trigger. • De cliënt had te weinig controle over het muzikaal gebeuren. • De therapeutische relatie was nog te weinig stabiel. • Anders, namelijk: 	<p>Muziek kan dissociaties triggeren (Wolf, 2007, Weiß, 2005). Het is dus belangrijk om te weten of dit ook in de praktijk vaak voorkomt. Een tweede reden voor dissociatie kan het gevoel van controleverlies zijn (Rothschild, 2002). Een stabiele en veilige therapeutische relatie is een voorwaarde voor een geslaagde traumabehandeling (Herman, 2003). Misschien is een reden voor dissociatie ook het zich niet zeker voelen in relatie tot de therapeut.</p>

<p>Zo <u>nee</u>: De cliënt dissocieerde niet, omdat</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ik de therapiesituatie op zo een manier had gestructureerd dat de cliënt het gevoel van zelfcontrole had. • de therapeutische relatie stabiel was. • de muziek op zich een interveniërende werking had. • Anders, namelijk: 	<p>Zie ook vorige pagina. Het zou kunnen dat muziek ook een interveniërende werking heeft, een stabiele therapeutische relatie dissociaties tegenwerkt of de uiterlijke structuur van een sessie.</p>
--	--	---

B5 - Logboek

Nederland	6
Duitsland	20

Persoonlijke gegevens

Man	8
Vrouw	18

Hoe lang werkt u al met getraumatiseerde cliënten?

0 - 4 jaar	4
5 - 10 jaar	11
11 - 15 jaar	2
16 - 20 jaar	2
Langer dan 20 jaar	8

Ik werk met getraumatiseerde cliënten

in homogene groepen met tevens getraumatiseerde medecliënten	0
in heterogene groepen met cliënten met verschillende problematieken	2
in een individuele setting	9
zowel in heterogene groepen als ook individueel	8
zowel in homogene groepen als ook individueel	2
zowel in homogene en heterogene groepen als ook individueel	4
zowel in homogene als ook heterogene groepen	1

Welk setting is volgens u het meest geschikt voor de muziektherapeutische traumabehandeling in de stabilisatiefase?

muziektherapie is in het algemeen ongeschikt	1
individueel	17
Homogene groep	1
heterogene groep	0
Homogene groep en individueel	4
heterogene groep en individueel	2
Homogene, heterogene groep en individueel	2

Ik werk met getraumatiseerde cliënten in de stabilisatiefase met de volgende muzikale componenten

Ritme	22
Melodie	19
Klank	10
Dynamiek	12
Vorm	19

Het werken met ritme in de muziektherapeutische behandeling van deze cliënten in de stabilisatiefase is belangrijk, omdat de cliënten zich daardoor:

van overweldigende gevoelens kunnen afgrenzen en in het hier en nu kunnen blijven.	8
in een vaste structuur bevinden en zich daardoor zeker voelen.	16
Verbonden voelen met het muzikale gebeuren en dus gevoelens op een meer gedoseerde manier kunnen toelaten.	6
Ik werk vooral met andere componenten, omdat deze beter geschikt zijn.	4
Missing	2

Het werken met melodie in de muziektherapeutische behandeling van deze cliënten in de stabilisatiefase is belangrijk, omdat de cliënten daardoor:

hun gevoel op dat moment muzikaal kunnen uitdrukken en meedelen, om zo in het hier en nu te blijven.	8
muzikaal contact kunnen opnemen en in de interactie in het hier en nu kunnen gaan.	13
de mogelijkheid krijgen om hun eigen mondigheid te ervaren.	7
Ik werk vooral met andere componenten, omdat deze beter geschikt zijn.	6
Missing	2

Het werken met klank in de muziektherapeutische behandeling van deze cliënten in de stabilisatiefase is belangrijk, omdat de cliënten daardoor:

ontspanning ervaren.	4
de mogelijkheid krijgen tot muzikale terugtrekking.	2
ongedifferentieerde affecten of emoties kunnen verklanken en op deze manier kunnen meedelen.	8
Ik werk vooral met andere componenten, omdat deze beter geschikt zijn.	12
Missing	4

Het werken met dynamiek in de muziektherapeutische behandeling van deze cliënten in de stabilisatiefase is belangrijk, omdat de cliënten daardoor:

de innerlijke dynamiek van dat moment, direct kunnen omzetten in muziek en deze daardoor waarneembaar en veranderbaar kunnen maken.	7
naar wegen van afgrenzing van de traumatische dynamiek kunnen zoeken.	3
innerlijke dynamische affecten kunnen uitdrukken en deze daardoor duidelijker worden. Dit leidt tot meer begrip van deze affecten.	7
Ik werk vooral met andere componenten, omdat deze beter geschikt zijn.	10
Missing	5

Het werken met vorm in de muziektherapeutische behandeling van deze cliënten in de stabilisatiefase is belangrijk, omdat de cliënten daardoor:

zich in een voorspelbare en daarmee controleerbare situatie bevinden die oriëntatie en begrenzing biedt.	18
een duidelijke afgrenzing van verschillende muzikale frases ervaren, waardoor het voor hen mogelijk wordt om stabiliteit te verwerven.	5
hun eigen vorm terug kunnen ontdekken.	7
Ik werk vooral met andere componenten, omdat deze beter geschikt zijn.	4
Missing	3

Is het al een keer voorgekomen, dat getraumatiseerde cliënten in de muziektherapie dissociëren?

Ja	22
Nee	4
Missing	1

Zo ja: Waarmee had dat vooral te maken?

De muziek op zichzelf werkte als trigger.	15
De cliënt had te weinig controle over het muzikaal gebeuren.	7
De therapeutische relatie was nog te weinig stabiel.	6
Anders	3
Missing	2

Zo nee: De cliënt dissocieerde niet, omdat

ik de therapiesituatie op zo een manier had gestructureerd, dat de cliënt het gevoel van zelfcontrole had.	3
de therapeutische relatie stabiel was.	3
de muziek op zich een interveniërende werking had.	0
Anders	0
Missing	0