



Het Sterke ik

&

zwakke angst

Uitdagend gedrag bij mensen met een verstandelijke beperking en kenmerken van sociale fobie

Hogeschool Zuyd Heerlen
Faculteit Gezondheid en Zorg
Creatieve therapie, muziek
Studentnummer 2045858
Begeleidster: Kathinka Poismans

Susanne Herrmann

22 Januari 2010

Inhoudsopgave

VOORWOORD	4
DANKWOORD	5
HOOFDSTUK1 INLEIDING	5
1.1 OPBOUW VAN DE SCRIPTIE	5
1.2 PROBLEEMSTELLING	6
1.3 VRAAGSTELLING	8
1.4 DOELSTELLING	8
1.5 MIJN WERKMODEL	9
1.5.1 CLIËNTBESCHRIJVING	9
1.5.2 PROBLEEMGEBIEDEN EN DOELSTELLINGEN	10
1.5.3 WERKWIJZE	10
1.5.4 UITGANGSPUNTEN	11
1.5.5 METHODISCHE UITGANGSPUNTEN	12
1.5.6 METHODE	12
1.5.7 METHODISCHE STAPPEN	12
1.5.8 EFFECTEN	17
1.5.9 RANDVOORWAARDEN	18
HOOFDSTUK 2 SOCIALE FOBIE: EEN ANGSTSTOORNIS	18
2.1 WAT IS ANGST?	18
2.2 SOCIALE FOBIE	19
2.2.1 ANGSTSTOORNISSEN BIJ MENSEN MET EEN VERSTANDELIJKE BEPERKING	21
2.2.2 DE BEHANDELING VAN ANGSTSTOORNISSEN EN SOCIALE FOBIE	23
2.2.3 BEHANDELLEN VAN SOCIALE FOBIE MET MUZIEKTERAPIE	27
HOOFDSTUK 3 HET ASPECT UITDAGING	29
3.1 DEFINITIE VAN UITDAGEND GEDRAG	29
3.2 UITDAGING BINNEN DE ONTWIKKELINGSPSYCHOLOGIE	30
3.3 UITLOKKINGSTECHNIEKEN	31
3.3.1 VERBALE UITLOKKINGSTECHNIEKEN	32
3.3.2 NON- VERBALE UITLOKKINGSTECHNIEKEN	32
3.3.3 MUZIKALE UITLOKKINGSTECHNIEKEN	33
3.4 VOORWAARDEN VOOR DE TOEPASSING VAN UITLOKKINGSTECHNIEKEN	33
3.4.1 DE THERAPEUTISCHE RELATIE	33
HOOFDSTUK 4 KWANTITATIEF ONDERZOEK	35
4.1 ONDERZOEKSOPZET	35
4.2 ONDERZOEKSTYPE	36
4.3 ONDERZOEKSMETHODE	36
4.4 DATAVERZAMELING	37
4.5 DATA- ANALYSE	39
4.6 KWALITEITSCRITEARIA	39

HOOFDSTUK 5	EVALUATIE	40
<hr/>		
5.1 RESULTATEN		40
5.1.1 DEMOGRAFISCHE GEGEVENS		40
5.1.2 GEGEVENS UITDAGEND GEDRAG		41
5.1.3 THERAPEUTISCHE BEHANDELING EN THERAPEUTISCHE RELATIE		43
5.2 DISCUSSIE		45
5.3 SAMENVATTING		48
LITERATUURLIJST		49
<hr/>		
BIJLAGEN		51
<hr/>		
BIJLAGE 1	VRAGENLIJST NEDERLANDSE VERSIE	51
BIJLAGE 2	VRAGENLIJST DUITSE VERSIE	55
BIJLAGE 3	CODEERSHEMA 1	60
BIJLAGE 4	CODEERSHEMA 2	62
BIJLAGE 5	FREQUENTIEBEREKENINGEN	63
BIJLAGE 6	GRAFIEKEN	65

Voorwoord

Tijdens mijn derde jaar van de opleiding tot creatief therapeut (muziek) liep ik stage bij Stichting Arduin in Middelburg, een grote instelling voor mensen met een verstandelijke beperking. Ik heb in die tijd veel ervaringen opgedaan met mensen van verschillende leeftijden. Maar één cliënte, die ik een half jaar lang individuele muziektherapie heb gegeven, heeft de meeste indruk gemaakt. Ik heb haar bijna mijn hele stageperiode begeleid en daardoor bij haar een langer proces meegemaakt.

De cliënte is een jonge, volwassen vrouw met een lichte verstandelijke beperking. Het moment waar zij mij in het spel begon uit te dagen is mij het meest bijgebleven. Voor mij als beginnend therapeute was het zeer spannend om te zien, dat zij veranderde in haar gedrag binnen de therapie en het betekende voor mij ook dat de manier waarop ik haar bejegende bij haar aansloot. Het uitdagende gedrag dat ik heb waargenomen, waardeerde ik op dat moment positief. De cliënte was vooral door haar onzekerheid en angst naar de therapie gekomen. Naar mijn idee was het een positieve stap, dat zij zich binnen de interactie zo duidelijk naar buiten richtte. De wedstrijdssituaties, die ik als werkvormen gebruikte hadden volgens mij onder andere daaraan bijgedragen en een verandering in haar gedrag uitgelokt. Voor mij bleven wel enkele vragen over. In hoeverre moest ik meegaan in de speelse wedstrijd? Wanneer ging het spel de verkeerde kant op? En was mijn interpretatie de juiste? Hebben andere muziektherapeuten gelijke ervaringen opgedaan dan ik? Hebben zij dit ook eens geobserveerd en uitgelokt, wat ik beschrijf als uitdagend gedrag? Wat vinden zij daarvan en hoe zijn hun reacties daarop?

De vragen die bij me over zijn gebleven heb ik vertaald naar dit afstudeerproject. Het thema van deze scriptie is uitdagend gedrag bij mensen met een lichte verstandelijke beperking en sociale fobie. Omdat ik juist nog vele vragen had leek het mij zinvol om deze in een vragenlijst te formuleren en op die manier antwoorden van zo veel mogelijk muziektherapeuten te weten te komen.

In begin ben ik ervan uitgegaan dat het moeilijk zou worden om mensen te motiveren om de vragenlijst in te vullen. Ik verwachtte dat de meeste mensen die ik benaderde geen tijd zouden hebben. Om de motivatie te verhogen heb ik ervoor gekozen om de mensen te bellen om persoonlijk uit te leggen waarover het ging. Mijn verwachting was iemand beter te kunnen motiveren als zij weten voor wie en welk doel zij de enquête zouden invullen. De lijsten heb ik via mail aan de muziektherapeuten verzonden en van de meeste ook via mail teruggekregen.

Ik ben positief onder de indruk, dat er toch meer mensen bereid waren mee te werken. Mijn ervaring is dat velen toch zeer behulpzaam zijn wanneer men ze aan de telefoon heeft en uitlegt waarover het gaat. Het punt is dat het wel moeilijk was om diegenen te bereiken. Meestal sprak ik alleen met antwoordapparaten, wat niet veel opleverde. Van de mensen bij wie ik een bericht heb ingesproken hebben er maar twee teruggebeld. Twee of drie personen heb ik zonder vooraf te bellen alleen gemaïld en zoals verwacht geen antwoorden teruggekregen. Aan de andere kant heb ik vele leuke reacties gekregen, waar juist veel interesse en bereidheid werd getoond.

Oorspronkelijk had ik gepland om de vragenlijsten per post toe te sturen, maar aangezien het veel geld kost om brieven naar Duitsland, Nederland en België te sturen, heb ik dit veranderd. Om het voor de respondent zo makkelijk mogelijk te maken zou er een retourenvelop toegevoegd worden. Door tijdstekort was het handiger om via e-mail te verzenden en deze retour te vragen. Dat was voor de meeste geen probleem, maar drie lijsten werden per post teruggestuurd.

Adressen werden uitgezocht via de websites van de NVvMT (Nederlandse vereniging voor muziektherapie) en de DGMT (Deutsche Gesellschaft für Musiktherapie). Eigenlijk was ik van plan ook via de Belgische beroepsvereniging adressen op te zoeken, maar de website was defect of om een andere reden helaas niet beschikbaar. De websites leverden vooral adressen op van muziektherapeuten die werkzaam waren binnen een eigen praktijk. Bij de NVvMT werd mij ook aangeboden om de enquête verder te verspreiden aan therapeuten die met deze doelgroep werken. Twee antwoorden kwamen hiervan retour. In Duitsland werd dit ook door twee andere therapeuten aangeboden wat niet veel resultaat opleverde, namelijk maar één extra antwoord.

In het geheel heb ik in Duitsland en Nederland rond de veertig muziektherapeuten benaderd. Vaak heb ik (herhaaldelijk) niemand bereikt en werd ik ook maar twee keer teruggebeld wanneer ik daarom had gevraagd. Uiteindelijk heb ik aan ongeveer 20 mensen de enquête verzonden en hiervan 14 ingevulde lijsten retour gekregen. Via de NVvMT werden nog rond 10 exemplaren verspreid en in Duitsland door de twee therapeuten per persoon tevens ongeveer 10 exemplaren.

Tijdens het hele proces van het afstudeerproject werd voor het begin en tijdens het schrijven van deze scriptie een literatuurstudie gedaan om mijn werkmodel met een theoretisch kader te onderbouwen. Het bleek dat er nog niet zo veel gepubliceerd is over sociale fobie bij mensen met een

verstandelijke beperking, die niet in verband met autisme voorkomt. Doordat er maar weinig literatuur te vinden was, is het daarom juist belangrijk (en uitdagend) om meer inzicht te krijgen over dit onderwerp.

Dankwoord

Vele mensen hebben een aandeel gehad bij het ontstaan van deze scriptie. Het begint allemaal in 2008 tijdens de stageperiode met de cliënte met wie ik dit proces mocht ervaren. Het is een wederzijds gebeuren, daarom menigmaal dank voor het vertrouwen! Aan Tineke Minderhoud en René Koelemaj als mijn stagebegeleiders hartelijk dank voor de begeleiding door een bewogen stagejaar, dat naar het einde toe steeds meer succes en waardevolle ervaringen over had voor de ontdekking door mij. Het is een zeer belangrijke tijd voor me geweest, waar ik graag op terugkijk en vandaag nog veel van meeneem! Mijn vriendin en toenmalige medestudente Nadine Mennicken heeft mij trouw door dit hele schrijfproces begeleid en mij steeds gesteund bij al mijn kleine en grote probleempjes bij het tot stand brengen van deze scriptie. Bedankt voor alles luisteren, de herhaaldelijke telefoongesprekken en het toespreken van zo veel moed! Dank daarvoor dat jij altijd geloofde, dat ik mijn studie zou kunnen afronden op momenten, wanneer het voor mij even niet zo uitzag. Nu tijdens het afstuderen is het ook tijd Renate Ossenberg- Engels te bedanken voor haar inzet en de begeleiding bij mijn persoonlijke groeiproces. Zij heeft zeker ook een aandeel aan het afronden van deze studie. Dank ook aan alle docenten, die me door mijn hele studie begeleid hebben en vooral mijn scriptiebegeleider Katinka Poismans voor haar geduld bij de begeleiding van mij bij het schrijven van dit werkstuk. De respondenten die geantwoord hebben dank voor de interesse en de motivatie voor het invullen van de vragenlijsten en ook voor diegene die de lijst zelfs nog verder verspreid hebben. Tenslotte bedankt alle helpende handen voor de tijd bij het lezen en corrigeren van deze scriptie!

Hoofdstuk1 Inleiding

1.1 Opbouw van de scriptie

Na het voorwoord en de dankzegging is de scriptie onderverdeeld in drie gedeeltes. Het eerste deel met de inleiding. Onder paragraaf 1.2 verhelderende informatie over het probleem dat ik door stage ervaringen tegen ben gekomen en dat aanleiding gaf voor dit onderzoek. Daarna volgt de formulering van een vraagstelling in paragraaf 1.3 en de bijbehorende doelen beschrijf ik onder paragraaf 1.4. Dit eerste gedeelte sluit af met paragraaf 1.5 waarin ik een beschrijving van mijn werkmodel geef om een beeld te schetsen van mijn methodisch werken binnen individuele muziektherapie bij een cliënte met sociale fobie en een lichte verstandelijke beperking. Ik beschrijf welke uitgangspunten ik belangrijk vond die mijn handelen en de keuze van werkvormen hebben beïnvloed. Verder ga ik op in waardoor mijn attitude bij deze cliënte gekenmerkt was.

In het tweede gedeelte vanaf hoofdstuk 2 bespreek ik de literatuur die de betekenis van de belangrijkste begrippen uit mijn vraagstelling verder verdiept en tot onderbouwing van mijn werkmodel kan bijdragen. Allereerst komt onder paragraaf 2.1 een beschrijving van angst in het algemeen en daarna dan specifiek over sociale fobie (2.2). Omdat de casus waarop dit onderzoek gebaseerd is te maken heeft met een vrouw met een lichte verstandelijke beperking wordt dan de theorie toegespitst op angststoornissen bij mensen met een beperking (2.2.1). Dit hoofdstuk wordt besloten met paragraaf 2.2.2 en 2.2.3 waarin eerst verder belicht wordt welke behandelingsmogelijkheden bestaan bij angststoornissen in het algemeen en daarna gericht op muziektherapie.

Over het begrip uitdagend gedrag zijn veel interpretaties mogelijk. Om nader onder loep te nemen wat in dit onderzoek daaronder wordt verstaan start hoofdstuk 3 met het verzoek van een definitie. Onder paragraaf 3.2 wordt het perspectief breder, zodat met behulp van de ontwikkelingspsychologie achtervraagt wordt welke betekenis uitdaging kan hebben binnen de levensloop van de mens. Dit stukje heeft zich eerst bezig gehouden met de cliënt en daarna wordt dit omgedraaid, zodat de mogelijkheden die uitdaging de therapeut kunnen bieden in de vorm van uitlokkingstechnieken nader worden onderzocht. Onder paragraaf 3.3.1 zullen eerst verbale uitlokkingstechnieken bekeken worden, daarna ga ik kort in op non- verbale technieken en onder paragraaf 3.3.3 beschrijf ik de door Kenneth E. Bruscia geformuleerde muzikale technieken. Als besluit van dit hoofdstuk heb ik mezelf afgevraagd of er voorwaarden van belang zijn om cliënten uit te kunnen lokken. In de literatuur wordt in dit verband de therapeutische relatie genoemd. Dit wordt aangegeven onder paragraaf 3.4.

Het derde gedeelte omvat alle belangrijke aspecten die de opzet van dit kwantitatief onderzoek bevatten. Hoofdstuk 4 start met een beschrijving van de opzet, gaat dan in op het onderzoekstype (4.2) en daarna wordt in paragraaf 4.3 ingegaan op de methode. Evenals hoe de data- verzameling en de analyse van de data vorm heeft gekregen. Dit hoofdstuk beschrijft als laatste onder paragraaf 4.6 welke kwaliteitscriteria in dit onderzoek van belang zijn geweest. Hoofdstuk 5 presenteert de uitkomsten van het onderzoek die in de discussie onder paragraaf 5.2 beoordeelt en afgewogen worden en leiden tot een koppeling tussen het oude werkmodel en de nieuwe kennis. De samenvatting aan het einde (paragraaf 5.3) geeft in het kort de grove lijnen van de scriptie weer en is de laatste punt voor de literatuurlijst, waarin alle gebruikte bronnen zijn opgenomen. In de bijlage zijn de vragenlijsten opgenomen die gebruikt werden en de bij de analyse van de lijsten gehanteerde codeerschema, zoals de uitkomsten in de vorm van frequentieberekeningen en grafieken.

1.2 Probleemstelling

De aanleiding voor deze scriptie geeft een stage-ervaring tijdens individuele muziektherapie. De jong volwassen vrouw met wie ik een half jaar werkte heeft een lichte lichamelijke beperking en kenmerken van een sociale fobie. De cliënte waar het om gaat woont sinds enkele jaren zelfstandig en werkt in een van de bedrijven van Stichting Arduin.

Mensen met een verstandelijke beperking ervaren beperkingen in het intellectuele functioneren en belemmeringen in het adaptieve gedrag (conceptuele, sociale en praktische vaardigheden). Het aanpassingsgedrag is daardoor in min of meerdere mate aangetast. Een beperking ontstaat voor de leeftijd van 18 jaar (Došen, 2005, p.19) en de ontwikkeling verloopt tevens langzamer dan gewoon. Bestaat er naast een verstandelijke beperking nog een sociale fobie, wordt de sowieso al vertraagde ontwikkeling van mensen door de angst nog sterker belemmerd. Sociale fobie komt volgens Došen (2005, p. 311) betrekkelijk vaak bij mensen met lichte en matige beperking voor. Volgens hem kan deze angststoornis activiteit ernstig onderdrukken en zelfs leiden tot een teruggetrokken en passief bestaan. Sociale fobie is een angststoornis die als centrale kenmerk inhoudt dat mensen bang zijn door anderen kritisch beoordeelt of belachelijk gemaakt te worden. De sociale interactie staat bij deze vorm van angst op de voorgrond en de angst kan leiden tot sterk vermijdingsgedrag van allerlei sociale situaties. Welke dat zijn is afhankelijk van de ervaringen die de persoon in het verleden heeft opgedaan. Dagelijkse routine, beroepsmatig functioneren, sociale activiteiten en relaties aangaan met anderen is in sterke mate beïnvloedt (Van Balkom, 2001).

Dit uit zich bij de cliënte door onzekerheid, die op alle levensgebieden tot uiting komt, o.a. ook op het werk. Haar gedrag is gekenmerkt door aarzelend te handelen en ook in gesprek zeer voorzichtig en vaak teruggetrokken te reageren. Lichamelijk is zij gespannen. Het is zichtbaar aan opgetilde schouders, starre houding en de bange mimiek in haar gezicht. Bij de begroeting blijft zij op afstand, maar is wel altijd beleefd en vrolijk. Zij heeft moeite met veranderingen. Zij laat zich door b.v. een veranderde opstelling instrumenten onzeker maken. Het is opvallend, dat zij veel moeite heeft om een keuze te maken. In begin kan zij moeilijk een keyboardklank kiezen. Dit duidt daarop dat zij weinig zelfvertrouwen heeft. Aan de andere kant lijkt zij wel nieuwsgierig te zijn. Nieuwe dingen, die tijdens de sessie voorgesteld worden, wil zij graag uitproberen. Daarbij is zij wel zeer meegaand en vindt bijna alles goed. Nee zeggen is daarom moeilijk en gebeurt alleen op navraag. Initiatief nemen kan zij nog niet vanuit zichzelf. Muzikaal is zij in begin vooral op haar eigen spel gericht, vooral bij improvisaties. Het is wel af en toe sprake van muzikaal contact, maar zoekt zij het contact niet actief op.

De sterke onzekerheid en de lichamelijke gespannenheid zijn uitgangspunt voor behandeling. In de eerste fase is de doelstelling veiligheid te bieden en vertrouwen te creëren. Op welke manier deze doelen omgezet werden beschrijf ik gedetailleerder onder paragraaf 1.5 Mijn werkmodel.

Aan het eind van fase 1 heb ik als therapeutische techniek uitlokking ingezet, om het rigide gedrag van de cliënte te doorbreken. Met name het eindeloos doorspelen bij vrije improvisaties op steeds dezelfde manier en de gerichtheid op haarzelf, zodat zij de ander nauwelijks waarnam.

Iets uitlokken kan zowel betekenen iemand te verleiden om een positieve als ook een negatieve reactie te laten zien. In verschillende woordenboeken (Van Dale 1983, 1996 en 2003) zijn allebei mogelijkheden beschreven. Mijn doelstelling om deze technieken toe te passen wordt door de volgende omschrijving het beste weergegeven. "Uitlokken (...) iets uitlokken: er door je houding of gedrag voor zorgen dat iets gebeurt (...)" (Van Dale, Basiswoordenboek Nederlands, 1996, p.512). Uitlokking kan als techniek op verschillende manieren vorm krijgen bijvoorbeeld verbaal, maar ook non-verbaal door mimiek, gebaren, een bepaalde lichamelijke houding en door het karakter van het muzikaal spel.

Muzikale uitlokkingstechnieken die binnen improvisaties gebruikt kunnen worden heeft Kenneth E. Bruscia beschreven (1987). Hij benoemt een zestal technieken die verschillende doelen kunnen nastreven (specifieke uitleg zie paragraaf 3.3.2 Muzikale uitlokkingstechnieken). Het bleek bij deze cliënte, dat technieken die doelen op het krijgen van een antwoord binnen vrije improvisatie het meest geschikt waren, zoals repeating (Het herhalen) en modelling. Making space was bij haar minder effectief, omdat zij steeds zonder pauzes doorspeelde. Om dezelfde reden was het in de eerste fase ook niet mogelijk om interjecting (Tussenvoegingen), extending (Uitbreiding) en completing (Het afronden) binnen vrije improvisatie te gebruiken. Wel kwamen de laatste drie tot inzet binnen voorgestructureerde werkvormen.

Na een tijd van ongeveer twee maanden gebeurd een rolwissel. Eerst was ik diegene die uitlokte, maar vanaf dit moment ging zij mij uitdagen. Door haar initiatief kwamen wij steeds weer in een soort strijd terecht. Het leek op een wedstrijd waarbij zij probeerde zo snel en hard mogelijk te spelen. Bij uitdaging zullen de meeste mensen meteen denken aan agressie, maar in dit onderzoek wordt dit niet daaronder verstaan. Er is namelijk verschil tussen agressieve uitingen en uitingen die als doel hebben eigen levensenergie te mobiliseren in de zin van assertiviteit. Volgens Schuur (2005) is uitdagend gedrag in de brede zin een vorm van agressie. Het doel is het eigen territorium uit te breiden en door het verleggen van grenzen meer persoonlijke ruimte te scheppen. De vergroting van levensruimte door het mobiliseren van levensenergie. Agressie wordt beschouwd als positieve levensenergie die helpt om te overleven en daardoor een vorm van zelfhandhaving is. Wanneer het afreageren en nastreven van bepaalde doelen ten koste van anderen gaat is dit geweld. (Schuur, 2005, p. 23-27). Geweld wordt beschouwd als negatieve agressie.

Aan deze tweede fase van behandeling ging vooraf dat zij aan het eind van fase 1 minder gespannen overkwam en vaak plezier beleefde. Een keer was ik voor een sessie afwezig. Toen de andere muziektherapeute het overnam gaf zij haar veel meer ruimte, omdat zij het verschil in gedrag opmerkte. Zij liet haar vooral zelf de beslissingen nemen voor wat zij wilde doen binnen de sessie. Naar deze ene sessie van een ander therapeut kwam het uitdagen in haar gedrag bij de werkvormen regelmatig terug. In fase twee van het therapeutisch proces veranderde de doelstelling van de behandeling naar het stimuleren van meer expressie. Het kwam veel meer wederkerige interactie tot stand, waarvan op muzikaal gebied uitdaging kenmerkend was voor deze fase. Op details ga ik nader in paragraaf 1.5. Positief aan het uitdagend gedrag is de dynamiek en de kracht die ontstonden. Het was heel opvallend in vergelijking met de eerste fase van het therapeutisch proces dat er veel interactie was. Daarmee samen gingen ook buitenmuzikale gedragingen. Bijvoorbeeld vertelde de cliënte veel meer wat zij op het werk deed, in haar vrije tijd en over haar hobby. Aan de andere kant gebeurde het, dat binnen een werkvorm de dynamiek niet meer stopte. Dat wil zeggen dat bijvoorbeeld een versnelling gespeeld wordt met tegelijkertijd hardere dynamiek. De spanning is op het hoogtepunt, gaat dan terug en bouwt weer op. Dit spel gaat dan steeds weer en weer herhaald worden en komt geen einde aan de interactie. Ook kan er gebeuren dat binnen deze speelse wedstrijd twee gelijke personen tegenover staan, zodat het op hetzelfde niveau blijft staan. Niemand is dan "winner".

De ervaring met deze situatie heeft bij mij persoonlijk enkele vragen opgeroepen. Ik ben het volgende probleem tegen gekomen. Op het moment zelf heb ik aan het uitdagende gedrag een positieve waardering gehecht en het vooral intuïtief verder gestimuleerd. Ik kon me niet voorstellen, dat het duidelijk naar buiten gerichte gedrag bij een teruggetrokken en geremde persoon slecht was voor de ontwikkeling. Het was ook de bedoeling, dat zij zich (muzikaal) meer kon uiten. Alleen vroeg ik me af, wat de volgende stap in behandeling zou kunnen zijn. Hoe ver moest de wedstrijd gaan? Moest ik een grens trekken en stop zetten als nodig? Wat komt daarna? De cliënt richt zich duidelijk naar buiten en uit zich duidelijk, dus is dit doel bereikt. Blijft over de vraag of mijn positieve waardering terecht was en hoe de volgende fase van behandeling eruit zou moeten zien.

Was het mogelijk geweest om sneller terecht te komen in de tweede fase van het therapeutisch proces door uitlokkingstechnieken bijvoorbeeld vroeger in te zetten? Of was later juist beter geweest, want tussen de eerste inzet van uitlokking en haar uitdagende reactie was nog redelijk veel tijd overgegaan. Rond anderhalve maand duurde het voordat zij meer kracht liet zien en rond de drie maanden voordat uitdaging te zien was. Deze fase is voor het therapeutisch ontwikkelingsproces volgens mij een belangrijke stap geweest. Dit kwam zowel muzikaal tot uitdrukking als ook door verminderde lichaamsspanning, meer openheid in het contact met elkaar en meer zelfvertrouwen. Natuurlijk kan ook een andere factor van invloed zijn geweest op het ontstaan van meer interactie. Een aandachtspunt kan de ruimte zijn, die de andere therapeute tijdens mijn afwezigheid liet en wat ik toen oppakte. Dat het therapeutische proces tijd nodig had om tot wederkerige interactie te komen kan ook door persoonlijke dingen beïnvloed zijn. Namelijk kan een rol gespeeld hebben, dat ik als stagiaire eerst tijd nodig had om binnen de rol als leidinggevende van de sessies te groeien. Aan de andere kant zou juist de langzame start voor het winnen van vertrouwen voor deze cliënte met kenmerken

van sociale fobie goed zijn geweest, zodat minder tijd in het begin de mogelijkheden voor ontwikkeling geremd zoude kunnen hebben.

Om ontwikkeling bij een angstige persoon mogelijk te maken is het opbouwen van een stabiele relatie tussen therapeut en cliënt van groot belang. Is maar de vraag hoe snel het vertrouwen verworven kan worden, zodat het samen beleven van plezier en het laten ontstaan van muzikale klanken de spanning kan laten verminderen. En dit is volgens mij voorwaarde voor de anderen fasen van behandeling geweest. Zeker is van belang te begrijpen welke muzikale technieken dit proces op gang kunnen brengen.

Om te weten te komen welke betekenis uitdaging heeft is het van belang om het binnen een groter kader te bekijken en het een plek te geven binnen de theorieën over de ontwikkeling van de mens. Juist voor mij als beginnend muziektherapeute is het van belang om een antwoord op de vraag te krijgen of uitdagend gedrag van de cliënt binnen een individueel therapeutisch proces een indicator voor verandering kan zijn.

In de huidige tijd is steeds meer vraag naar wetenschappelijke onderbouwing van wat men binnen een therapeutische behandeling doet. De hogescholen moeten door het doen van praktijkonderzoek een bijdrage leveren aan de professionalisering, zodat de het beroep zich blijvend kan ontwikkelen binnen de zich "ontplooiende kenniseconomie" (Smeijsters, 2005). Alleen intuïtief werken wordt niet meer als professioneel handelen gezien. Criteria als transparantie, efficiëntie en effectiviteit zijn belangrijk geworden voor het beroepsmatig handelen (Smeijsters, 2005, p. 35). Daarom is het noodzakelijk om de eigen methodiek te verbreden door het handelen een theoretische onderbouwing te geven.

1.3 Vraagstelling

Kun je uitdagend gedrag in een bepaalde fase van een muziektherapeutisch proces zien als een positieve indicatie voor de ontwikkeling van meer zelfvertrouwen en sociale interactie bij een cliënt met een verstandelijke beperking en sociale fobie?

Subvragen:

1. Treedt uitdagend gedrag altijd op binnen individuele muziektherapie?
2. In welke fase van een muziektherapeutisch proces?
3. Is bij het optreden van uitdagend gedrag sprake van meer zelfbewustzijn en meer levensenergie?
4. Is uitlokking van uitdaging een geschikt therapeutisch middel?
5. Wanneer zal dit middel binnen het therapeutisch proces bewust ingezet worden?
6. Zijn er therapeuten die dit middel inzetten?
7. Welk kenmerk heeft de therapeutische relatie van deze therapeuten?

1.4 Doelstelling

Het doel van deze scriptie is het verhelderen van drie dingen, die van belang zijn voor het beantwoorden van de vraagstelling. Voor theoretische onderbouwing is het van belang een overzicht van literatuurbronnen te hebben, zodat duidelijk wordt, dat aan de ene kant uitdagend gedrag binnen muziektherapie een positieve indicatie kan zijn voor de ontwikkeling van de cliënt en aan de andere kant de inzet van uitlokkingstechnieken een geschikte therapeutische middel is. Aan het einde van deze scriptie heb ik door mijn reflectieproces een duidelijk beeld van mijn eigen werkmodel, hoe het tijdens het therapeutisch proces met deze problematiek plaats heeft gevonden. Dit kan bijdragen om uitlokking bewuster als therapeutische interventie en/ of als muzikale techniek in te kunnen zetten. Als derde punt wil ik na afloop van het onderzoek een overzicht kunnen opstellen, of andere muziektherapeuten uitdagend gedrag binnen behandeling ook kunnen waarnemen bij deze doelgroep, hoe zij daarmee omgaan en hoe zij daarover denken.

De kennis die hier verzameld wordt is waardevol voor het beroep. Enerzijds voor mezelf als beginnend beroepsbeoefenaar en professional om op basis van de ervaringen met deze thematiek mijn eigen attitude, kennis en vaardigheden verder te ontwikkelen. Door mijn werkmodel te kunnen benoemen heb ik ook de mogelijkheid om het verder te ontwikkelen. Dit onderzoek levert een bijdrage aan het verfijnen en afmaken van mijn werkmodel, om het zo goed mogelijk af te stemmen op de

doelgroep en het probleemgebied. Het model wordt getoetst aan de ervaringen van andere therapeuten door middel van de vragenlijst. Uiteindelijk zijn dit de eerste stappen om aan de theorie uit de praktijk een abstract, wetenschappelijk niveau toe te voegen. Men spreekt van de theorie met een kleine t, die gebracht wordt naar de theorie met een grote T (Smeijsters, 2005, p. 60). “De kennis was tijdens het proces van leren beheersen van werkmodellen expliciet, maar wordt geleidelijk impliciet in de persoon verankerd” (Smeijsters, 2005, p.60). De therapeut kan spontaan en soepeler reageren, waardoor de kwaliteit van zijn behandeling verbetert.

Over uitlokking is weinig geschreven, daarom is het goed om literatuur omtrent het thema sociale fobie en uitlokkingstechnieken te verzamelen om een overzicht te krijgen wat relevant is bij deze thematiek. Het kan de bestaande theoretische kennis op dat gebied aanvullen en het bestaande aanbod aan methoden, interventies, technieken et cetera verrijken.

Het onderzoek legt mijn ervaringen voor aan andere muziektherapeuten, die met de doelgroep hebben gewerkt. Het is waardevol om mijn ervaringen met uitlokkingstechnieken met anderen te delen en te achtervragen. Zo kan meer bewustzijn ontstaan voor het inzetten van uitlokkingstechnieken binnen de praktijk. Soms zetten therapeuten deze middelen al in, maar zijn zich van het belang nog niet zo bewust. Dan is het belangrijk, om opmerkzaamheid te creëren dat uitlokking waarde heeft om assertiviteit en de zelfredzaamheid van de cliënt te mobiliseren. Deze kennis te delen is vandaag zeker nuttig, omdat het steeds vaker empowerment een belangrijk steekwoord is tijdens het opstellen van behandelplannen in de gezondheidszorg (Smeijsters, 2006). Empowerment is gericht op de mogelijkheden van de cliënt in plaats van de beperkingen die door een problematiek veroorzaakt wordt.

Voor studenten kan het interessant zijn om na te denken over de inzet van uitlokkingstechnieken (bijvoorbeeld tijdens de stageperiode) en kunnen de hierin verwerkte resultaten van mijn literatuurstudie misschien impulsen geven voor eigen ideeën, werkstukken etc. en kan aanmoedigen om dit soort technieken in het eigen repertoire een vaste plaats te geven.

Deze scriptie is voor iedereen interessant, die geïnteresseerd is in de thematiek uitdagend gedrag binnen muziektherapeutische behandeling bij cliënten met sociale fobie en een verstandelijke beperking en daarover meer informatie wil lezen. Daarbij denk ik bijvoorbeeld aan alumni of andere muziektherapeuten die werkzaam zijn met deze doelgroep en deze problematiek.

1.5 Mijn werkmodel

In deze paragraaf wil ik iets uitgebreider beschrijven hoe ik tijdens stage te werk ben gegaan en welke ideeën daarachter stonden. Ik volg daarbij de thema's van het klinisch redeneerproces zoals beschreven bij Smeijsters (2006).

1.5.1 Cliëntbeschrijving

De nu volgende beschrijvingen zijn een combinatie van aspecten die door de cliënte respectievelijk haar persoonlijk assistente worden benoemd, aangevuld met mijn eigen observaties. Een persoonlijk assistent is een deskundige die inhoudelijke steun aan de cliënt kan bieden. Hij of zij kan helpen als “advies, diagnostiek, hulp, ondersteuning, of behandeling gewenst is, m.n. op medisch of paramedisch gebied, op het gebied van psychische-, psychomotorische- of taalontwikkeling, psychische- en/of gedragsstoornissen (Internetpagina van Stichting Arduin, geraadpleegd op december 2009).”

Het meest opvallend aan de cliënte is haar onzekerheid, die op alle levensgebieden tot uiting kan komen (in therapie, op werk etc.). Zij reageert vaak aarzelend in haar handelen of b.v. in gesprek. Lichamelijk lijkt zij altijd gespannen. Dit is te zien aan opgetilde schouders, starre houding of aan de bange mimiek in haar gezicht. Heeft zij de ruimte, dan blijft zij bij de begroeting liever op afstand. Daarbij is zij wel altijd beleefd en vrolijk. Muzikaal is zij bij vrije improvisaties vooral op haar eigen spel gericht en nauwelijks met de ander bezig. Zij heeft nog een beperkte repertoire aan muzikale expressieve mogelijkheden. Tijdens vrije improvisatie op het keyboard speelt zij steeds op dezelfde manier, zonder pauzes, bijna gedreven met weinig / geen contact met de therapeut als medespeler. Daarbij kan zij moeilijk een einde vinden. Bij gestructureerde werkvormen is zij zeer onzeker en lijkt zij bang te zijn om te falen. Bij het zingen van bestaande liederen is haar spanning ook in haar stem te horen, zodat soms de tonen zeer geperst klinken.

De cliënte heeft moeite met veranderingen. Een voorbeeld vanuit een therapiesessie is, dat zij bij een werkvorm precies dezelfde opstelling instrumenten neerzette. Zij kan moeilijk keuzes maken, vaak probeert zij b.v. meerdere keer alle keyboardklanken uit, voordat zij een kan kiezen.

Aan de andere kant blijkt, dat zij zeer nieuwsgierig is. Zij wil graag de nieuwe dingen uitproberen, die in de sessies aan haar aangedragen worden. Zij is daarin wel zeer meegaand, dat wil zeggen, dat zij bijna alles goed vindt. Vanuit haarzelf nee zeggen is voor haar nog moeilijk, dat gebeurt meer wanneer ik navraag. Ook initiatief nemen kan zij nog niet vanuit zichzelf.

1.5.2 Probleemgebieden en doelstellingen

Vanuit de hulpvraag van de cliënte en mijn eigen observaties heb ik drie probleemgebieden vastgelegd (1 Onzekerheid & spanning, 2 Interactie en assertiviteit, 3 Uiting van emoties & expressie). De cliënte ondervindt de meeste problemen door onzekerheid en de daardoor opgeroepen spanningen. Dit beperkt in sterke mate de sociale interactie met anderen en maakt het tevens moeilijk voor haar om voor zichzelf op te komen (assertiviteit). De remming die door sociale fobie ontstaat maakt het ook moeilijker om uiting te geven aan emoties en beperkt daarmee de expressie. De hoofddoelstelling kan per probleemgebied vertaald worden naar meerdere doelen, die als kader gediend hebben voor de behandeling.

1 Onzekerheid & spanning

De cliënte:

- ervaart veiligheid binnen een voor haar nieuwe situatie.
- is lichamelijk minder gespannen.

2 Interactie & assertiviteit

De cliënte:

- ervaart haar eigenheid.
 - (b.v. waar houdt zij van, wat vindt zij goed, spannend of moeilijk)
- verkent haar mogelijkheden.
- brengt meer structuur aan in haar spel.
- neemt binnen de muzikale interactie tussen therapeut en cliënt een actieve rol in.
 - (b.v. samenspelen, ruimte nemen en initiatief nemen)
- maakt makkelijker keuzes.
- kan nee zeggen.

3 Uiting van emoties & expressie

De cliënte:

- maakt eigen emoties binnen muzikale expressie hoorbaar.
- ervaart door inzet van verschillende dynamiek de verschillende kwaliteiten van emoties.

Hoofddoelstelling

Het ontwikkelen van een positiever zelfbeeld van de cliënte, verminderen van onzekerheid, ontlading van spanning en het bevorderen van de eigen rol binnen sociale interactie.

Dit is de hoofddoelstelling die ik voor mezelf door de hele behandeling nagestreefd heb. De doelen (zie hierboven onder probleemgebieden) zijn aangepast afhankelijk daarvan in hoeverre het therapeutische proces gegroeid is. Er is nooit een probleemgebied geïsoleerd te bekijken, steeds zijn enkele doelen tegelijkertijd aan de orde geweest.

1.5.3 Werkwijze

De probleemgebieden en de gekozen doelen laten zien, dat vooral ontwikkeling de centrale punt van behandeling is. Volgens Smeijsters (2003, p. 54- 55) biedt de ortho-agogische werkwijze een basis om bij mensen met een beperking ontwikkeling te stimuleren.

In verloop van de drie fasen van de behandeling heeft de werkwijze een steeds meer ondersteunend karakter gekregen. De fasen twee en drie zijn sterker supportief van aard dan fase een. Een reden daarvoor is de cliënte geleidelijk aan meer gelijkwaardig de sessies mede te laten bepalen. Ontwikkeling blijft desondanks het belangrijkste doel.

Idee was eerst om geleidelijk in beperkte mate ook re- educatief te werken in hoeverre dat mogelijk was. Op een concreet niveau wilde ik proberen om een link te leggen tussen de situaties in de sessies en daarbuiten in de realiteit. Het idee voor deze overweging is het feit, dat de cliënte vroeger op school gepest werd. Een keer is dat ook gelukt (einde fase 2), toen wij achteraf van een werkvorm over hetzelfde thema begonnen te spreken met de vraag of zij dat buiten therapie herkende. Maar de

rest van de behandeling was dan minder geschikt voor deze werkwijze, omdat fase 3 in het teken van de afronding van de therapie stond.

1.5.4 Uitgangspunten

De uitgangspunten die ik tijdens behandeling gebruik heb zijn een combinatie van de door de stage instelling gehanteerde visie en mijn eigen ideeën. Stichting Arduin stelt alles in het teken van zelfbepaling en ontplooiing. Zij handelen vanuit de opvatting: "Mensen met een verstandelijke beperking zijn volwaardige burgers en participeren in de samenleving, worden als zodanig gerespecteerd en kunnen gebruikmaken van bestaande maatschappelijke faciliteiten (Internet, geraadpleegd op september 2009)." Waar mensen aanvullende woon- en werk-/dagbestedingsmogelijkheden nodig hebben wordt ondersteuning op de volgende manier verleend. 'Gewoon wat kan, speciaal wat moet'.

Voor het werken tijdens mijn behandeling heb ik vooral de volgende aspecten vanuit deze visie omgezet.

- zelf keuzes kunnen maken
- behandeld en benaderd worden met respect en waardigheid
- hulp krijgen die uitgaat van hun mogelijkheden en door middel van deze hulp mogelijkheden verder ontwikkelen en oefenen
- relaties kunnen opbouwen en onderhouden

De visie van Arduin sluit bij mijn eigen houding goed aan. Enkele dingen wil ik nog toevoegen. Mijn attitude is allereerst gebaseerd op gelijkwaardigheid. De cliënte en ik waren bijna even oud, midden twintig. Daarom was ik alert daarop, om met haar niet te kinderlijk om te gaan. Dat houdt in dat ik voor een volwassen benadering het juiste taalgebruik belangrijk vind. Bij voorbeeld niet betuttelend zijn en geen verkleinwoorden gebruiken. Het geven van keuzemogelijkheden vind ik op die leeftijd zeer van belang, zodat de cliënte de kans heeft om zelf te kunnen bepalen. Ook al heeft zij een lichte verstandelijke beperking zou ik niet moeten vergeten, dat ik haar niet als "kind" benader. Om dit nog meer te onderbouwen probeerde ik haar binnen het proces geleidelijk meer verantwoordelijkheid en inspraak in het gebeuren te geven. Dit houdt ook in dat ik haar mening en keuzes respecteer en niet probeer haar om te praten of iets dergelijks. Voor mij was het belangrijk om uiteindelijk de zelfredzaamheid van de cliënte te stimuleren en niet om alleen maar afhankelijkheid te stimuleren, zoals die in begin van een therapeutisch proces makkelijk ontstaat. Ik vond het steeds belangrijker om na te streven de afhankelijkheid geleidelijk te laten verminderen.

Ik hecht zeer veel waarde aan een stabiele therapeutische relatie. Het is voor mij de basis om tot ontwikkeling te komen en daarom ook juist breekbaar bij mensen die hulp zoeken vanwege een probleem. Clarkson (1999) beschrijft de relatie als belangrijke factor voor het succes van een psychotherapeutische behandeling. Misschien zelfs dé belangrijkste factor.

Om dit in de praktijk om te zetten is enerzijds de sfeer van belang die door mij als therapeute gecreëerd wordt en anderzijds hoe dat op niveau van de relationele vaardigheden omgezet wordt.

De sfeer moet zodanig zijn, dat de cliënte zich welkom voelt. Juist ook bij iemand die geremd is door angsten op sociaal vlak is het noodzakelijk, dat diegene positief bejegend wordt. Anders zullen de bestaande angsten alleen maar groeien en niet verminderen.

De muziektherapeut moet volgens mij warmte en openheid hebben en handelen vanuit onvoorwaardelijke acceptatie, zoals Rogers (in: Egan, 2004) dit heeft benoemd. Empathie is van belang sowieso bij iedere doelgroep, maar bij sociaal angstige mensen des de meer, omdat zij meestal zeer aangepast zijn in hun gedrag. Zo was dat ook bij deze cliënte die steeds zeer beleeft en meegaand was en bijvoorbeeld geen duidelijke mening had. De rustige uitstraling van mij als therapeute is zeker medebepalend voor de sfeer. Dit merkte ik ieder moment, wanneer ik in begin nog niet altijd zo zelfzeker was in fase 1 van deze behandeling tijdens stage. De spanning wordt aan de ander overgedragen. Als therapeute authentiek te zijn was voor mij net zo belangrijk, dan rustig over te komen. Wanneer iets misging kon ik ook even over mezelf lachen. Zo was te zien, dat ik als therapeute ook wel eens kan falen en dat dat zelfs grappig kon zijn.

Een ontspannen sfeer wilde ik ook door de opvatting creëren, dat de muziektherapeutische behandeling een plek is om plezier te beleven, die niet beoogt prestatiedruk op te bouwen. Dit is tevens ook juist bij deze doelgroep van belang. Sociaal fobische mensen hebben vaak last van faalangst. Mij is opgevallen, dat hierbij de van mij ingezette humor een belangrijke rol heeft vervuld.

1.5.5 Methodische uitgangspunten

Meerdere overwegingen hebben binnen het therapeutisch proces een rol gespeeld. Allereerst ga ik daarvan uit, dat psyche en lichaam, denken en voelen een geheel vormen (Kast, 2007). Ik beschouw deze niet, zoals vroeger gedaan werd, als aparte delen, die elkaar niet beïnvloeden. Zo zal ik verwachten, dat lichamelijke beweging ook op de andere delen uitwerking heeft, b.v. losmaken van spierspanning leidt tot ontspanning (evt. lachen) en lichter humeur. (Sommerijns, Knapen & Coppenolle, 2005). Beweging was geïntegreerd in werkvormen, zodat de cliënt verleid werd door grote of snelle beweging op instrumenten mee te doen. Dit sluit aan bij mijn voorstelling dat plezier de beste motivatie voor muziektherapie is (Hermans, Eelen, & Orlemans, 2007). Moed en vertrouwen is bij een mens met kenmerken van sociale fobie, wel dan niet in combinatie met een verstandelijke beperking, minder goed ontwikkelt (Balkom, Dyck, & Oppen, 2001 en Došen, 2005). Om deze wel de kans tot ontwikkelen te geven is een sfeer, waarin plezier beleefd wordt volgens mij een zeer belangrijke basis. Door zo goed mogelijk aan te sluiten bij de muzieksmaak en evt. lievelingsinstrumenten kan ikzelf als therapeut me beter inleven in de cliënt en zo wordt de kans vergroot impulsen voor ontwikkeling te kunnen bieden (Smeijsters, 2006). Juist omdat de cliënte ook een lichte verstandelijke beperking had was het voor mij nog belangrijker om te ontdekken waar de mogelijkheden zijn in plaats van de moeilijkheden uit te gaan. Natuurlijk worden de mogelijkheden bepaald door de naarmate van de beperking. Maar juist door deze vorm van therapie is het mogelijk door het doen nieuwe ervaringen op te doen (Smeijsters, 2006).

Daarbij wilde ik niet alle verantwoordelijkheid bij mij leggen, maar ook bij de cliënt laten. Dit sluit aan bij de benadering volgens Arduin, maar is ook belangrijk om de zelfredzaamheid te stimuleren. Bijvoorbeeld door haar zo veel mogelijk te betrekken bij beslissingen en keuzemogelijkheden aan te bieden.

1.5.6 Methode

Als methode heb ik doorgaans actieve muziektherapie gebruikt. Alleen af en toe werden receptieve werkvormen (b.v. meegebracht cd beluisteren, met microfoon met een cd meezingen) ingezet. Deze waren vooral bedoeld, om haar muzieksmaak beter te leren kennen en om mezelf beter te kunnen verplaatsen in haar leefwereld, zodat ik beter aan kon sluiten.

1.5.7 Methodische stappen

Fase 1	Begin	9 weken
---------------	--------------	----------------

Doelen

Aan het begin van de behandeling staat alles in het teken van kennismaking en het winnen van vertrouwen door veiligheid te bieden (Zie ook de doelen geformuleerd bovenaan bij het probleemgebied onzekerheid & spanning). Kennismaking betreft mij als persoon en ook de muzikale vormgeving, het leren kennen van instrumenten en materialen. Meteen vanaf begin is ook het maken van keuzes een doelstelling. Meestal door de keuze te geven van twee dingen iets uit te kiezen.

Leiding geven/ rol therapeut

Als therapeute heb ik nagestreefd om veiligheid door duidelijke afspraken, betrouwbaarheid en voorspelbaarheid te bieden. Activiteiten heb ik binnen de eerste fase van de behandeling meerde sessies lang steeds terug laten komen en geleidelijk nieuwe werkvormen of afspraken bij laten komen. Zo was het mogelijk langzaam aan veranderingen te wennen en door het aanhouden van een bepaalde structuur van de sessies houvast te bieden. De inhoudelijke vormgeving was in deze fase gestuurd door mij, zodat de stijl van leiding geven sterk directief was. Wel was ik altijd alert op haar non-verbaal gedrag om terug te koppelen of ik haar niet overvraagde of dingen aan te passen wanneer ik onduidelijk was in mijn uitleg onder andere.

Opbouw sessie

De opbouw van de sessies was ingedeeld in drie delen. Als een soort opwarming werd de sessie gestart met werkvormen op percussie instrumenten, meestal op conga's die staande bespeeld werden. Later kwamen daar nog andere instrumenten bij (b.v. bekkens, bongo's) Daarna volgde improvisatie op keyboard begeleid door mij op piano. Deze improvisaties waren afhankelijk van de doelstelling van het moment min of meer door spelafspraken gestructureerd (b.v. over begin,

eindsignaal). Afsluiting van de sessie was altijd het zingen van een lied of met pianobegeleiding of met cd. De cd's bracht zij zelf mee.

Technieken

In begin van de behandeling heb ik niet meteen uitlokkingstechnieken ingezet. Als veilige basis waren empathie- en structureringstechnieken meer van belang. In deze fase heb ik pacing en imitating ingezet, iets later ook synchronizing (Bruscia, 1987). Rhythmic grounding, tonal centering en shaping waren voor mij de belangrijkste structureringstechnieken. Uitlokkingstechnieken, zoals Bruscia die benoemt, ben ik pas in de vijfde week (van de 9 weken in de eerste fase) begonnen te gebruiken. Toen wilde ik het steeds gelijke muzikale gedrag doorbreken. Eerst heb ik binnen improvisatie op keyboard (cliënte) en piano (therapeute) door middel van making space geprobeerd (door het geven van meer ruimte) om haar eindeloos spel dat zonder pauze doorliep te doorbreken. Dit is niet gelukt, omdat het volgens mij door haar niet werd opgemerkt.

Toen ik spontaan een verandering aanbracht tijdens de opwarming op conga's kreeg de uitlokking een andere vorm (zie hieronder twee klappen). Het is moeilijk met de termen van Bruscia te beschrijven welke techniek ik daarbij heb ingezet. Repeating en modelling hebben een rol gespeeld, maar net zo goed verbale interventies (Zie hieronder interventies in fase 1).

Werkvormen

Zoals beschreven had de sessie een bepaalde opbouw. De opwarming hebben wij tot in de tweede fase van de behandeling altijd op ritme instrumenten (meestal conga's) gedaan. Het bleek dat het stimuleren van grote bewegingen bij het trommelen beter geschikt was, dan het voor en nadoen van ritmes om de lichamelijke spanning bij haar te verminderen. Volgens mij was het samen spelen van een puls beter geschikt dan de ritmes, omdat daar geen prestatie aan verbonden is.

Een werkvorm is in dit verband zeer belangrijk, want toen die spontaan is ontstaan had ik een kader waarin ik eerst in tempo (vanaf week 5) en iets later ook in dynamiek begon uit te dagen. Ik heb daaraan de naam "twee klappen" gegeven (Zie hieronder).

Twee klappen	
Omschrijving	<ul style="list-style-type: none"> • Reactiespel
Werkwijze	<ul style="list-style-type: none"> • Orthoagogisch- ontwikkelend
Indicaties	<ul style="list-style-type: none"> • Rigide gedragspatroon • Eenzijdig dynamiek • Starre tempokeuze
Doelen	<ul style="list-style-type: none"> • Uitlokking
Uitvoering	<p>Cliënte en therapeut staan tegenover elkaar en ieder bespeelt een conga. Na elkaar geeft iedereen twee klappen op het instrument. Een persoon begint. Wanneer diegene klaar is, speelt de ander meteen zonder pauze door.</p>
Variatie	<ul style="list-style-type: none"> • Het tempo geleidelijk versnellen; zo snel mogelijk spelen. • De dynamiek laten toenemen; zo hard mogelijk spelen. • Dynamiek en tempo tegelijkertijd.
Ervaringen	<ul style="list-style-type: none"> • De werkvorm is laagdrempelig en biedt op eenvoudige wijze de mogelijkheid tot variatie in dynamiek en tempo. • Het biedt een goed kader om sociale interactie te bevorderen. • Een wedstrijd situatie kan creëert worden, die als oefening van assertiviteit kan dienen. • Door inzet van humor (verbaal; fysiek) is het makkelijk plezier te beleven. • Verbale interventies (bijvoorbeeld roepen, dat je niet gelooft dat het nog sneller kan) bevorderen het muzikale spel.

Figuur 1 Werkvorm 'Twee klappen'

In de eerste fase was aan het begin moeilijk om interactie en contact in het samenspel te bereiken. Daarom waren de werkvormen eerst meer "trainingsgericht" opgesteld, dat wil zeggen voorgestructureerd door spelafspraken. De afspraken kunnen onder andere inhouden wie begint bij

ritmespel en wordt de leidende rol gewisseld. Bij improvisatie op keyboard en piano ging het meestal om begin en einde van het spel en daarom wel of niet met een eindsignaal. De spelafspraken hebben gediend om samenspel te creëren op een voorgestructureerd niveau. Door de afspraken was het nodig zich op de ander te richten. Zonder afspraken was dat vooral bij de improvisatie nauwelijks het geval.

Pas vanaf het moment dat ik uitlokking als techniek ging gebruiken was er eerst bij de opwarming op trommels en later geleidelijk ook tijdens improvisatie op keyboard en piano meer contact mogelijk.

Interventies

Vanaf begin van de behandeling was voor mij belangrijk om complimenten te geven voor dingen, die positief waren en die ik daarom wilde bevorderen. Complimenten zijn goed om succeservaringen op te doen en vooral bewust te worden daarvan. Bijvoorbeeld sloeg zij in deze fase in week 7 bij de opwarming heel krachtig op de conga. Ik merkte dat meteen op, zei letterlijk tegen haar wat ik hoorde en vroeg ook daarna of zij goede zin had. Soms heb ik beeldspraak gebruikt om dingen een naam te geven. Bijvoorbeeld heb ik tijdens de opwarming, toen we bezig waren samen een puls op conga's te spelen, gezegd, dat de olifant ging lopen. Ik wilde haar grote bewegingen laten doen om haar verkrampde schouders iets te laten ontspannen. Zij had meteen sprankelende ogen, het sloot dus goed bij haar belevingswereld aan. Uitdaging van haar tijdens "twee klappen" door tempo te verhogen heb ik ook duidelijk verbaal ondersteund. Ik riep terwijl we tempo al een stukje versneld hadden of het nog meer kon en dat ik dat niet geloofde. Zij lachte, werd sneller en had zo een vast besloten gezichtsuitdrukking.

In week 8 heb ik voor de werkvormen voor opwarming nog een bij verzonnen. "Rundlauf" is een werkvorm die een beetje lijkt op tafeltennissen waar je met meerde spelers omheen loopt en tijdens het spel steeds weer van plaats wisselt. Wij deden het dan met 4 trommels, steeds twee dezelfde tegenover elkaar. Allebei hadden wij een klopper en liepen naar twee klappen op hetzelfde instrument steeds naar de volgende. Een soort spiegelspel alleen met het rondlopen erbij. Een persoon leidt en de andere volgt zo snel mogelijk. Deze werkvorm is geschikt om veel te lachen en (lichamelijke) grapjes te maken. Lichaamshumor kan onder andere te maken met het te langzaam achteraan lopen. Wanneer men zo doet alsof de ene veel te snel is voor de ander en achteraan gaat haasten om weer in te halen. Of een opmerking te maken daarover dat je het heel warm krijgt van al dat rennen.

Tijdens twee klappen heb ik soms ook heel speels gereageerd. Vooral ook in fase twee heb ik soms quasi verontwaardigd gekeken alsof zij voor mij te hard speelde en alsof ik wilde protesteren. Dit kwam meestal spontaan en was nooit serieus, veeleer was het speelsheid. Het gebeurde vooral tijdens de wedstrijdsituaties die geleidelijk binnen de tweede fase zijn ontstaan en dan ook steeds weer bij haar terugkwamen. Dit was vanaf week 16 het geval.

Duur van de fase

Fase 1 duurde achteraf bekeken 9 weken in het geheel. De eerste vier weken was de cliënte vooral zeer aarzelend in haar gedrag. Vanaf de vijfde week ben ik begonnen haar met therapeutische middelen uit te lokken. Het draaide meestal om versnelling, het beleven van eigen kracht in dynamiek en het samen plezier beleven.

Fase 2	11 weken
---------------	-----------------

Doelen

Het probleemgebied onzekerheid & spanning en de daaraan verbonden doelen blijven nog steeds aanwezig, maar het stimuleren van interactie en assertiviteit komen veel meer op de voorgrond te staan (Zie ook de genoemde doelstellingen onder probleemgebieden bovenaan). Meer naar het einde toe van de tweede fase wordt expressie en de daaraan verbonden emoties een belangrijk onderdeel van de interactie. Het beter keuzes kunnen maken was al een doelstelling in fase 1 en wordt verder nagestreefd in de daaropvolgende fase 2. Een ander verschil met de eerste fase van behandeling is ook, dat vormgeving als thema nog meer naar voren komt. Dat houdt in dat ik veel nieuwe werkvormen heb aangereikt, zodat zij haar eigen mogelijkheden kon ontdekken. Tevens wordt toegewerkt na een steeds gelijkwaardigere rollenverdeling, dat wil zeggen dat ik niet meer alleen de inhoud van de sessies bepaal, maar haar nog meer inspraak en verantwoordelijkheid geef.

Opbouw sessie

De structuur die ik binnen de eerste fase heb gehanteerd blijf ik nog een hele tijd aanhouden. De driedelige opbouw wordt vanaf dat moment losgelaten (week 14), dat ik een keer afwezig was en een

ander muziektherapeute het even overnam. Zij merkte duidelijk op, dat er verschil was in het gedrag en liet de cliënte daarom zelf bepalen wat zij wilde doen en de volgorde daarvan.

Dat was voor mij het startpunt om dit over te nemen. Voor mezelf had ik op dit moment ook het idee gehad, dat iets veranderd zoude moeten worden om naar minder sturing vanuit mij toe te werken, maar had dit nog niet omgezet. Het sloot dus goed op elkaar aan.

Leiding geven/ rol therapeut

In deze fase krijg ik als therapeute vanaf week 16 een minder directieve rol en ben vanaf dat moment meer steunend aanwezig in de zin van een spelpartner. Ik hou niet meer het heft in handen voor de inhoudelijke invulling. Wel doe ik wel nog eens voorstel, wanneer dit goed aansloot bij iets wat gebeurde, maar ik leg de volgorde niet meer vast.

Duur van de fase

De tweede fase duurde 11 weken. Deze fase begint daarmee dat zij veel meer ontspannen is en vaak plezier heeft aan het muziek maken. Na enkele keren komt zij soms heel beslist over, begint meer te experimenteren (vooral bij de keyboard improvisaties) en het ontstaat meer samenspel.

Na vijf weken (week 15 van de gehele behandeling) heb ik aan haar over gelaten welke werkvormen zij wanneer wilde doen. Dit was naar aanleiding van de andere muziektherapeute die de week van tevoren het over had genomen. Interessant is, dat vanaf dat moment (week 16) steeds wedstrijdsituaties ontstonden. Meestal draaide het om het uitdagen in tempo en dynamiek. Hier is duidelijk een rolwissel gebeurd. Nu begint zij mij uit te dagen. Met sprankelende ogen en steeds weer opnieuw, zodat zij bijna niet kan stoppen. Eerst valt dit op bij het trommelen, maar heel snel gebeurd hetzelfde ook tijdens keyboard improvisatie. Mooi is ook het moment wanneer zij tijdens meezingen met een meegebrachte cd van haar in eens veel meer gebaren met haar handen deed en lichamelijk loskwam van de starre houding van toen. Dit is ook terug te zien in de speelsheid die vaak tijdens de sessies gebeurde en het lachen over grappige dingen. Analoog daaraan is te merken dat steeds meer gaat vertellen van buiten de therapie.

Technieken

Empathie- en structureringstechnieken blijven wel aanwezig, maar in deze fase hebben de technieken voor uitdaging nog veel meer betekenis. Tijdens het trommelen blijven repeating en modelling de belangrijkste uitlokkingstechnieken. Het uitdagen van tempo en dynamiek liep door, maar kreeg meer de vorm van een wedstrijd.

De ondersteuning door verbale en non-verbale interventies neemt wel toe (Zie ook hieronder bij interventies). De improvisatie op piano en keyboard biedt meer mogelijkheden om Brusica technieken vorm te geven. Zo heb ik bij deze werkvorm in de tweede fase niet alleen empathisch gereageerd en structuur door mijn spel aangebracht, maar naast de zes uitlokkingstechnieken ook gebruik gemaakt van ombuiging. Die uitlokkingstechnieken die ik eerst niet kon inzetten, omdat er te weinig aanknopingspunten waren in haar geïmproviseerd spel, heb ik door het invoeren van nieuwe werkvormen geleidelijk meer situaties gecreëerd waarin meer mogelijkheid was om andere technieken in te zetten. Ik heb niet altijd vooraf vastgelegd welke dat waren, maar ben wel met het idee te werk gegaan, dat ik haar meer alert wilde maken voor mijn spel en het samenspel. Begin van de tweede fase waren daarvoor wel spelafspraken nodig, bijvoorbeeld om een dialoogspel te doen. In het kader van het dialoogspel heb ik dan bijvoorbeeld extending (het verlengen van een zin) en completing (het afmaken van een zin) kunnen inzetten om een gevarieerder antwoord van haar uit te lokken.

Ombuiging was als middel nodig om binnen haar doorlopend spel beter in contact te komen en om variatie in expressie aan te brengen. Dit was na de eerste fase nog niet wezenlijk veranderd. Technieken die ik gebruik heb zijn introducing change (inbrengen van nieuw materiaal om de richting van de muziek te veranderen), intensifying (vergroten van dynamiek, tempo, ritmische of melodische spanning), calming (reduceren of controleren van dynamiek, tempo, ritmische of melodische spanning) en interventie (onderbreken, destabiliseren of veranderen van de richting van fixaties, stereotypieën van de cliënt). In het midden van de tweede fase heeft de cliënte voor de improvisatie op keyboard twee lievelingsklanken voor haarzelf gevonden, die zij herhaaldelijk steeds opnieuw gebruikte; een donder/ onweer geluid en de klank van zingende vogeltjes. Vanaf dat moment werden intensifying en calming belangrijk, om bijvoorbeeld het onweer te versterken en naar een hoogtepunt te leiden en daarna weer af te ronden. Zij had de neiging om steeds weer in een vaste schema terecht te komen en ook moeite om tot een einde te komen, daarom was het goed om haar in het afbouwen van de spanning naar een einde toe te ondersteunen.

Om haar doorlopende manier van improviseren te doorbreken heb ik meer richting einde van de tweede fase ook contrasting ingezet (een tegenovergestelde sfeer creëren) die Brusica eigenlijk beschrijft als een techniek voor emotionele exploratie. Ik gebruikte zij meer in de zin van het scheppen van een grappige sfeer. Onweer vermengt met een vrolijk circusachtige muziek is een scherpe

contrast, die irritatie en verbazing kan opwekken. Ik koos ervoor, nadat ik had opgemerkt dat zij de grappige momenten in de muziek leuk vond en begon te lachen. Dit naar aanleiding van het terugluisteren van een stukje geluidsopname van de keer van tevoren (in week 20). Van daaruit ontstond dan een klankverhaal over het circus.

In de tweede fase heb ik een of twee keer sharing instruments omgezet in de sessies. Het bespelen van hetzelfde instrument is een techniek voor intimiteit. Ik heb dit gedaan om te toetsen in hoeverre het vertrouwen was gegroeid en of zij het toeliet dat ik dichtbij kwam. Dit was voor mij een moment om te verzekeren of het therapeutisch proces op een goede weg was.

Interventies

In vergelijking met de eerste fase is niet veel veranderd. De verbale en non-verbale interventies die ik toen al heb benut, ben ik verder gaan uitoefenen. Complimenten en dingen meteen benoemen, die ik zag ben ik gewoon verder gaan doen. Iets meer op de voorgrond kwam in de loop van fase 2 het gebruik van beeldspraak, lichaamshumor en speelsheid. Beeldspraak is een mooi middel om de fantasie aan te spreken. Dat kan helpen om de experimenteerzin aan te spreken en de cliënt nieuwsgierig te maken. De inzet van beeldspraak kan ik terugzien in het feit, dat ik binnen deze fase meerdere keer rollenspel (week 15), maar vooral klankverhalen als werkvormen heb uitgevoerd (bijvoorbeeld week 16 over vogeltjes, week 20 over het circus). De non- verbale en verbale interventies van mijn repertoire binnen dit therapeutisch proces werden binnen deze tijd volgens mij wel intenser om het vergroten van expressie te bevorderen. Vanaf het moment, waar zij de opbouw van de sessie mocht bepalen, ben ik haar ook wel eens rechtstreeks gaan vragen, wat ik moest doen, wanneer zij het onweer speelt (beslist antwoordde zij: "het mooie weer"). Of ik vroeg wat nou gebeurde als startpunt voor een klankverhaal. Een non- verbaal voorbeeld is het leggen van de platte handen op de piano. Dat deed ik eens toen zij erg aan het onweten was, wat zij meteen oppakte en in de week daarna ook nog eens deed.

Werkvormen

Ik heb een heleboel werkvormen of variaties van werkvormen gedaan, zodat het ondoenlijk is die allemaal op te tellen. Enkele voorbeelden zal ik even noemen, maar zonder specifieke uitleg erbij; spiegelspel, "Rundlauf", 2 klappen, dialoogspel op verschillende instrumenten, improvisatie op keyboard met/ zonder eindsignaal, rollenspel (onder andere kat & muis), verschillende klankverhalen bedacht tijdens improvisatie, improvisatie met ABA-vorm, liederen met begeleiding of cd meezingen. Omdat de improvisatie op keyboard en piano in binnen deze fase van belang was als kader voor diverse technieken, wil ik deze even nader beschrijven.

Keyboard improvisatie
<p>Omschrijving</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vrije improvisatie en/ of deels voorgestructureerd <p>Werkwijze</p> <ul style="list-style-type: none"> • Supportief of orthoagogisch- ontwikkelend <p>Indicaties</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rigide gedragspatroon • Eenzijdig dynamiek • Starre tempokeuze <p>Doelen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Veiligheid bieden • Uitlokking of • Ombuiging <p>Uitvoering</p> <p>De cliënt begint met keyboardspel. De therapeut luistert even en begint het spel te begeleiden door structuur te bieden. Afhankelijk van stemming en doelstelling van de dag kunnen andere muzikale technieken toegepast worden om het spel in een bepaalde richting te leiden.</p> <p>Variaties</p> <ul style="list-style-type: none"> • Met spelafspraken, zoals dialoogspel, eindsignaal door cliënt, ABA- vorm etc. • van daaruit een klankverhaal ontwikkelen <p>Ervaringen</p> <ul style="list-style-type: none"> • De werkvorm biedt veel ruimte om verschillende doelen na te streven • Uitlokking kan ook door humor in de muziek plaatsvinden • De muzikale technieken kunnen goed door verbale interventies aangevuld en/ of versterkt worden • Het is geschikt om expressie te variëren

- De werkvorm kan flexibel aan het moment aangepast worden

Figuur 2 Keyboard improvisatie

Fase 3 Afronding	4 weken
-------------------------	----------------

Doelen

In de laatste fase van behandeling streeft alles naar het einde toe. Duidelijkheid is in dit verband volgens mij belangrijk, zodat het afscheid makkelijker wordt. Met dit kleine eindproject wilde ik haar iets in handen geven, waar zij op terug kon kijken (de opname van het zelf geschreven lied). Als men iets in handen krijgt is het makkelijker daarvan afstand te nemen zodat het einde duidelijk is. Het lied was bedoeld om haar eigenwaarde en zelfbeeld te versterken en de expressie op een andere manier nog te bevorderen.

Technieken

Van de technieken die Bruscia benoemt heb ik vooral rehearsal (het inoefenen van een improvisatie/ lied) en performing (het opvoeren) toegepast.

uitvoering

De meeste activiteit was verbaal. De eerste drempel was het vinden van een tekst met een thema dat voor haar betekenis had. Zij had daarbij veel verbale aanmoediging nodig. De vraag om thuis al op zoek naar een idee te gaan maakte haar bang, zodat zij de antwoord uit de weg ging. Het voorstel samen na te denken functioneerde goed. In gesprek gingen wij brainstormen, waarvan ik steekwoorden noteerde. De meest toegepaste interventie was het doorvragen door mij en het aanmoedigen. Toen het thema paardrijden was gevonden, begonnen wij in een volgende stap een gesprek daarover. Hierbij verzamelden wij details, wat allemaal gebeurt, wanneer zij daarmee bezig is, wat zij allemaal al meegemaakt heeft, hoe de aflopen zijn in de stal en de manege etc. Het vinden van de tekst begon met het formuleren van enkele zinnen, die half zingend en gesproken geformuleerd werden. Geleidelijk vormden zich een refrein en eerst twee, uiteindelijk waren het zes coupletten. Het was een heen en weer om de formulering te vinden. Wel was ik diegene die de meeste voorstellen deed, maar wij gingen altijd onderling uitwisselen of het goed klinkt. De tekst was uiteindelijk met rijm. Zij kon in verloop van de zoektocht beter aangeven of zij iets goed vond of niet.

Ondanks mijn ondersteuning was het voor haar moeilijk en spannend om te doen, maar tevens was zij ook trots om het te doen. Het was haar thema, want zij begon heel veel over paarden te vertellen, dingen meebrengen en laten zien (een boek en foto's).

Het gehele project van het schrijven tot de opvoering voor de andere muziektherapeute duurde maar vier weken. Een of twee keer oefenen zouden nog mooi zijn geweest, maar

1.5.8 Effecten

Volgens mij zijn de meeste effecten bereikt op de gebieden onzekerheid en interactie. Hier heb ik een opsomming van aspecten die positief veranderd zijn.

- meer zelfvertrouwen
- minder gespannen
- zich durven laten horen
- plezier bij speelsheid
- vertrouwen in de relatie
- beter kunnen beslissen, eigen keuze kunnen maken
- uitdrukking aan eigenheid geven (iets over haarzelf vertellen, improvisaties)
- meer durven uitproberen
- samenwerken
- begonnen eigen ideeën inbrengen (bij het lied schrijven)

Wel heb ik het idee, dat het groeiproces nog niet afgesloten is en dat zij nog baat zou hebben bij het uitbouwen van meerdere aspecten.

Nog verder uitbouwen:

- sociale vaardigheden (b.v. richten op de ander, kunnen geven)
- assertiviteit (nee zeggen, haar mening uiten, weerbaarheid)

- vormgeven van emoties (vooral onaangename, negatieve emoties, concreet uitbeelden hoe het klinkt of via het thema expressie)
- leren omgaan met pesterijen (vandaag en vroeger)
- zelfstandigheid (dingen alleen doen, solo spelen)

1.5.9 Randvoorwaarden

De cliënte accepteert mij als stagiaire, dus nog niet afgestudeerd therapeute en heeft zin om met muziek bezig te zijn.

De navolgende tabel geeft nog eens in een blik het therapeutisch proces weer.

Fase	Gedrag cliënte	Week	Interventies/ technieken	Werkvormen
1	Aarzelend,afwachtend	1		
		2		
		3		
	Plezier bij ritmespel	4	Uitlokking door versnelling	
		5		
		6		
		7	Uitlokking door dynamiek (hard/ zacht)	Twee klappen, spiegelspel
		8	Rolwissel bij spiegelspel (zij leidt)	“Rundlauf”
		9		
2	Beslist, willen leiden	10		
	Plezier, meer ontspannen	11		
	Maakt grapje	12		
	Meer experimenteren	13	Andere start	“Rundlauf” + Xylofoon
	Meer samenspel	14	Ander therapeut neemt de sessie over	
	Veel dynamiek	15	Cliënte zelf laten beslissen wat te doen	
	Speels wedstrijdje!	16		Ja-Nee spel
		17		
	Gebaren bij het zingen	18		
	Speelsheid	19		
		20	Stimuleren grappige muzikale momenten	Klankverhaal circus
3	Veel vertellen; spannend	21	Veel aanmoediging, steun	Eigen lied schrijven
		22		
		23		
		24		
				Opvoering lied

Figuur 3 Fasering werkmodel

Hoofdstuk 2 Sociale fobie: een angststoornis

2.1 Wat is angst?

Alle soorten angststoornissen hebben een overeenkomst, namelijk de onaangename gevolgen van het gevoel angst. En het is niet alleen een gevoel, maar het kent ook uitwerkingen op het lichaam, het gedrag en het denken. Het fenomeen angst is dus een toestand van de gehele mens.

Volgens Riemann (2006, p.9 t/m 10) heeft angst een dubbel karakter. Enerzijds is zij activerend en anderzijds kan angst een verlamrend effect hebben. Het is altijd een signaal wanneer er gevaar aanwezig is, maar tegelijkertijd geeft het een impuls om deze toestand te overwinnen. In de biologie wordt dit karakter ook benoemd als ‘flight or fight’, de reactie om te vluchten of te vechten.

De toestand angst kent een aantal fysiologische reacties. Bijvoorbeeld: versnelde hartslag, verhoogde systolische bloeddruk, versnelde ademhaling en verhoogde spiertonus (Van Balkom, 2001, p.1).

Het reageren van het lichaam kent bij vele mensen overeenkomsten. Tevens komt de gedragsmatige reactie, namelijk de neiging om te vluchten, bij de meesten overeen. Het meest ingrijpend is zeker het cognitieve aspect, namelijk het ervaren van vrees of het besef van gevaar, wat de angstige mens in de greep houdt. Zeker in geval van pathologische angst wordt dit vaak als heel sterk beleefd en lijkt dit niet te handhaven.

Eigenlijk is angst door zijn signaal- en activeringsfunctie een natuurlijke en zinvolle reactie. Het overwinnen daarvan heeft een positief effect. Wanneer angst overwonnen kan worden betekent dit

een stap vooruit in de ontwikkeling van de mens. Wanneer vermijding daarvoor in de plaats treedt is stagnatie het gevolg. Riemann (2006, p. 10) formuleert het met deze woorden: 'Es hemmt unsere Weiterentwicklung und lässt uns dort kindlich bleiben, wo wir die Angstschranke nicht überwinden.'

In de levensloop van de mens zijn er steeds weer fases, wanneer iedereen met nieuwe dingen voor het eerst wordt geconfronteerd. Dit betreft zowel positieve als ook negatieve ervaringen. In deze situaties treedt altijd ook angst op. Het is van belang tegenkrachten te ontwikkelen, om de angst de baas te kunnen worden. Moed, vertrouwen en hoop kunnen voorbeelden zijn en zeker ook binnen de behandeling een plaats krijgen. In geval van pathologische angst is deze reactie niet meer functioneel. Wanneer de cliënt door zijn angsten ernstig wordt belemmerd in zijn dagelijks functioneren en/ of erg lijdt, is er sprake van klinisch relevante angst (Van Balkom, 2001, p.1). Globaal gezien wordt het functioneren belemmerd op sociaal, beroepsmatig gebied of op andere belangrijke gebieden. De reactie wordt disfunctioneel genoemd, omdat zij optreedt bij de confrontatie met iets, waar het niet logisch is in zo'n sterke mate te reageren. Voorbeelden zijn: bang zijn voor een spin, een drukke menigte, een vergadering of een vies aanrecht. "Aan een patiënt met een angststoornis- zelfs iemand met een ernstige angststoornis- valt doorgaans niet veel te merken, tenzij die patiënt zich op dat moment in een voor hem angstverwekkende situatie bevindt. In dat geval kan men gespannenheid, rusteloosheid, trillen, transpiratie, versnelde ademhaling, versnelde hartslag en pupilverwijding observeren (Van Balkom, 2001, p. 3)." Dit is opvallend, omdat het alleen gebeurt wanneer het uitgelokt wordt.

Alle soorten angsten zijn denkbaar. Naast de fysiologische, gedragsmatige en cognitieve overeenkomsten is aan angst een persoonlijke kant verbonden. Het is individueel verschillend waarvoor iemand bang is en of hij überhaupt een angststoornis ontwikkelt. Volgens het leermodel zit aan het ontstaan van een angststoornis een leermoment vast, waarbij aan een eigenlijk niet angstverwekkende prikkel of situatie een of meerdere onaangename ervaringen verbonden worden. Hier ga ik nader op in de volgende paragraaf (2.2.1) over sociale fobie.

In het vervolg zal ik alleen stilstaan bij de sociale fobie, omdat dit onderzoek gebaseerd is op een casus van een vrouw met symptomen van deze stoornis. In de rest van dit hoofdstuk ga ik o.a. de aspecten etiologie en het beloop van de stoornis verder uitdiepen.

2.2 Sociale Fobie

Definitie/ symptomen

Bij een sociale fobie (sociale angststoornis), staat de sociale dimensie op de voorgrond. Mensen die lijden aan dit soort angst zijn bang iets te doen waardoor zij kritisch door anderen beoordeeld zullen worden of zich belachelijk maken door de manier hoe zij zich gedragen. Dit kan ook betrekking hebben op het zichtbaar last hebben van spanningsverschijnselen op een manier die beschamend kan zijn (Zie DSM-IV, p.262; Van Balkom, p. 59).

Mensen kunnen bang zijn om een speech te houden voor anderen, een oninteressante partij in een gesprek te zijn of niet aan de eisen van een examen te voldoen. Iemand die snel bloost kan vrezen door anderen negatief beoordeeld te worden. Het is een hardnekkige angst en veroorzaakt meer lijden dan de sociale angsten die mensen met verlegenheid kennen. Het functioneren is bij mensen met verlegenheid namelijk minder sterk beïnvloed (Van Balkom, 2001, p. 60). Volgens de DSM-IV (2002, p. 263) is in "significante mate de normale dagelijkse routine, het beroepsmatig functioneren (of studie of school), of bij sociale activiteiten of relaties met anderen, of er is een duidelijk lijden door het hebben van de fobie." Secundaire symptomen vormen fysiologische reacties, zoals blozen, trillende handen, zweten, misselijkheid of de drang om vaak naar het toilet te gaan (Zie ICD-10, p.158 en Van Balkom, p. 59). Dit kan zelfs leiden tot een paniekaanval, die alleen in de beangstigende situatie optreedt (DSM-IV, 2002, p. 262). Het gevolg is de vermijding van allerlei sociale interacties, zoals spreken in het openbaar, deelnemen aan groepen, op visite gaan, een gesprek aangaan en voor zichzelf opkomen (Van Balkom, 2001, p. 59). De ICD-10 wijst erop dat het bij sociale fobie gaat om het vrezen van relatief kleine groepen mensen en niet om grote menigten zoals bij agorafobie. De sociale situaties kunnen alles betreffen buiten de familiekring (ICD-10, 2004, p. 158). Mensen die last hebben van deze angststoornis kennen vaak subtiele vormen van vermijding. Dit uit zich in veiligheidsgedrag. Van Balkom beschrijft als voorbeelden: zich zo onopvallend mogelijk gedragen op een feestje, het blozen onder een dikke laag make-up verbergen. Veel cliënten drinken zich moed aan voorafgaand aan een sociale situatie of zijn erg gespannen en slapen slecht. Volgens Vandereycken et al. (2004, p. 223) en Van Balkom (2001, p. 59) vormen cliënten met sociale fobie geen homogene groep. Deze mensen kunnen aanzienlijke verschillen vertonen wat de omvang betreft van vermijding,

achterliggende denkpatronen en de ontwikkeling van sociale vaardigheden. Welke aspecten allemaal een rol spelen wordt duidelijk bij de dimensies die Vandereycken onderscheidt, namelijk:

- A sociaal vaardig versus sociaal onvaardig
- B lage fysiologische arousal versus hoge fysiologische arousal
- C rationele versus irrationele denkstijl
- D weinig vermijgend versus sterk vermijgend
- E angstig bij bekende personen versus angstig bij onbekende personen
- F angst in groepen versus angst in gezelschap van slechts een persoon

Sociale angst kan zich beperken in slechts één bepaalde situatie of kan betrekking hebben tot veel of alle situaties waarin sociale interactie aan de orde is. Men spreekt in het eerste geval van een specifieke sociale fobie of een gegeneraliseerd type. De meeste mensen zijn echter bang voor meerdere situaties (Zie Van Balkom, p. 60 en Vandereycken, p. 223) Volgens het Trimbos instituut (Van 't Land et al., 2008, p.98) zijn ongeveer 90% van de sociale fobici bang voor tenminste twee situaties en 45% voor minimaal drie situaties.

De consequenties voor de mensen kunnen nogal ingrijpend zijn. Van Balkom beschrijft werk- en studieproblemen, die het dagelijks functioneren belemmeren. Ook zijn mensen met deze angsten eenzamer, blijven langer bij hun ouders wonen, zijn minder vaak getrouwd en hebben vaker seksuele problemen. Het is logisch dat mensen onder deze omstandigheden ook vaak onder hun niveau presteren (Van Balkom, 2001, p.60). Onder het aspect kwaliteit van leven geeft Van 't Land aan dat mensen met sociale angst problemen hebben met het onderhouden en aangaan van nieuwe vriendschappen. De kans bestaat dat kinderen op latere leeftijd sociaal geïsoleerd blijven. Dit kan bijdragen aan een stagnatie van de schoolcarrière (Van 't Land et al, 2008, p. 105). Alle drie bronnen zijn het erover eens, dat de klachten tot volledige sociale isolatie kunnen leiden. Zij geven ook aan dat mensen met een sociale fobie weinig zelfwaardering en zelfvertrouwen hebben (Zie ICD-10, p. 158; Van 't Land et al., p. 105)

Etiologie

Sociale angsten ontstaan vroeg in het leven. De klachten ontstaan vaak rond de puberteit. Volgens Van 't Land et al. (2008, p. 103) openbaart zich deze angst in Nederland bij mannen gemiddeld op 19-jarige leeftijd en bij vrouwen rond de 20 jaar. Een andere Nederlandse studie heeft een jongere leeftijd vastgesteld, namelijk rond de 12 jaar. Een aanzienlijk deel van de mensen kan zich herinneren al op jongere leeftijd sociaal angstig te zijn geweest (Van Balkom, 2001, p. 62). Van Balkom spreekt van een chronisch beloop. Blijkbaar heeft iemand tientallen jaren last van de fobie. De helft van de mensen met een sociale fobie heeft deze langer dan 25 jaar, waarbij de ernst van de klachten kan variëren (Van 't Land et al., 2008, p.103). Aan het chronisch beloop kunnen de lichamelijke symptomen (blozen, trillen of zweten) bijdragen, die de gespannenheid van de persoon kunnen verraden. Diegene kan daardoor in een vicieuze cirkel terecht komen, zodat de angst steeds verder toe gaat nemen.

Voorkomen

Volgens het Trimbos Instituut (Van 't Land et al., 2008, p. 100) komt sociale fobie redelijk vaak voor (De volgende cijfers hebben geen betrekking op mensen met een verstandelijke beperking). Van de Nederlandse bevolking in de leeftijd van 18 tot 65 jaar heeft ongeveer 8% ooit een sociale fobie gehad. In het jaar 2007 was de jaarprevalentie iets lager, namelijk 5%. Uit Amerikaans onderzoek blijkt dat ongeveer 12 tot procent van de volwassen bevolking ooit in het leven een sociale fobie heeft gehad. In westerse landen is dat bij 7 tot 13% ooit het geval geweest.

Beloop

Het beloop is hardnekkiger, wanneer de angst al op zeer jonge leeftijd is ontstaan. Verder kan, wanneer iemand als kind mishandeld werd of in een grote stad woonde, de angst bepalen. Dit geldt ook als iemand daarnaast nog andere psychische stoornissen heeft (Van 't Land et al.,2008, p.103). Uit onderzoek blijkt dat vaak sprake is van co-morbiditeit. Gelijktijdig met een sociale fobie komen vaak andere angststoornissen voor (bijv. Paniekstoornis en agorafobie,). Mensen hebben een grotere kans op stemmingsstoornissen, zoals depressie of dysthymie. Vaak treedt sociale fobie als eerste op wanneer sprake is van co-morbiditeit.

De kans op een alcoholverslaving is twee keer zo groot dan bij mensen zonder sociale fobie. Alcohol wordt daarbij vaak gebruikt als zelfmedicatie tegen angsten, b.v. voor het houden van een speech en om makkelijker in contact te komen met andere mensen (Van 't Land et al.,2008, p. 105).

Van Balkom (2001, p. 62) spreekt ook van co-morbiditeit met persoonlijkheidsstoornissen, vooral met de ontwijkende persoonlijkheidsstoornis. De stoornis heeft qua symptomen een grote overlap met de

sociale fobie, maar kan ook daarnaast gediagnosticeerd worden. Daarnaast komen ook afhankelijke en dwangmatige persoonlijkheidsstoornissen voor.

Wat betreft de etiologie van de sociale fobie zijn er biologische en psychologische modellen benoemd (Van Balkom, 2001, p.63). Ik zal me hier beperken tot het beschrijven van de psychologische modellen, omdat deze voor de behandeling met muziektherapie meer aanknopingspunten bieden.

Psychologische verklaring modellen

Het leertheoretisch model gaat ervan uit dat sociale fobie ontstaat door een traumatische gebeurtenis. Het kan verklaard worden door klassieke conditionering. De situatie van het trauma wordt gekoppeld aan angst en alle onaangename gevolgen daarvan. Op die manier kan zij steeds weer opgewekt worden bij het herbeleven van een zodanige situatie (Vandereycken, 2004, p.224). Voorbeelden van traumatische ervaringen zijn onder andere gepest worden of seksueel misbruik. Volgens Van Balkom (2001, p.63 en volgende) spelen traumatische ervaringen vaker een rol bij een enkelvoudige dan bij een generaliseerde sociale fobie, omdat deze vaak vroeger begint. Het is niet duidelijk of mensen met sociale fobie daadwerkelijk meer traumatische ervaringen meegemaakt hebben dan anderen. Ook geeft het geen verklaring voor het vaak geleidelijk ontstaan van de klachten (Van Balkom, 2001, p.64). Vandereycken beschrijft als tweede mogelijkheid voor het ontstaan modellering of imiterend leren (2004, p.224). Dit betekent het leren door observatie van anderen. Hierbij ligt de nadruk vooral op de ouderlijke opvoeding. Uit onderzoeken blijkt dat ouders van mensen met deze stoornis inderdaad enkele situaties vermeden (Vandereycken, 2004, p.224). Ook de opvoedingsstijl heeft invloed op het ontstaan. Een onderzoek van Arrindell e.a. (1998, in Van Balkom, 2001, p.64) geeft weer dat volwassenen met een sociale fobie zich konden herinneren dat hun ouders weinig emotionele warmte gaven, overbeschermend zijn geweest en te sterk de mening van anderen benadrukten. Bögels e.a. (2000, in Van Balkom, 2001, p.64) spreken erover dat gebrek aan gezinssociabiliteit (afwijzing in gezin) en overbescherming door de moeder het ontstaan van een sociale fobie voorspellen. Een andere theorie veronderstelt, dat een tekort aan sociale vaardigheden leidt tot het ontstaan van een sociale fobie, omdat deze vaardigheden in de jeugd niet zijn geleerd. De uitkomsten in verschillende onderzoeken zijn echter tegenstrijdig (Van Balkom, 2001, p.64). Vandereycken noemt, dat mensen met deze fobie geloven dat zij niet over deze vaardigheden te beschikken. Zij onderschatten zichzelf.

Het cognitieve model zegt dat irrationele ideeën ten grondslag liggen aan deze angststoornis. Mensen die last hebben van de stoornis "onderschatten de kwaliteit van hun sociaal functioneren en overschatten de gevaren van wat hun gedrag bij anderen teweeg kan brengen" (Van Balkom, 2001, p.64). Zij hebben een negatief zelfbeeld, wat geactiveerd wordt binnen interactie. De zogenaamde disfunctionele schema's blijven bestaan door selectieve informatieverwerking. Hierbij is de aandacht gericht op informatie die deze schema's bevestigen en worden daarom beter herinnerd. Dit leidt tot een vertekening van informatie.

De instandhouding van sociale fobie gebeurt volgens Van Balkom door drie processen. Enerzijds door de hierboven beschreven verworven disfunctionele schema's. Anderzijds draagt een verhoogd zelfbewustzijn en daardoor vermijding eraan bij dat disfunctionele schema's blijven bestaan.

Mensen met sociale angsten zijn blijkbaar excessief zelfbewust tijdens sociale interacties. Dit leidt tot een verstoring van de opname van informatie van buitenaf. Op die manier is de persoon met de sociale angst veel alerter op interne informatie, zodat die in het bewustzijn op de voorgrond komt te staan. Ten tweede intensiveert een verhoogd zelfbewustzijn emoties, dus ook de angst. Door meer teruggeworpen te zijn op interne gewaarwordingen worden de lichamelijke reacties daardoor versterkt opgemerkt en ook overschat. Mensen staan in deze toestand veel minder open voor anderen en gedragen zich daardoor in sociale interacties minder vaardig. Het gevolg van de beschreven processen is vermijding.

Daarnaast zijn er nog twee verklaringen voor vermijding. Angst vermindert en verdwijnt niet door een gebrek aan gewenning en mensen met sociale fobie kunnen bestaande disfunctionele opvattingen niet bijstellen, omdat zij geen corrigerende informatie opdoen.

2.2.1 Angststoornissen bij mensen met een verstandelijke beperking

Omdat dit onderzoek zich richt op mensen met een lichte verstandelijke beperking, ga ik voornamelijk de focus op deze doelgroep leggen.

Voorkomen

“Angststoornissen komen waarschijnlijk vaker voor bij mensen met een verstandelijke handicap dan in de algemene populatie, maar dit fenomeen is bij de eerstgenoemde groep veel minder onderzocht” (Došen, 2005, p. 310). Tijdens het opzoeken van literatuur is me dit ook opgevallen, omdat bij de doelgroep mensen een verstandelijke beperking bijna geen actuele publicaties te vinden waren over angststoornissen. Over angststoornissen bij autisme was wel iets gepubliceerd, maar niet over mensen met sociale fobie zonder autisme. Hendriks en Bögels hebben in 2008 een onderzoek verricht naar de werkzaamheid van cognitieve gedragstherapie bij kinderen met een autismespectrumstoornis (geciteerd in: tijdschrift voor orthopedagogiek, 47, 2008, p.312-324). 47-84% van kinderen met een autismespectrumstoornis (ASS) heeft een angststoornis. Dit hebben verscheidene studies aangetoond (Gillott, Furniss & Walter, 2001; Muris, Steerneman, Merckelbach, Holdrinet & Meesters, 1998)

Angst is zoals al eerder beschreven een basale emotie, die belangrijk is voor het overleven. Došen gebruikt het begrip existentiële angst om dit aan te duiden. “Deze existentiële angst is kennelijk direct na de geboorte bij een kind aanwezig en wordt in de psychosociale ontwikkeling gemodificeerd, zodanig dat de angst in ieder ontwikkelingsstadium een andere betekenis in de sociale interacties krijgt en door een ander soort gedrag geuit wordt” (Došen, 2005, p.310). Uitingvormen van angst zijn dus verbonden aan het ontwikkelingsniveau. Mensen met een verstandelijke beperking kunnen afhankelijk van de ernst van hun beperking en eventuele bijkomende andere beperkingen (b.v. op lichamelijk gebied) zeer verschillen wat het niveau van ontwikkeling betreft. Vele aspecten vormen het ontwikkelingsniveau als geheel. In paragraaf 3.2 ga ik aan de hand van de ontwikkelingspsychologie nader in op vormen van angsten in de levensloop van de mens.

Uiting van angst

Bij mensen met een zeer ernstige verstandelijke beperking lokken vooral omgevingssituaties angst uit, waarin de persoon sensorisch overprikkelt raakt of waarin plotselinge veranderingen optreden. Zij kunnen lijden aan een existentiële angststoornis of een separatieangststoornis. Sommige auteurs zeggen dat in deze gevallen filtermechanismen ontbreken in het centraal zenuwstelsel, die ingekomen stimuli verwerken. De gelaatsuitdrukking valt nauwelijks tot helemaal niet op, zodat angst vaak op andere manier zichtbaar wordt. Het is noodzakelijk om gedrag in zijn geheel te observeren. Wanneer plotselinge frustratie, agitatie, woede-uitbarstingen, agressiviteit of zelfverwendend gedrag optreden, kan dat duiden op angst. Bij angst en paniek komen onafhankelijk van het ontwikkelingsniveau de volgende fysiologische symptomen voor bij alle mensen: transpiratie, snelle polsslagen, koude en natte handen, hyperventilatie, vaak urineren, misselijkheid, diarree, trillen en motorische onrust (Došen, 2005, p. 311).

Existentiële angststoornissen en separatieangststoornissen kunnen ook voorkomen bij mensen met een hogere cognitieve ontwikkeling, die lijden aan bepaalde organische beschadigingen van het centrale zenuwstelsel. Tevens komt het ook voor bij personen met een geblokkeerde emotionele ontwikkeling in de eerste fase (adaptatiefase). Het cognitief niveau kan tegelijkertijd aanzienlijk hoger zijn, zoals het geval is bij een ernstige vorm van autisme.

De volgende uitspraak heeft volgens mij betekenis voor de muziektherapie. “In de praktijk is opgevallen dat niet zozeer het cognitief niveau, maar het emotioneel niveau van ontwikkeling bepalend is voor de soort angststoornis” (Došen, 2005, p. 311). Zo kan separatieangst ook vaak bij kinderen en volwassenen met een matige of lichte verstandelijke handicap gevonden worden. Daarbij is er een discrepantie tussen het emotioneel en cognitief niveau. Het emotioneel niveau is hierbij beduidend lager, rond de 18 maanden of verspreid over de eerste drie fasen van ontwikkeling (Došen, 2005, p. 311).

Vaak hebben mensen met een verstandelijke beperking last van ongewone fobieën. Bij de gewone populatie hebben mensen meestal irreële angsten. Bij mensen met een verstandelijke beperking worden angsten vaak uitgelokt door reële situaties en voorwerpen. Voorbeelden: drukke onbekende situatie, angst voor scheiding, angst voor trainen, stofzuigers of bepaalde grote dieren, zoals honden of paarden (Došen, 2005, p.312). Daarmee moet bij de behandeling rekening worden gehouden.

Lichte beperking

Het ontwikkelingsniveau bij mensen met een lichte verstandelijke beperking wordt aangegeven met een IQ tussen 50-55 en 70 (DSM-IV, 2002, p. 82) en de ontwikkelingsleeftijd ligt volgens Došen tussen 7 en 12 jaar. Betrekkelijk vaak komt bij een matige of lichte beperking faalangst voor, die het nemen van initiatief en activiteiten sterk onderdrukken. Er wordt van sociale fobie gesproken wanneer deze faalangst zeer intensief is. Deze angst heeft een psychisch en motorisch geremde toestand tot gevolg en leidt tot een teruggetrokken en passief bestaan. Deze symptomen kunnen ook duiden op een depressieve stemming, die vaak voorkomt wanneer angststoornissen langer bestaan. Dat is trouwens ook het geval bij mensen zonder een verstandelijke beperking. In de ontstaansgeschiedenis valt op dat een bepaald soort angst in wisselende intensiteit altijd aanwezig was. Bijvoorbeeld eerst scheidingsangst en mensenschuwheid, later teruggetrokkenheid en faalangst die leiden tot het

ontstaan van een sociale angststoornis of een generaliseerde angststoornis (Došen, 2005, p. 311-312).

Oorzaken

Oorzaken van angststoornissen bij mensen met een verstandelijke beperking zijn ongunstige omgevingsomstandigheden en leiden tot stressverwekkende ervaringen. Hier zijn mishandeling en misbruik te noemen. Menolascino (1988, in: Došen, 2005, p. 312) toonde het verband aan tussen omgevingsfactoren en angststoornissen. Voorbeelden: chronische frustraties, te hoge verwachtingen, voortdurende deprivatie van sociale contacten en bepaalde organische aandoeningen. Bepaalde organische aandoeningen en genetische afwijkingen kunnen in het ontstaan ook een rol spelen. In de casus die aan dit onderzoek ten grondslag ligt spelen slechte ervaringen uit het verleden ook een belangrijke rol, namelijk gepest worden door anderen.

2.2.2 De behandeling van angststoornissen en sociale fobie

Cognitieve gedragstherapie is een therapievorm die veelvuldig is onderzocht in verband met de behandeling van angststoornissen. Hier zullen enkele behandelingsmethoden beschreven worden die algemeen bij een angstproblematiek worden ingezet, maar ik zal meer de nadruk leggen op methoden en technieken die werkzaam zijn bij een sociale fobie.

Volgens Vandereycken zijn de volgende behandelingsmethoden ongeveer even effectief (2004, p.225). De psychotherapie kan zowel individueel als ook in groepsverband gegeven worden.

Exposure in vivo

Aan deze behandeling ligt ten grondslag dat angst verdwijnt wanneer men een tijd lang is blootgesteld aan de angst en niet uit de angstige situatie vlucht (Van Balkom, 2001, p.65). Het is dus gericht op het verminderen van vermijdingsgedrag. Exposure houdt in dat de cliënt zich aan de werkelijke stimuli blootstelt (Hermans, Eelen & Orlemans, 2007, p.310). Het gaat daarbij om externe stimuli, bij sociale fobie zijn dit sociale situaties. Andere voorbeelden zijn hoogtes, dieren of open ruimtes. Het succes van exposure in vivo is daarbij afhankelijk van een goede voorbereiding. De behandeling wordt gepland op grond van een individuele functieanalyse, waarin informatie van de cliënt wordt verkregen. Op basis van deze informatie wordt een hiërarchie opgesteld met angstverwekkende situaties in oplopende moeilijkheidsgraad. Bij sociale fobie kan dat inhouden dat bij de opdrachten steeds meer mensen betrokken zijn. Praktisch gezien kan het soms moeilijk zijn om de situaties te ensceneren, omdat situaties vaak maar kort duren en interacties niet voorspelbaar zijn. Dit kan tegengegaan worden door frequente herhaling (Van Balkom, 2001, p.65). Belangrijk is dat de therapeut alert blijft op diverse subtiele vormen van vermijdingsgedrag. Een cliënt kan in een gesprek voortdurend aan het woord willen blijven of proberen erg zijn best te doen om alles perfect te doen om kritiek te ontlopen. Volgens Van Balkom is exposure in vivo een essentieel onderdeel van de behandeling bij een sociale fobie, maar wordt vaak in combinatie met andere therapieën ingezet.

Sociale-vaardigheidstraining

Wanneer iemand niet over voldoende sociale vaardigheden beschikt is het zinvol om deze aan te leren. Een voorbeeld van deze methode is assertiviteitstraining, waar mensen leren beter voor zichzelf op te komen (Vandereycken, 2004, p.225). Het kan zijn dat de persoon niet weet hoe hij moet omgaan met een sociale situatie. Daarnaast kan een persoon ook inadequaet gedrag vertonen, zodat daadwerkelijk negatieve reacties uitgelokt kunnen worden. Bij dit soort trainingen kan aan de hand van oefeningen en rollenspellen de inschatting van eigen sociaal gedrag door de cliënt bijgesteld worden. Zoals eerder bij de psychologische verklaringsmodellen beschreven werd, onderschatten cliënten vaak hun vaardigheden en kunnen hierdoor geblokkeerd raken, waardoor zij niet toekomen aan het toepassen van de eigen vaardigheden.

Algemene oefeningen om sociaal gedrag aan te leren kunnen gericht zijn op volgende domeinen:

- 1 luisteren
- 2 initiatief nemen tot contact en ontvangen
- 3 complimenten geven en ontvangen
- 4 een verzoek doen en een verzoek weigeren
- 5 eigen mening geven
- 6 kritiek geven en ontvangen
- 7 uiten van gevoelens

Veel van de genoemde domeinen zijn ook met muziektherapie goed te benaderen. In de therapie met de cliënt tijdens de stage in het derde jaar speelde met name het nemen van initiatief een belangrijke rol.

Probleemsituaties worden bij de sociale vaardigheidstraining door middel van rollenspel geoefend. De situatie wordt nagespeeld waarbij de cliënt door meerdere rolwisselingen verschillende perspectieven doorloopt. De therapeut heeft enerzijds de opgave om sociaal vaardig gedrag te 'modelen', anderzijds geeft hij feedback waarin positieve en negatieve aspecten besproken worden. Positieve bekrachtiging is zeer belangrijk om nieuw gedrag aan te leren, dat door herhaling bevestigd wordt. Hierbij wordt 'shaping' ingezet (Van Balkom, 2001, p. 66). "Shaping is een vorm van bekrachtiging waarbij bepaalde vormen van gedrag bekrachtigd worden en andere niet. Het criterium verschuift hierbij totdat uiteindelijk het gewenste gedrag verkregen wordt" (Hermans, Eelen & Orlemans, 2007, p.320). Het wordt ook responsdifferentiatie genoemd. Dat wil zeggen, dat stapsgewijs gedrag wordt bekrachtigd, zodat uiteindelijk de gewenste gedragsvorm wordt gerealiseerd. Op die manier wordt geleidelijk het doel benaderd, waarbij gedrag dat daarvan verwijderd niet bekrachtigd wordt. Volgens Hermans e.a. is positieve bekrachtiging zonder enige twijfel de sterkste procedure voor gedragstoename (2007, p.319). Het bestraffen van negatief gedrag heeft als gevolg, dat positieve reacties niet voorzien zijn van kritiek. Dit interactiepatroon is een slechte opvoedkundige uitgangspunt, omdat het het negatieve suggereert.

Cognitieve therapie

Cognitieve therapie is gericht op het veranderen van irrationale ideeën. De basisveronderstelling is, dat elke situatie cognitief verwerkt wordt en vanuit deze verwerking wordt gedrag en emotie bepaald (Hermans et al., 2007, p. 325). Bij sociale fobie wordt daarbij gebruik gemaakt van diverse technieken. De therapie begint met het in kaart brengen van disfunctionele gedachten over het zelf. Vervolgens worden deze in een 'Socratische dialoog' uitgedaagd. Tijdens de dialoog wordt belicht welke voor en tegens er zijn bij de gedachte en welke erge gevolgen er werkelijk kunnen zijn bij hun voorspelling. Ook wordt besproken hoe met de gevolgen omgegaan kan worden. Voorbeelden voor disfunctionele gedachten zijn 'ik ben niet interessant' of 'anderen zijn erop uit om me te bekritisieren'. Ook zogenaamde conditionele gedachten, zoals 'als ik...dan word ik afgewezen' worden in de dialoog uitgedaagd (Van Balkom, 2001, p. 66-67). Verder kan door gedragsexperimenten gekeken worden of de negatieve gedachte klopt. De verwachtingen die iemand heeft worden op de proef gesteld door op allerlei manieren nieuwe informatie te verzamelen. Feedback speelt daarbij een centrale rol. Volgens mij is het bij de doelgroep mensen met een verstandelijke beperking in die vorm niet goed bruikbaar. Muziektherapie is immers vooral een non-verbale therapie.

Taakconcentratietraining

Hermans, Eelen en Orlemans geven de bovenstaande methoden ook aan in verband met sociale fobie, maar voegen daaraan nog een andere toe (2007, p.339). Taakconcentratietraining richt zich op een van de centrale kenmerken van sociale fobie, namelijk het verhoogd zelfbewustzijn. Wanneer men meer op zichzelf gericht is mist men belangrijke aspecten in de communicatie. Men hoort niet wat de ander zegt, heeft het verkeerd begrepen of ziet non-verbale signalen niet. Gevolg is een situatie die stroever verloopt en daardoor weer angst uitlokt.

Eerst wordt inzicht gegeven in de rol van aandachtsprocessen en een verhoogd zelfbewustzijn. Daarna worden oefeningen gedaan, waar het naar buiten richten van de aandacht getraind wordt. Aanvankelijk wordt dit toegepast op niet-bedreigende situaties, b.v. een boswandeling. Later gaat het ook om bedreigende situaties. Onderzoek toont aan dat de methode effectief is bij sociale angst (Bögels, 2006; Mulkens, Bögels, De Jong & Louwers, 2001; in: Hermans, Eelen & Orlemans, 2007, p.339). Van Balkom beschrijft, dat bij de behandeling dagboeken worden ingezet voor het registreren van de verdeling van de aandacht in sociale situaties. Daarnaast kunnen er ook luisteroefeningen ingezet worden. De therapeut vertelt bijvoorbeeld een neutraal verhaal, waarbij de cliënt probeert dit zo precies mogelijk terug te vertellen. Er kan gewerkt worden met een hiërarchie van situaties, die oplopen van moeilijkheidsgraad. Deze kunnen betrekking hebben op niet-sociale en niet-bedreigende tot aan sociale situaties (Van Balkom, 2001, p. 68-69).

Het naar buiten richten van de aandacht kan met werkvormen binnen de muziektherapie makkelijk bereikt worden. De focus ligt dan bijvoorbeeld op het bespelen van een instrument of op het aanhouden van bepaalde afspraken over de manier van spelen. Door de inzet van gestructureerde werkvormen heb ik dit aspect toegepast bij de behandeling van de cliënt.

Medicatie

Het bestaat ook de mogelijkheid om medicatie in te zetten bij de behandeling van angststoornissen, ook in combinatie met de hierboven genoemde methoden. Medicatie zal ik hier buiten beschouwing

laten, omdat muziektherapie een actieve vorm van symptoombestrijding/-ombuiging is en geen indirecte, zoals bij onderdrukking door het geven van medicatie.

Lichamelijke beperking

Došen geeft geen specifieke handvaten voor de behandeling van sociale fobie. Alleen zegt hij dat de behandeling meestal langs verschillende lijnen tegelijkertijd moet worden begonnen. Daarmee wordt bedoeld dat zij gebaseerd is op de bevindingen van de integratieve diagnose. Deze betreft biologische, functionele en ontwikkelingsaspecten van de persoon en als laatste de omgevingsomstandigheden. Uitgangspunt bij de behandeling bij mensen met een verstandelijke beperking is volgens hem het vermijden van stress. Fysiologische angstreacties worden onderdrukt door medicaties en er wordt hulp geboden bij de verwerking van stressverwekkende ervaringen. Sociale en omgevingsomstandigheden moeten aan de behoeften van het individu aangepast worden. Hij spreekt vooral van medicamenteuze behandeling en zegt over andere mogelijkheden alleen globaal, "individuele en groepsmatige therapieën en trainingen komen in aanmerking" (Došen, 2005, p.313). Helaas zegt hij niets over de mogelijkheden van muziektherapie, ook bij de bespreking van verschillende behandelingsvormen komt dit niet aan de orde.

Hij bespreekt wel de mogelijkheden van psychotherapie. Die is vooral geschikt bij mensen met een lichte verstandelijke beperking. Došen noemt onder andere als voorbeelden gedragstherapie bij gedragsproblemen en cognitieve therapie/ training bij mensen met een lichte beperking en niet acceptabel gedrag, zoals impulsief, verbaal agressief, teruggetrokken gedrag. Deze trainingen worden volgens hem gegeven binnen Rationeel- Emotionele Therapie en Anger Management.

Ook worden een aantal kenmerken van de doelstelling benoemd, die kunnen bijdragen aan het ontstaan van een zinvolle sociale interactie. De volgende punten kan ik terugzien bij mijn eigen aanpak.

Het aansluiten op cognitief niveau, kan ik bij mijn aanpak terugzien. Maar ik heb dat nog uitgebreid op het aansluiten bij de belevingswereld van de persoon, dat wil zeggen qua muzieksmaak en voorkeuren voor instrumenten. Het rekening houden met de emotionele ontwikkeling kan ik minder herkennen. Ik ben tijdens de sessies op alle emotionele uitingen ingegaan, die te maken hadden met onzekerheid, irritatie door onduidelijkheid en aarzelen bij het uitvoeren van een werkvorm. Mijn reactie was dan vooral intuïtief. Ik benoemde wat ik zag en vroeg na of mijn observatie overeenkwam met mijn vermoeden.

Mijn aanpak was duidelijk op het hier en nu gericht en was structurerend en grenzenstellend. Details heb ik al eerder beschreven onder paragraaf 1.5 mijn werkmodel.

Mijn houding was gekenmerkt door onvoorwaardelijke acceptatie, zonder de ander minder te waarderen. Došen spreekt verder van een directieve aanpak, die vaak re-educatief en expressie bevorderend is. Mijn behandeling was vooral in begin sterk directief, wat naar latere fases minder werd. Een van mijn belangrijkste doelen, was het om expressie te bevorderen, die in begin van de behandeling maar op een gelijkblijvend manier aanwezig was. Het was een van de indicaties voor de muziektherapeutische behandeling. De re-educatieve werkwijze was eigenlijk gepland naar het einde toe van de behandeling, maar werd maar in beperkte mate gerealiseerd. In vorm van feedback te geven en te vragen, dat gericht was op net afgelopen werkvormen. Vooral werd door mij benoemd, wat voor kwaliteit de expressie van de cliënt had. Ik probeerde de link te leggen met reële situaties. Een voorbeeld is de muzikale wedstrijd op instrumenten, waarbij zij zeer krachtig overkwam en het niet mogelijk leek om haar te overwinnen. Ik benoemde dat het een wedstrijd was en vroeg of zij een situatie herkende, waar het over hetzelfde ging. Mijn attitude is gekenmerkt door alert te zijn op een positieve uitstraling tegenover de cliënt. Mijn verwachting is, dat dit leidt tot het gevoel zich thuis te voelen binnen therapie. Ik ben het met hem eens dat de interactie moet leiden tot een goede affectieve relatie.

Het volgende kenmerk van de door hem benoemde doelstellingen is de interactie via communicatiekanalen, waarover de persoon beschikt. Omdat de cliënt zich verbaal goed kon uitdrukken, waren geen bijzondere aanpassingen nodig. Het aanpassen aan de psychische draagkracht van de cliënt gebeurde bij mij vooral door observatie van de reacties en mijn intuïtief reageren daarop. Došen geeft als laatste de aanbeveling met de geringere leervermogens rekening te houden, bijvoorbeeld door hogere frequentie van de zittingen. Dit was hier niet het geval. Per week was er een sessie gepland van 45 minuten. Wel heb ik bepaalde werkvormen meerdere weken achter elkaar vaak herhaald. Enerzijds om daardoor veiligheid te bieden door herkenning van al bekend materiaal en anderzijds om structuur aan te brengen door werkvormen in een steeds terugkerende volgorde aan te bieden.

Provocatieve therapie

Bij mijn literatuurstudie ben ik nog een ander therapievorm tegen gekomen, die echter volgens mij niet zo bekend is, namelijk provocatieve therapie. Enkele kenmerken van mijn werkmodel heb ik hierin

terug kunnen vinden. Vandaar dat ik daar kort op in wil gaan. Ook geven Hollander & Wijnberg (2006) aan dat deze vorm van behandeling ook bij cliënten met angststoornissen ingezet kan worden. Provocatieve therapie werd 1963 door Frank Farrelly ontwikkeld, een Amerikaanse psychotherapeut, die oorspronkelijk werkte met Rogeriaanse psychotherapie. De basis vormen de drie elementen: warmte, humor en contact (Hollander & Wijnberg, 2006). Farrelly doet dingen die een "gewone" therapeut niet zou doen, omdat hij geen accepterende houding toepast. Volgens hem is deze accepterende houding ver weg van het alledaagse leven. De manier waarop hij praat lijkt meer op het samenzijn onder vrienden die ook wel eens grapjes over elkaar maken. Voorbeelden van wat Farrelly aan interventies doet: hij luistert niet langer dan die zin heeft, hij onder breekt de ander, hij laat zijn gesprekspartner niet aan het woord komen, hij maakt grappen over de ander, hij raakt de ander aan, is onbeleefd en geeft idiote adviezen (Klein, 2001).

De provocatieve benadering is een manier van werken, waar veel bij gelachen wordt. Provocatieve therapie is een oplossingsgerichte methode, die de energie en krachten van de cliënt mobiliseert. Het houdt ook in, dat de cliënt zelf verantwoording draagt en de slachtoffermentaliteit tegengegaan wordt. Om de cliënt aan te moedigen wordt humor als motor gebruikt. Het is een toekomstgerichte aanpak in tegenstelling tot sommige traditionele psychotherapeutische stromingen. Deze aanpak wil juist de probleemgeoriënteerde stemming doorbreken. Deze methode wordt meer gezien als een bepaalde communicatiestijl (Klein, 2001; Höfner & Schachtner, 2008, die vooral als ondersteuning van al bestaande psychotherapeutische stromingen kan dienen).

Door de beïnvloeding door middel van humor en uitdaging wordt de cliënt geprikkeld tot lachen en weerstand. „Sowohl Lachen als auch Rebellion koppeln mühelos Denken und Verhalten an das Gefühl an, ohne dass der Betroffene seine Abwehr gegen den Beeinflusser mobilisieren kann. (Höfner und Schachtner, 2008, p. 27) Volgens mijn ervaring is het belangrijk behalve het denken ook het voelen te activeren wil een veranderingsproces effectief zijn. Weerstand wordt wel door de therapeut geprovoceerd, maar wel zo geleid, dat die zich tegen het eigen schadelijke gedrag richt. Volgens Höfner & Schachtner (2008) is het gelach bevrijdend en de opgeroepen weerstand zet tot beweging aan.

De therapeut handelt vanuit de opvatting, dat verandering mogelijk is en is vanuit zijn hart bezig. Iedereen heeft resources om zichzelf te helpen, men moet alleen maar actief worden. Zijn attitude is zeer belangrijk, daarmee zijn handelen niet cynisch en kwetsend wordt waargenomen tijdens interventies. De relatie, die de basis is voor de provocatieve therapie, moet vertrouwensvol zijn en daarbinnen moet de waardigheid van de cliënte gewaarborgd zijn (Klein, 2001). Tevens zijn therapeut en cliënt gelijkwaardig. Het gaat om bejegening binnen de sessies.

Ten grondslag aan alle provocatieve interventies is de goede draad met de cliënt (Höfner en Schachtner, 2008). Zonder alert daarop te zijn of die aanwezig is werken de interventies niet. Een vriendelijke glimlach en het maken van blikcontact zijn nog niet voldoende, wanneer zij niet eerlijk vanuit het hart komen. De therapeut demonstreert dat die iets begrijpt en doet niet alleen maar begripvol. Volgens Höfner is het voeren van een dialoog belangrijker dan een monoloog. Hij zou zelfs de ander onderbreken. Dit is dan het meest van belang, wanneer de cliënt al lang met zijn probleem bezig is geweest en dan in de sessie bijna in trance zijn verhaal kwijt wil. Höfner beschrijft, dat het dan geschikt is om de ander "op te wekken", zodat spontaan nog andere reacties kunnen ontstaan. Hij onderbreekt op die manier, dat hij blijk geeft dat die de hoofdmotieven en belangrijkste gedachte begrepen heeft. Als laatste basale aspect worden non- verbale boodschappen benoemd. Juist omdat bij deze vorm van communicatie voortdurend op verbaal niveau door de provocatie brutaal, soms boos kan overkomen, wanneer men oppervlakkig daarnaar kijkt, moet dit de aandacht krijgen. Tevens heeft binnen de communicatie het non-verbale een groter aandeel dan het verbale. Een therapeut die deze stijl van communicatie toepast zal altijd op non- verbaal niveau blijk daarvan geven, dat hij de ander waardeert en gelijkwaardig vindt.

De therapeut, die deze stijl wil toepassen moet zichzelf goed kennen en ook over zichzelf kunnen lachen. Hij moet ook weten dat daar dingen zijn, die hij van belang om überhaupt een bevredigend samenleven te kunnen voeren. Höfner en Schachtner (2008) geven daaraan de naam "Leuchtturmprinzipien". Deze principes houden in dat iedereen menselijke waardering nodig heeft, dat de omgang met elkaar fair en oprecht zoude zijn en dat de mens de verplichting heeft om op (geestelijk) gebied verder te groeien. Wat betreft de persoon van de therapeut, moet die zich daarvan bewust zijn, dat die de leidinggevende is. Binnen emotionele probleemsituaties verliest de mens de leiding van zijn leven. Alleen een combinatie van de goede draad en leiding maakt volgens Höfner beïnvloeding nodig en heeft als doel zelfstandig denken te creëren. Zonder goede draad zou het autoritair bevelen zijn. Tijdens geleide beïnvloeding moet de therapeut bereid zijn op de ander in te gaan. Het is geen manipulatie, wanneer de therapeut met deze leidingstijl geen eigen doelen nastreeft.

Wat doet de therapeut dan eigenlijk precies, als die op die manier bezig is? Anders dan bij traditionele therapievormen wordt de diagnose niet vooraf gesteld, maar meestal tijdens het handelen. Het wordt

(Höfner, Klein) als actiefdiagnose benoemd. Die krijgt op die manier vorm dat de therapeut van alles gaat veronderstellen en daarbij registreert hoe de cliënt reageert. Is een veronderstelling doeltreffend zal de persoon makkelijk meer over het thema vertellen. De therapeut kan ook opzettelijk misverstaan of verrassende opvattingen hebben. De veronderstellingen kunnen bijvoorbeeld ook zeer absurd zijn. De effectiefste manier om bij iemand weerstand op te roepen is om hem met zijn negatieve eigenschappen te confronteren. De mens blijkt een mechanisme te hebben, om tegen te spreken, daarom is het makkelijk om door weerstand op te roepen iemand tot beweging aan te zetten. De therapeut gaat daarbij sterk overdrijven en maakt alles heel absurd. Soms houdt de therapeut zijn cliënte ook een spiegel voor. Dat is geen gewone, want die laat alles als karikatuur verschijnen. De ander krijgt voor ogen gehouden waar iets naartoe zou kunnen gaan. Dit kan natuurlijk ook met het wereldbeeld of zelfbeeld van iemand. Volgens Höfner en Schachtner (2008) denken mensen in beelden. Daarom wordt ieder verzoek met behulp van beelden binnen therapie invloed te nemen sneller succesvol kunnen zijn. Met de eigen levenssituatie confronteert te worden, zonder vertekening is voor de meeste schokkerend, maar kan wel de zelfbepaling weer activeren. De mens is en sociaal dier. Hij is daarvan afhankelijk door een scherpe waarneming de juiste betekenis aan de signalen van anderen te geven. Hij bezit "antennen" die door vervorming het gebeuren kunnen vervreemden. Ieder mens heeft een eigen encenering. Hij gedraagt zich op een daarbij passende manier, maar gelijktijd wil hij daardoor bij de ander ook een bepaald gedrag uitlokken. De enceneringen zijn daarom nooit waardevrij. De rol van de therapeut is te kijken dat wat de cliënt vertelt over zijn encenering buiten de sessie klopt met wat die actueel ziet gebeuren. Wanneer het vertelde sterk vertekend is zegt dat veel over de "bril" die de realiteit van de cliënt vervormt. Ten slotte is het belangrijk te weten dat een therapeut die de provocatieve communicatiestijl toepast niet de hele tijd fantasierijk, grappig en absurd hoeft te zijn. Hij kan ook tussendoor dingen op serieuze toon zeggen. Het is juist goed om eigen meningen te uiten om misverstanden tegen te gaan, die kunnen ontstaan omdat wijsheden die van psychotherapeuten gezegd worden vaak als vaststaand waargenomen worden. De snelle wissel van serieus en grappig heeft tevens het voordeel, dat de alertheid van cliënt vastgehouden wordt en de dingen daardoor beter in het geheugen blijven hangen. Het gaat niet om een "One-man-show". De vele creatieve mogelijkheden kunnen bedwelmend werken op een beginner bij de toepassing van deze stijl. Het is goed door relativeren weer als mens waargenomen te worden.

Er is nog kritiek aan deze therapievorm te vinden, omdat tot nu toe nog te weinig onderzoek naar de effecten is gedaan. Hoe de de hierboven benoemde aspecten van deze stijl vorm krijgen binnen gesprek leg ik uit in hoofdstuk 3, paragraaf 3.3.1 verbale uitlokkingstechnieken.

2.2.3 Behandelen van sociale fobie met muziektherapie

Het is de vraag welk voordeel kan muziektherapie bieden bij de behandeling van sociale fobie. Ik beschrijf in het volgende stuk tekst alleen de mogelijkheden bij deze stoornis bij kinderen en ga niet verder in op de specifieke doelgroep van mensen met een verstandelijke beperking. De reden hiervoor is het ontbreken van onderzoek op dat gebied. Ik heb een artikel gevonden, die een behandelprogramma voorstelt, dat gericht is op kinderen met sociale fobie. Het gaat daarbij om een pilootproject dat in Ulm (Duitsland) is ontwikkeld en nog op de proef gesteld wordt. Het behandelingsprogramma richt zich aan kinderen in de leeftijd van 7 tot 12 jaar. Aangezien de ontwikkelingsleeftijd van mensen met een lichte beperking ook aangegeven wordt met 7-12 jaar is misschien mogelijk dingen naar deze doelgroep over te dragen. Wel met de nodige aanpassingen met betrekking tot een volwassen benadering.

Combinatiebehandeling

Binnen het programma is gekozen voor een combinatie van muziektherapie, gedragstherapeutische elementen en oudergesprekken. Muziektherapie helpt daarbij zichzelf en de ander waar te nemen en geeft tevens de mogelijkheid experimenten met nieuw gedrag op gebied van non-verbale communicatie te doen. Gedragstherapeutische elementen die toegevoegd worden hebben te maken met huiswerk, dagboek voeren en psychoeducatieve elementen. Bijvoorbeeld het herkennen en onderscheid maken tussen angst en moed of het leren van een model.

Voordelen muziek

Volgens Ellerkamp & Goldbeck (2008, p. 28) biedt muziek een aantal voordelen in vergelijking met andere behandelmethoden. Binnen verbale therapieën voelen zich kinderen met sociale fobie vaak onder druk gezet wat veel stress en angst oplevert. Zij reageren dan vaak met blokkades en het terugtrekken uit contact, zodat het moeilijker is een therapeutische relatie op te bouwen. Speelse en creatieve elementen van muzikale improvisaties doen een appel op de kinderen en spreken deze op

die manier makkelijker aan. Daarbij geven de instrumenten de mogelijkheid om speels daarmee om te gaan en van het eigen spel te genieten.

De muziektherapeutische behandeling benadrukt directe expressie van emoties en de regulatie daarvan. Eerst op non-verbaal niveau later ook door middel van verbale reflectie. Dit is nog een voordeel tegenover verbale therapievormen. Deze aspecten zijn voor de sociale context van groot belang. Nadat identificatie plaats heeft gevonden, wordt op speelse manier binnen de groep gecommuniceerd. Dit geeft een trainingseffect, om de geleerde dingen beter in het dagelijks leven te kunnen integreren. Het zullen generalisatie en habituatie bereikt worden, dus het toepassen van de geleerde dingen op situaties die lijken op het geoefende en de gewenning daaraan.

Structuur van de behandeling

Het programma begint met 3 sessies individuele therapie. Deze zijn bedoeld voor kennismaking en een individuele analyse. De therapeut achterhaald welke resources, vaardigheden en voorkeur een kind heeft. Het is tevens de eerste stap om een relatie met de therapeut op te bouwen en de motivatie te wekken om met muziektherapie door te gaan.

De groep biedt meer mogelijkheden als oefenterrein voor sociale interacties. Het helpt bij het afbouwen van remmingen in en uitdrukking van gevoelens kan geoefend worden.

De groepsessies worden geopend met een begroetingslied en een openingsrondje waarin iedereen terugkijkt naar de afgelopen week. Iedereen krijgt de kans om te vertellen van een positieve en een minder positieve gebeurtenis dat die heeft meegemaakt.

In iedere sessie wordt een thema behandeld. Thema's zijn onder andere moed hebben, nee zeggen en nieuwsgierig zijn. De therapeut stelt zich aanmoedigend op en handelt voorspelbaar wat betreft afloop, structuur en doelen van de werkvormen.

Methode

De door Ellerkamp en Goldbeck (2008, p. 29-31) voorgestelde methode is globaal gezien ten eerste sterk gericht op oefening en ten tweede op de resources van de deelnemers. Zowel actieve als ook receptieve methoden worden tijdens de behandeling ingezet.

Receptief worden b.v. klankreizen in de fantasie ingezet. De imaginatie oefening is gericht op ontspanning. Actieve methoden zijn gestructureerd en richten zich op het beleven en handelen. Het worden werkvormen toegepast die de interactie en de communicatie bevorderen. Beeldende elementen kunnen ter ondersteuning van beluisterde of zelf gespeelde muziek ook een rol spelen.

Rollenspellen zijn een voorbeeld voor een op oefening gerichte werkvorm, zoals het "reporterspel". De cliënt speelt een beroemde persoon, die door de anderen bevraagd mag worden.

Een werkvorm die de resources van de cliënt wil bevorderen betreft individuele vaardigheden en voorkeuren in het spel. Bijvoorbeeld het "solo-tutti-spel". De cliënt neemt een instrument naar keuze en kan binnen de groep meerdere keren solo's doen. Door het geven van spelimpulsen staat diegene even in het middenpunt van de opmerkzaamheid. Volgens Ellerkamp & Goldbeck blijkt, dat deze opgave minder moeite maakt dan bij angstige kinderen normaal gesproken het geval zou zijn. Het speelse karakter en het modelleren door de therapeut en de groep maakt het doenlijk voor de cliënt. Verbazend is, dat de kinderen het blijkbaar ook als plezier beleven. De auteurs geven daarvoor de verklaring, dat het een onderbreking van de gewone patroon is (Ellerkamp & Goldbeck, 2008, p. 31).

Ellerkamp en Goldbeck raden af van volledig vrije improvisatie, zoals die vaak binnen muziektherapie ingezet wordt. Volgens hen leidt dit bij bange, onzekere kinderen meestal tot overvraging, raadloosheid en als gevolg daarvan tot terugtrekking uit contact (2008, p.32). Semi-gestructureerde werkvormen zijn volgens hen beter geschikt, omdat zij meer veiligheid bieden, de kinderen zich makkelijker kunnen inleven en toch ruimte laten voor speelsheid en creativiteit geven.

Doelen van de behandeling

Dit zijn kort samengevat de doelen van het programma aan de universiteit te Ulm.

- waarneming van emoties en identificatie
- adequate expressie en regulatie van eigen gevoelens en wensen
- verhogen van de zelfwaardering
- verbeteren van sociale competentie
- de mogelijkheid om emotioneel en sociaal bij te leren
- verwerking van angsten

Het voorgestelde behandelprogramma voor de kinder- en jeugdpsychiatrie van de universiteit in Ulm werd in 2005 ontwikkeld. Door de positieve resonantie van de deelnemers en een eerste evaluatie van de effecten spreken daarvoor door te gaan met het programma.

Op dit moment wordt door middel van een gecontroleerd en gerandomiseerd onderzoek nagegaan in welke mate angstige kinderen daarvan profiteren. Dit effectonderzoek brengt in kaart welke invloed het heeft op het verbeteren van de klinische symptomen, de vaak voorkomende depressieve klachten, het verminderen van probleemgedrag en het verbeteren van de levenskwaliteit. Helaas zijn de resultaten nog niet gepubliceerd, anders had ik hier nog daarop in kunnen gaan.

Hoofdstuk 3 Het aspect uitdaging

3.1 Definitie van uitdagend gedrag

Wat is nou uitdaging? Deze vraag is niet zo makkelijk te beantwoorden, omdat het begrip meerdere perspectieven kent. Aan de ene kant uitdaging vanuit de cliënt zelf en aan de andere kant de therapeut die uitlokkingstechnieken gebruikt om andersom zijn cliënt uit te dagen.

Tijdens de literatuurstudie voor dit onderzoek was het moeilijk om een definitie van uitdagend gedrag te vinden die mijn eigen ideeën daarover onderbouwde. Meestal werd het opgevat als gewelddadig gedrag in de zin van schoppen, slaan, bijten en dergelijke. Delfos (2003) geeft aan dat er een nauw verband is tussen angst en agressie (zie ook hoofdstuk 2), omdat de universele vechtinstant een bescherming tegen gevaar. Zij voegt daaraan toe, dat agressie ook een poging kan zijn om de ander angst in te boezemen. Dit is ook een manier om de tegenstander te overwinnen, stoppen of te doen verdwijnen.

Volgens mij kan het begrip provocatie het beste weergeven wat hier met uitdagend gedrag bedoeld wordt. De vorm van uitdaging, die ik met de cliënte tegen ben gekomen is non-verbaal en bestond niet daarin te slaan of iets dergelijks. Veeleer was het een vorm van interactie, waarin het ging om een wedstrijd. De andere werd steeds weer geprikkeld om te reageren, alsof er de vraag was, wie het hardst, langst of snelst kon spelen. Dit kreeg onder ander vorm in de werkvorm 'Twee klappen' (Zie 1.5 Mijn werkmodel). Volgens mij lijkt dat op de manier die Delfos beschrijft. De cliënte probeerde om bij mij indruk te wekken binnen de wedstrijd.

Waar het bij agressie algemeen gezien om gaat, is het territorium van iemand en het verleggen van de eigen grenzen. "Als mensen tegen beperkingen oplopen reageren zij verschillend. Er zijn mensen die zich nauwelijks bewust zijn van hun situatie of zich er apathisch bij neerleggen" (Schoor, 2005, p.23) Deze mensen geven de strijd op en reageren met neerslachtigheid, pessimisme en zinloosheid. Hier bedoelt de auteur vooral ziekte. "Anderen daarentegen accepteren de opgelegde grenzen of beperkingen niet en worden strijdbaar, agressief of gewelddadig (Schoor, 2005, p. 23)."

In vergelijking met mijn cliënte ziet het beeld als volgt uit. Zij was in haar reacties niet apathisch, veeleer was zij angstig en gespannen. Toen zij meer vertrouwen had begon zij iets over haarzelf te vertellen, b.v. over werk of over het paardrijden. Voordat zij dit deed kwam vooraf de fase waarin zij uitdagend gedrag in haar spel liet zien. Dit beschouw ik als wissel naar het strijden en dus als het verleggen van grenzen. In dit geval in vorm van een wedstrijdje.

Grenzen kunnen veel verschillende dingen omvatten. Het is niet alleen het aangeven van 'tot hier en niet verder'. Ook het geweten geeft grenzen aan en wetten, huisregels of door driftonderdrukking in de opvoeding. Verder kunnen ze ook "resultaat zijn van doorstane vernederingen zoals misbruikte kinderlijke onschuld of kinderlijke spontaniteit of van het feit, dat iemand als kind steeds weer belachelijk is gemaakt." Dit kan leiden tot eventueel wantrouwen of gereserveerdheid tegenover anderen. Het maakt mensen natuurlijk kwetsbaarder en kan daartoe leiden, dat agressie opgekropt wordt. Als laatste aspect wordt aangesproken, dat er een verband is tussen het veel geslagen worden van kinderen door de ouders en later optredende suïcidepogingen en depressies. Deze worden beschouwd als tegen zichzelf gerichte agressie.

Met betrekking tot de cliënte weet ik, dat zij vroeger is gepest op school en op straat. Volgens mij kan dat een reden zijn voor haar teruggetrokkenheid en moeite om contact aan te gaan.

Agressie heeft niet alleen negatieve kanten. "Het willen verleggen van grenzen is vergelijkbaar met het willen scheppen van meer persoonlijke ruimte: vergroting van levensruimte door het mobiliseren van levensenergie (Schoor, 2005, p. 23) ." Agressie kan als een vorm van zelfhandhaving beschouwd worden. Het verleggen van grenzen naar buiten kan op meerdere manieren geuit worden: rechtstreeks, maar niet destructief, indirect door symbolische activiteiten of door omvorming wordt het getransformeerd, b.v. in dienstbaarheid of creativiteit. Wanneer men boos is zet men b.v. zijn energie om, door druk aan de slag te gaan met activiteiten.

Došen (2005), beschrijft meerdere soorten agressie. Onder andere noemt hij affectieve agressie, die impulsief en ongecontroleerd van aard is. Zij is gekenmerkt door een hoog arousal, affectieve labiliteit en ontremde motoriek. In tegenstelling tot doelgerichte agressie. Deze is juist gecontroleerd en wordt ook instrumentele agressie genoemd. Deze is meestal aangeleerd en wordt door bekrachtiging (beloning) in stand gehouden. Volgens Došen komt het niet tot een cognitieve inzinking, het arousal is laag en de motoriek onder controle. Volgens mij is dit het leerproces waar het hier om gaat, het leren van gecontroleerde agressie. Volgens Titze (2004) hebben mensen gebrek op het gebied van motivatie om het eigen leven actief aan te pakken en stand te houden. Op grond van een identiteit, die rond de deficits die een mens met een beperking op bepaalde gebieden kan ondervinden, is opgebouwd, ervaart diegene ontmoediging. Hij ervaart zich in zijn rol als incompetent.

Dit laat zien, dat het van belang kan zijn, om iemand te activeren, en zij het binnen een speelse alsof-situatie. Dit is volgens mij gebeurd, doordat ik de cliënte speels heb benaderd en zij daarop en op humor positief reageerde, zodat zij meer vertrouwen kreeg. Wij werkten dus op een indirect door een symbolische situatie te creëren.

Natuurlijk speelt bij zo een proces ook het probleemoplossend vermogen een rol. De een zal daar meer moeite mee hebben dan de ander. Het bepaald wel of iemand b.v. om hulp gaat vragen of zich sneller agressief uit dan iemand anders, of het kan gebeuren, dat iemand in de war raakt en professionele hulp daarbij nodig heeft.

Het territorium wordt in meerdere ruimtes opgedeeld, waarvan ieder min of meer de omgeving van de persoon omvat. De intimiteitsruimte, de persoonlijke ruimte, sociale ruimte en publieke ruimte. Het is voor iedereen belangrijk grip op eigen territorium te hebben. De intimiteitsruimte is wat dat betreft een gebied met extremen. Enerzijds een plek voor jezelf, de privé-sfeer en anderzijds gaat het om het delen van gevoelens (liefde, erotiek). Persoonlijke ruimte omvat de omgang met kennissen en collega's, dus sociale interactie. Nog verder af staat de sociale ruimte, waarmee o.a. ontmoetingen in wachtkamers, winkels e.d. bedoeld worden. In de publieke ruimte gaat het alleen om anoniem sociaal verkeer. De ruimtes gelden zowel ten opzichte van ruimtelijke, als ook van psychosociale aspecten. "In het alledaagse functioneren zijn we steeds met het territorium bezig. We lopen als het ware in een soort omhulsel die we al naar gelang onze stemming, kennis en kunde, vertrouwen, zelfvertrouwen, veiligheid en zekerheid, kleiner, dan wel groter maken (Schoor, 2005, p.25)." Dit gebeurt om controle over de eigen persoon te behouden. Overbelasting kan inkrimping van territorium (regressie) ten gevolge hebben. Wanneer iemand ziek is, is dat o.a. het geval. Dan gaat diegene het wat rustiger aan en trekt zich b.v. iets terug.

Agressieve uitingen kunnen verschillende factoren voorafgaan. Voorbeelden zijn: zich psychisch niet goed voelen, gedachten die onaangenaam zijn of zelfs pijn doen, omgevingsfactoren en gedragingen van anderen. Er wordt ervan uit gegaan, dat de oorzaken of aanleiding leiden tot een kortstondig moment van machteloosheid. Dit lokt agressie uit en dit heeft wederom gevolgen voor de persoon. Als oorzaken worden vier begrippen genoemd, die kunnen aanleiden tot agressieve reacties, namelijk het verliesaspect, ontberingsaspect, aantastingsaspect en bedreigingsaspect. Al deze dingen leiden tot radeloosheid, angst, verdriet, boosheid en emotionaliteit. Afhankelijk, hoe iemand reageert, zal de volgende reactie verschillend gedrag oproepen, tenzij agressieve gevoelens of het wordt als stresssituatie beleefd. Bij angst zal het waarschijnlijk eerder leiden tot een stressvolle situatie, dan tot agressie, wanneer de persoon weinig zelfvertrouwen heeft. Bij een persoon, die zeer zelfbewust is zal het eerder agressieve gevoelens oproepen, zal ik verwachten. Bij mijn cliënte heb ik het eerste waargenomen. De onzekerheid in sociale situaties beperkt haar interactie met anderen. De gevolgen kunnen drie dingen uitlokken. Het kan leiden tot meer levensenergie, tot een positieve uiting of tot gewelddadig geuite (negatieve) agressie.

3.2 Uitdaging binnen de ontwikkelingspsychologie

Binnen de levensloop van de mens zijn er twee fases, waarin uitdaging een rol speelt binnen de normale ontwikkeling. Rigter (2003, pp.322-323) beschrijft de koppigheidsfase die bij kleine kinderen tussen 2,5 en 3,5 jaar plaatsvindt. In die tijd gaat het om het verwerven van autonomie door het kind. Het kan zich met taal al voldoende uitdrukken om te zeggen 'ik wil' of 'zelf doen' om de eigen wil uitdrukking te geven. Het kind wil macht uitoefenen en kan dit ook doen door op alles nee te zeggen (Delfos, 2003, p.35) De ontwikkeling gaat meestal gepaard met driftbuien en koppigheid, van daar de naam van deze fase. De negatieve verschijnselen gaan meestal vanzelf over. Rigter geeft wel aan dat risicofactoren, zoals een moeilijk temperament en een onveilige gehechtheid het ontstaan van een gedragsstoornis kunnen bevorderen. De tweede fase waarin uitdagend gedrag een plaats heeft is de adolescentie. In deze fase neemt ander lastig gedrag toe. Dit gebeurt vooral op gebied van het overtreden van normen en regels buiten de gezinssituatie. Het bereiken van autonomie en identiteit

staat voorop. Voor de jeugdigen is het losmaken van de ouders belangrijk en het richten op leeftijdsgenoten. "Het meedoen met de groep waarbij uitdagen en testen van 'het gezag' hoort, brengt met zich mee dat bepaalde regels en normen makkelijker overtreden worden" (Rigter, 2003, p. 322). Delinquent in een lichte vorm wordt als normaal beschouwd. Dekovic (geciteerd in: Rigter, 2003, p. 322-323) zegt dat adolescenten die juist nooit iets uithalen slechter scoren op sociale vaardigheden en ook op acceptatie door leeftijdsgenoten en zelfvertrouwen. Normaal lastig gedrag gaat voorbij, omdat kinderen nieuwe vaardigheden ontwikkelen. Het gaat hierbij om dingen als het leren remmen van gedrag. Zij ontwikkelen prosociaal gedrag en moraliteit en evenals de remming van agressief gedrag.

Ontwikkelingsaspecten

De boven genoemde fasen laten herkennen, dat het verwerven van autonomie in verband met uitdaging een grote rol speelt. Binnen de ontwikkelingspsychologie wordt een nauw verband toegekend aan het samengaan van emotionele en persoonlijkheidsontwikkeling. Volgens Došen (2005) kan de emotionele ontwikkeling voor een groot deel bepalend zijn voor de eigenschappen van de persoonlijkheid. In elk fase vormt zich op grond van interactie tussen fysiologische en psychosociale aspecten een karakteristieke persoonlijkheidsstructuur of persoonlijkheidslaag (Došen, 2005, p.53). De psychosociale van mensen met een verstandelijke handicap kennen dezelfde opeenvolging als die van 'gewone' mensen.

De koppigheidsfase bij een jong kind en tijdens de adolescentie vallen binnen twee fasen in de ontwikkeling van de mens, waar belangrijke stappen gezet worden. De eerste individuatiefase is volgens Došen (2005) van 18 tot 36 maanden. In die tijd ontwikkelt de zelf- ander differentiatie en het objectief zelf (volgens Stern). In deze fase neemt het kind afstand van lichamelijk contact. Dit is noodzakelijk voor individuatie en het verkrijgen van autonomie, zoals hierboven beschreven. Objectief zelf wil zeggen, dat de verbale vaardigheden zich in die tijd zo ver ontwikkelen dat verbale communicatie mogelijk wordt. Door de nieuwe vaardigheid om iets te benoemen is het ontdekken van de eigen wilskracht een spannende ervaring. De koppigheidsfase wordt door Mönks en Knoers (1996) als kernproces voor ontwikkeling van wil en persoonlijkheid aangezien. De adolescentie vindt zijn plaats in de fase van de tweede socialisatie (Došen, 2005) rond de leeftijd van 12 tot 17 jaren. Binnen deze levensfase wordt een kritisch en ideaal ego gevormd. De interpersonale verwachtingen ontstaan binnen deze tijd. Sociale systemen, de sociale omgeving worden steeds belangrijker en het geweten wordt ontwikkeld. De ontwikkeling van de eigen persoonlijkheid gaat zich meer uitbreiden naar de sociale context buiten het gezin of de gezaghebbende van de eerste orde.

Zoals van Delfos beschreven heb ik mijn cliënte aan het einde van de behandeling ervaren. Ik had het idee, dat zij niet kon stoppen met de speelse wedstrijd, omdat zij zo veel zin had, om steeds het laatste woord te hebben en weerwoorden te geven. Het gaat volgens mij dus om de vorm van de communicatie. Volgens Titze en Eschenröder (2007, p. 34) is het fantasiespel bij kinderen een indicator voor sociale competentie. Binnen het model van Erikson wordt ook de betekenis van spel benadrukt. Hij benoemt de leeftijd van 3 tot 5 jaar als een fase waar het spel belangrijk is. Het gaat daarbij om het leren initiatief te nemen. Spel is geen passief consumeren, maar een doelgericht en actief gebeuren (Mietzel, 2002). Verschillende theorieën benadrukken ieder een bepaald aspect, die betekenis geeft aan spel. Het kan oefening zijn voor de volwassenheid (bijvoorbeeld in vorm van rollenspel), kan door het bieden van ontspanning een bevrijdend effect hebben, het is een vorm, waarin men te veel energie kwijt kan en het kan ook bijdragen aan het verwerven van (cultureel bepaalde) kennis, omdat het een weerspiegeling van realiteit is (Mönks en Knoers, 1996, pp. 100-101). Dit zijn redenen genoeg, om speelsheid binnen muziktherapeutische behandeling te stimuleren als een plak waar spel mogelijk is.

3.3 Uitlokkingstechnieken

Uitlokking kan op allerlei manieren uitgevoerd worden, onder andere door humor. Deze is niet alleen maar in de woorden terug te vinden, maar kan ook goed in gebaren en mimiek uitgedrukt worden. Immers wil humor iemand tot lachen aanzetten, dat is ook een vorm van uitdaging. Het is gebleken dat uitlokkingstechnieken binnen vele psychotherapievormen een rol spelen. Een goed overzicht geven Titze en Eschenröder (2007) over het gebruik van humortechnieken binnen elf therapievormen. Humortechnieken zijn nauw verwant met de uitlokkingstechnieken die binnen de provocatieve therapie worden toegepast. Titze en Eschenröder geven daarnaast ook een overzicht van technieken die algemeen toepasbaar zijn en niet de nadruk op een bepaald aspect van het therapeutische proces leggen. Ik ga hier alleen op de algemene technieken in. Volgens Titze en Eschenröder (2004; 2007) is het toepassen van humor bij kinderen met een beperking een succesvol middel.

3.3.1 Verbale uitlokkingstechnieken

Binnen provocatieve worden een veeltaal gesprekstechnieken gebruikt. Enkele zijn al beschreven binnen hoofdstuk 2 (Paragraaf 2.2.2 De behandeling van angststoornissen). Daarom wil ik hier alleen op humortechnieken ingaan. Humor wordt binnen verschillende psychotherapeutische scholen als techniek ingezet. Het volgend overzicht is niet aan en bepaalde psychotherapeutische methode gebonden. Volgens de auteurs is het algemeen geldig voor psychotherapeutische behandeling (ontleend aan Titze en Eschenröder, 2007, pp. 127- 133, eigen vertaling).

Humortechniek	Definitie
Verrassing	Belangeloze gebeurtenissen worden op verrassende wijze gethematiseerd om een therapeutische boodschap over te brengen.
Maatloosheid	Klaarblijkelijke overdrijving/ understatement met betrekking tot grootte, proporties, tijd, aantal, aard en kwaliteit van gevoelens en gedragingen.
Absurditeit	Alles, wat onnozel, onlogisch, zinloos, gek, irrationeel of vervormt is.
Conditio humana	Dit heeft betrekking op levensomstandigheden, waarmee de meeste mensen geconfronteerd zijn. De therapeut bekijkt deze vanuit een humoristisch perspectief. Van daaruit worden deze gerelativeerd.
Incongruentie, paradoxie	Verbinding van twee dingen, die gewoon niet samen horen (Ideeën, gevoelens, situaties, objecten enz.).
Confrontatie, bevestiging	Met deze vorm van humor wordt de cliënt geconfronteerd met zijn disfunctionele gedragspatronen. Tegelijkertijd wordt de zelfwaardering versterkt door de opvatting, dat een zodanige humor pas dan kan werken, wanneer een aanmoedigende component daaraan verbonden is.
Woordspel	Gebruik van dubbelzinnigheid, bonmots, slagerteksten, zinspeling, gebruikelijke citaten en spreekwoorden om therapeutisch relevante boodschappen over te brengen.
Imitatie, spiegeling	Humoristische imitatie van stereotype uitingen van de cliënt, die afgeleid kunnen worden van disfunctionele gedragspatronen.
Relativering	Bepaalde gebeurtenissen worden gerelativeerd door deze binnen een vergroot kader te bekijken. Daardoor gaat de eis van absolute verlies verloren. De volgende boodschap wordt uitgezonden: 'Niets is zo serieus, als wij vreezen! De dingen zijn niet nutteloos.' (Jankelevitch, geciteerd in: Titze en Eschenröder, 2007, p.132).
Tragikomisch, 'Der tragisch- komische Dreh'	Dit is een delicate techniek, die vraagt om chirurgische precisie, om de zelfbeschadigende energie van de cliënt te transformeren in genezende komische energie. Het begin is het tijdelijk (impliciet of expliciet) goed afgestemde vergezellen van een tragische en een komische component. Het resultaat is een verzoening van de incongruentie die door de onmiddellijke humorreactie (lachen) geuit wordt.

Figuur 4 Humortechnieken

Humor kan van groot belang binnen psychotherapie om communicatieve vaardigheden te bevorderen. Het schept een aangename sfeer. 'Es ist schwierig jemanden nicht zu mögen,der uns zum Lachen bringt (Titze und Eschenröder, 2007, p. 34).'

3.3.2 Non- verbale uitlokkingstechnieken

Titze en Eschenröder (2007) noemen als non- verbale uitlokkingstechniek lichaamshumor ("Körperhumor"). De definitie wordt als volgt beschreven (eigen vertaling): 'Het lichaam als geheel of bepaalde lichaamsdelen worden ingezet om non- verbaal te reflecteren, hoe bepaalde verkeerd aangepaste manieren op de omgeving werken. Daardoor wordt opheffing van een zodanig patroon gestimuleerd (Titze en Eschenröder, 2007, p.132)'. Non- verbaal een boodschap over te brengen

heeft voordelen bij de doelgroep mensen met een verstandelijke beperking. Er is geen lange uitleg nodig en het is onmiddellijk inzetbaar en bevordert speelsheid en een goede sfeer.

3.3.3 Muzikale uitlokkingstechnieken

Kenneth E. Bruscia heeft improvisatietechnieken geformuleerd voor de inzet in de klinische praktijk. Hij beschrijft zes technieken die cliënten uit kunnen lokken (Zie figuur 5).

- 1) Het herhalen: de therapeut biedt hetzelfde ritme of dezelfde melodie enige keren aan, ofwel opvolgend ofwel met korte tussenpozen.
- 2) Modelling: de therapeut vertoont of demonstreert een doelgedrag, kwaliteit, gevoel, trek (eigenschap), enz. voor de cliënt om na te streven.
- 3) Ruimte maken: de therapeut improviseert en verschaft ruimte binnen de structuur van de improvisatie, om de cliënt de gelegenheid te geven te antwoorden of geluiden in te vullen.
- 4) Tussenvoegingen: de therapeut blijft stil en improviseert alleen als de cliënt een pauze houdt, waardoor de cliënt de eerst verantwoordelijke is voor de improvisatie, terwijl hij tevens suggesties geeft aan de cliënt om door te gaan.
- 5) Uitbreiding: in een muzikale context; de therapeut verlengt de zin van de cliënt. Dit kan bereikt worden door het toevoegen van geluiden aan het einde van de zin of door het toevoegen van een overlappende zin.
- 6) Het afronden: de therapeut beantwoordt de muzikale vraag van de cliënt of voltooid hem.

Figuur 5 Beschrijving uitlokkingstechnieken volgens Bruscia

Omdat een techniek die muzikaal vorm gegeven wordt moeilijk met woorden te omschrijven valt heb ik hierboven de definities in figuur 5 opgenomen. De doelen van de technieken leggen verschillende accenten. Repeating (Het herhalen) wordt ingezet om een antwoord uit te lokken of om het emotioneel klimaat of de stemming te bepalen. Modelling wordt gebruikt om door model te staan voor de cliënt een doelgedrag te ontwikkelen. Making space (Ruimte maken) geeft de gelegenheid antwoord te geven. Interjecting (Tussenvoegingen) zijn commentaren op de voorafgaande frase van de cliënt en leiden naar de volgende. Daarbij blijft de verantwoordelijkheid bij de cliënt. Bij extending (Uitbreiding) wordt binnen het muzikale context door de therapeut de zin van de cliënte verlengd. Het heeft als doel deze compleet te maken, continuïteit te verschaffen of om het spel van de cliënt vast te houden. Als laatste noemt Bruscia completing (Het afronden). Deze techniek kan dienen om vormconcepten op te bouwen en interactie te bevorderen. Bij de meeste doelstellingen ligt de nadruk op muzikale vormgeving. Daarnaast gaat het om het bevorderen van gedrag binnen de interactie en de eigen verantwoordelijkheid van de cliënt.

3.4 Voorwaarden voor de toepassing van uitlokkingstechnieken

3.4.1 De therapeutische relatie

In hoofdstuk 2 bij de uitleg over provocatieve therapie is al aangesproken, dat de goede draad en een vertrouwensvolle relatie binnen deze therapievorm de basis bieden. Zonder de goede relatie is het onmogelijk dat de cliënt niet door de permanente uitlokking in vorm van provocatie gekwetst zou worden. Titze en Eschenröder (2007) bevestigen dit. Clarkson beschrijft op welke manier de therapeutische relatie vorm kan krijgen. Zij noemt vijf soorten relatie (Clarkson, 1999) die binnen psychotherapeutische behandeling voorkomen. Deze kunnen binnen een therapeutisch proces afwisselen of elkaar opvolgen. Dit kan per moment afwisselen of per therapiefase. De overgangen van de een naar de ander kunnen vloeiend zijn. Binnen het proces van de behandeling hoeft niet een vorm alleen voor te komen.

'The working alliance'

De werkre relatie moet allereerst tot stand komen. Het is de coöperatie tussen therapeut en cliënt, die de effectiviteit van alles handelen in therapie bepaald. '...the relatively non-neurotic, rational, and realistic attitudes of the patient towards the analyst (...). It is this part of the patient-analyst relationship that enables the patient to identify with the analyst's point of view and to work with the analyst despite the

neurotic transference reactions (Greenson, geciteerd in: Clarkson, 1999, p. 8). Het betreft het delen van de krachten, die nodig zijn om de lange, moeilijke en vaak pijnlijke weg van psychotherapie te gaan om het leven te veranderen. Afhankelijk van de psychotherapeutische stroming, worden verschillende factoren genoemd, die helpen om de relatie tot stand te brengen. 'Bordin (geciteerd in: Clarkson, 1999, p.8) *differentiated Goals, bonds en tasks – three aspects of the working alliance which seem to be required for any form of therapy to be successful. In other words: first the goals must be agreed, then there must be agreement on the necessary tasks, and there should also be a personal bond, i.e. a therapeutic relationship.*' Vanuit de client-centered perspectief worden er nog andere factoren genoemd: 'accurate empathy, positive regard, non-possessive warmth and congruence of genuineness.' Het is een "cousin relationship", waarin een bepaalde distantie bestaat.

'The transferential/ countertransferential relationship'

Over deze relatie is het meest geschreven in boeken. Het komt voort uit de psychoanalytische traditie, maar wordt ook in andere benaderingen gebruikt. Freud had met zijn benadering vooral de intentie om te analyseren in de zin van het zoeken naar begrip en niet zo zeer het veranderen van de cliënt. Deze relatie is essentieel voor de psychoanalyse. Overdracht wordt gebruikt, om van daaruit door interpretatie het langzaam op te lossen. 'For psycho-analysis (sic), a process of actualization of unconscious wishes. Transference uses specific objects and operates in the framework of a specific relationship established with these objects. (...) In the transference, infantile prototypes re-emerge and are experienced with a strong sensation of immediacy. As a rule what psycho-analysts mean by the unqualified use of the term 'transference' is transference during treatment. Classically, the transference is acknowledged to be the terrain on which all basic problems of given analysis play themselves out: the establishment, modalities, interpretation and resolution of the transference are in fact what define the cure (Laplanche en Pontalis, geciteerd in: Clarkson, 1999, pp. 9-10). Freud zelf zei, dat de therapeut een attitude zoude hanteren, waarin hij emotioneel koud reageerde. Deze vorm van een relatie kan vergeleken worden met 'step- parent' of 'godparent'. Negatieve overdracht heeft te maken met het verleden en positieve overdracht idealiseert. Het ontbreekt een echte of directe ouder. Verder wordt nog gesproken van tegenoverdracht. Dit zijn de gevoelens, gedachten en beelden van de therapeut, die bij zijn manier van de behandeling meespelen.

'The reparative/ developmentally-needed relationship'

Bij deze modus heeft de therapeut de intentie zich corrigerend/ reparerend op te stellen. Hij wil een herstellende ouder relatie bieden, wanneer de eigenlijke ouders deficient, schadelijk of overbeschermend zijn geweest. Het wordt veel meer daarvan uitgegaan, wat de cliënt nodig heeft, om te groeien. Het gaat daarbij om aspecten, die traumatisch of afwezig waren in de kindheid. Was Freud een passief spiegelbeeld en vertoonde geen verzoek om te onderwijzen, moreel te beïnvloeden of de cliënt tot een sterkere persoon te maken, zo is het bij deze benadering alles veel dichterbij. De therapeut is persoonlijk betrokken. Het gebruik gemaakt van regressie en zogenaamde re-parenting technieken. Voorbeelden zijn de "advocacy relationship" van Alice Miller en de holding bij Winnicott. Het is zelfs dichterbij, dan met een echte ouder-kind relatie of andere vormen van bonding in de psychotherapie. 'I am as much part of the symbiosis and as vulnerable as any parent. While my attachments don't occur at the same kind of depth with each youngster, they have not been selective in favour of those kinds who were successful, and several times I have experienced tremendous loss and grief (Schiff, geciteerd in: Clarkson, 1999, p. 13).' Vaak gaat het hier om langdurige processen en vele psychotherapeuten proberen het te vermijden. Het wordt vooral ingezet bij cliënten, die ernstig zijn beschadigd.

'The person-to-person relationship'

Gedeeltelijk, maar niet exclusief, is er binnen de humanistische/ existentialistische traditie een waardering van de 'person-to-person relationship'. Het wordt ook als de echte relatie benoemt. Het lijkt het meest op de helende relaties van het echte leven. Het is de 'I- You' relatie, die gedifferentieerd wordt van de 'I- It' relatie. Bij het gedoseerde gebruik, heeft zij een groot potentieel tot transformatie. Hierbij wordt de analyst, de therapeut, gezien als een reel persoon met echte gevoelens en niet alleen overdracht. Het is het tegendeel van een objectrelatie. 'Whoever says You does not have something for his object. For wherever there is something there is also another something; every It borders on other Its; It is only by virtue of bordering on others. But where You is said, there is no something. You has no borders. Whoever says you does not have something; he has nothing. But he stands in relation (Buber, geciteerd in: Clarkson, 1999, p. 14).' De therapeut toont zijn emotionele betrokkenheid en is tegelijkertijd het instrument genezing. Het wordt dan ook van de therapeutische techniek van bonding gesproken. Een natuurlijke 'I-You' relatie toe te passen is de meest moeilijke vorm van een therapeutische relatie. Het vraagt de meeste vaardigheden en zelfkennis van de therapeut. Het potentieel van deze relatie is groot en vraagt om een omzichtige toepassing. Volgens Clarkson wordt

het gekarakteriseerd door de 'here-and-now existential encounter', de ontmoeting in het hier en nu. Daarbij gaat het om wederzijdse participatie in het proces en het weten, dat ieder door de ander veranderd wordt. Dit wordt toegepast bij de existentiële psychotherapie, maar ook bij de psychoanalyse. De therapeut is 'participant observer', wat spontane en natuurlijke reacties en in sommige gevallen aanraking en het tonen van affecten inhoud. Toch moet het niet verward worden met een sociale relatie. Belangrijke begrippen in deze context zijn respect en gelijkwaardigheid. Achter ieders afweer is de persoon te vinden en te ontmoeten in het echte moment. Roger en Stevens noemden 'genuineness, respect and empathy' als de basis voor de therapeutische relatie. Het is verschil of wij elkaar ontmoeten als twee volwassenen of de relatie alleen fantaseren. Dat lijkt het echte te negeren. Eerlijkheid en spontaniteit, het authentiek zijn leidt daartoe, dat een cliënt zich ermee kan identificeren. Meer individualiteit en groei ontstaan, zodat allebei in de therapeutisch dialoog getransformeerd worden. 'A certain amount of compassion, friendliness, warmth, and respect for the patient's rights is indispensable. The analyst's office is a treatment room and not a research laboratory (Greenson, geciteerd in: Clarkson, 1999, p.17).' Het is belangrijk de cliënt te mogen, anders zal afkeer of desinteresse de therapie belemmeren.

'The transpersonal relationship'

Dit type relatie richt zich op spirituele of niet te verklaren dimensies van de relatie in psychotherapie. 'Contact is the means by which we feed ourselves, by which we understand, orient, and meet our needs, but cast in the light of I-Thou, contact also stands at the ontic center of the psychological and spiritual development unique to our human existence (Jacobs, geciteerd in: Clarkson, 1999, p. 18).' Het wordt gekarakteriseerd door zijn tijdeloosheid en volgens Jung ontstaat het tussen het onbewuste van de therapeut en het onbewuste van de cliënt. Over deze relatie is niet veel geschreven in boeken en het is moeilijk te beschrijven. 'This is the kind of statement one can only be sure of being understood by experiences psychotherapists who have been faced repeatedly with incomprehensible and unpredictable outcomes – the person of whom he despaired, suddenly and sometimes apparently inexplicably, gets well, thrives and actualises themselves beyond all expectation (Clarkson, 1999, p.19).' Aan de andere kant zijn er ook cliënten die weinig of geen vooruitgang kunnen boeken.

Bij deze relatie speelt het creëren van ruimte een rol. 'The transpersonal relationship is paradoxically also characterised both by a kind of intimacy and by an 'emptying of the ego' at the same time (Clarkson, 1999, p. 19).' Het is net alsof de ego of zelfs het onbewuste van de therapeut wordt 'leeg gehaald' in de psychotherapeutische ruimte, verlaat het lokaal en er wordt iets gecreëerd in het 'tussen' van de relatie. 'Implied is a letting go of skills, of knowledge, of experience, of preconceptions, even of the desire to heal, to be present. It is essentially allowing 'passivity' and receptiveness for which preparation is always inadequate. But paradoxically you have to be full in order to be empty. It cannot be forced, it can only be encouraged in the same way that the inspirational muse of creativity cannot be forced, but needs to have the ground prepared or seized in the serendipitous moment of readiness. What can be prepared are the conditions conducive to the spontaneous or spiritual act (Clarkson, 1999, p.20).' Clarkson (1999) legt verder uit, dat deze 'intuïtieve illuminaties' gaan toenemen, des de meer de therapeut zich losmaakt van zijn ego als 'container'. Wijsheid, het innerlijk en de transformatie krijgen de mogelijkheid binnen het therapeutische proces te versmelten. De essentie van de communicatie is in het hart of wordt in de stilte van het samenzijn gedeelt.

Voor mij is duidelijk, dat de soort relatie bepaald, welk proces in therapie ontstaat. Het is ook afhankelijk de doelgroep en de persoon, met wie gewerkt wordt hoe diegene benaderd wordt. In begin heb ik me meer gericht op de werkrelatie om vertrouwen op te bouwen. In het verloop van de behandeling kwamen vooral kenmerken van de 'reparative/ developmentally- needed relationship' aan de orde, maar aan het eind waren er ook momenten wanneer er sprake was van een 'person-to-person' relatie. Dit zijn momenten geweest, wanneer de cliënte over persoonlijke dingen vertelde.

Hoofdstuk 4 Kwantitatief onderzoek

4.1 Onderzoeksopzet

Eenzijds probeer ik met dit onderzoek door onderbouwing verklaringen te vinden voor de van mij waargenomen gedragsveranderingen binnen het therapeutische proces.

De literatuurstudie draagt bij om de betekenis van uitdagend gedrag te achterhalen. De vraag of het optreden van uitdagend gedrag bij deze doelgroep een indicator voor positieve verandering kan zijn wordt daarbij nagegaan. Daarbij komen belangrijke aspecten aan bod.

Het begint met de vraag wat angst eigenlijk is en wordt dan toegespitst op de angststoornis sociale fobie. Daarna richt zich de focus op het voorkomen bij mensen met een verstandelijke beperking en daarop welke behandeling effectief is. Eerst in het algemeen daarna met blik op muziektherapie.

Het tweede deel over de resultaten van de literatuurstudie (hoofdstuk 3) behandelt het aspect uitdaging. Allereerst gaat het daarom een definitie te vinden van dit complex begrip en daarna om de betekenis binnen de ontwikkelingspsychologie. Het is noodzakelijk achter de betekenis voor ontwikkeling van de cliënt te komen om beter te begrijpen hoe een behandeling goed daarop aan kan sluiten. Achteraan bekijk ik het perspectief gezien vanuit de therapeut. In dit verband worden uitlokkingstechnieken besproken en ingegaan op de voorwaarden voor de toepassing van deze technieken. Daarbij gaat het om de mogelijkheden die dit soort technieken kunnen bieden om ontwikkeling op gang te brengen.

Tijdens en vooraf aan de literatuurstudie ging een reflectieproces, die noodzakelijk was om mijn eigen werkmodel in kaart te brengen. Ik moest voor mezelf eerst nagaan, hoe ik eigenlijk te werk ben gegaan. Wat was mijn attitude en wat was werkzaam tijdens de behandeling.

Anderzijds beoog ik door middel van de vragenlijst mijn ervaringen te achtervragen en te toetsen door de ondervraging van anderen muziektherapeuten uit het werkveld. Het is een aanvulling aan mijn eigen reflectie. Dit vind ik belangrijk om de volgende reden.

Tijdens het therapeutisch proces ben ik binnen de sessies vaak intuïtief ingegaan op reacties van de cliënte. Ik ging vooraf wel een voorbereiding maken, waarin ik over activiteiten nadacht en vastlegde waar veranderingen nodig waren enz. Intuïtie is impliciet, dus onbewust. Deze impliciete kennis is waardevol, omdat zij het grootste gedeelte van de informatie uitmaakt, die ieder ogenblik via signalen naar het brein gestuurd worden. Volgens Kast (2007, p.75) komt alleen maar 0,1 procent wat het brein bezig houdt tot bewustzijn. Het verstand is wel nodig, omdat die zeer gefocuseerd en precies te werk gaat. Het is behulpzaam om opgedane kennis concreet te benoemen en te analyseren wat is gebeurd, zodat in een soortgelijke therapieproces de kennis meer bewust kan worden ingezet. Juist binnen therapie is een breed repertoire aan kennis belangrijk als basis voor het handelen. Om interventies en technieken beter in te kunnen zetten moet bewust gemaakt worden hoe iets heeft gewerkt en waardoor. "Daarom is het noodzakelijk dat de impliciete kennis continu expliciet wordt gemaakt en opnieuw wordt getoetst (Smeijsters, 2005, p. 60)." Deze drie dingen, de literatuurstudie, mijn reflectieproces en de vragenlijst vormen de voorfase om uiteindelijk te komen tot expliciete kennis.

4.2 Onderzoekstype

Bij dit onderzoek wordt gekozen voor een inventariserend onderzoekstype. Mijn uitgangssituatie is de individuele therapie, waar ik een bepaald gedrag heb waargenomen en bij deze cliënte een positief waardering aan heb gegeven. Mijn vraagstelling heeft als doel te weten te komen of dit een terechte veronderstelling was binnen het therapeutisch proces. Het gaat om verkenning van een probleem, namelijk of uitdagend gedrag positief gewaardeerd dient te worden binnen een bepaald kader, zodat het voor de ontwikkeling zinvol kan zijn dit te stimuleren. Het inventariserend onderzoekstype is geschikt om door middel van een momentopname vast te stellen en te beschrijven welke ervaringen andere muziektherapeuten met uitdagend gedrag hebben bij deze doelgroep. Tegelijkertijd is het mogelijk bij vele mensen naar mening en waardering van dit gedrag te vragen. Het geeft een beeld van de huidige stand van zaken weer bij de doelgroep mensen met een beperking die uitdagend gedrag binnen muziektherapie laten zien en kan een bijdrage leveren om mijn werkmodel te achtervragen (Zie Migchelbrink, 2007, p. 19 en 135).

4.3 Onderzoeksmethode

In dit onderzoek wordt gebruik gemaakt van een kwantitatieve survey, want deze methode is geschikt om bij een groot aantal respondenten gegevens te verzamelen door middel van interviews of observaties. In dit geval worden experts interviews afgenomen door middel van een schriftelijke vragenlijst. De gegevens worden verzameld via systematische ondervraging. De informatie die de vragenlijsten opleveren is gestructureerd, zodat zij minder van toeval beïnvloedt zijn.

Door middel van de vragenlijst wil ik te weten komen of het geobserveerde fenomeen door andere muziektherapeuten in de praktijk ook wordt waargenomen. Daardoor zal ik kunnen achtervragen of

mijn gekozen strategie die in de praktijk effect bleek te hebben ook vaker in het werkveld gebruikt wordt. Daarbij vraag ik ook na of zij mijn positieve waardering delen of juist niet. De enquête heeft daarom als doel om kennis uit te wisselen over de doelgroep mensen met een verstandelijke beperking en de praktische ervaringen met sociale fobie. Dat geeft mij de gelegenheid om te weten te komen of dit fenomeen alleen toeval was of vaker voorkomt. Het wordt een momentopname gemaakt van de stand van zaken. Bij schriftelijke interviews is de sociale wenselijkheid als versturende factor vermindert aanwezig. Bij een persoonlijk interview is de neiging zich alleen van de beste kant te presenteren en negatieve of kritische dingen weg te laten groot. Dat vermindert de betrouwbaarheid van de gegevens. Dit is bij schriftelijke vraagstelling veel minder het geval, omdat de enquêtes anoniem verwerkt worden. Dat kan positief beïnvloeden dat de mensen bereid zijn ook over moeilijke aspecten iets te zeggen, natuurlijk alleen als daarna gevraagd wordt. Voor dit onderzoek is het geschikt om te weten te komen welke ervaringskennis de geraadpleegde muziektherapeuten hebben en ook om naar attitudes en opinies over het thema uitdagend gedrag bij mensen met een beperking te vragen.

Mijn doelstelling is het inventariseren, waarbij het betrekken van veel respondenten een realistischer beeld van het thema geeft en betere mogelijkheden tot statistische verwerking geeft. Meer respondenten voor de vragenlijsten verhogen de nauwkeurigheid en betrouwbaarheid van de statistische analyse waarvan bij een kwantitatieve methode gebruik gemaakt wordt. De steekproef die getrokken wordt om de onderzoeksvraag te beantwoorden is een momentopname.

4.4 Dataverzameling

Als onderzoeksinstrument heb ik voor een enquête gekozen. Het type enquête waarin de vragen geformuleerd zijn is schriftelijk en wordt per e-mail toegestuurd. De vragen zijn vooral door eigen reflectie over mijn eigen casusvoorbeeld tot stand gekomen. Zij zijn gebaseerd op de volgens mij belangrijkste begrippen, die een rol hebben gespeeld tijdens de behandeling tijdens stage. Aangevuld door informatie die resultaat van de literatuurstudie is geweest. Omdat de literatuurstudie nog niet helemaal was afgesloten is het vooral op mijn eigen denkproces gebaseerd. De kernbegrippen waarover ik iets te weten wilde komen zijn de doelgroep, de vergelijking met mijn casus en daarop aansluitende vragen over uitdagend gedrag. Vooral belangrijk vind ik of het ook door hen geobserveerd wordt en de interpretatie daarvan in het licht van ontwikkeling van de cliënt tijdens behandeling. Mijn ervaring is dat uitdagend gedrag verbonden was aan een bepaalde fase van therapie, daarom ga ik bij de vragenlijst deze link ook navragen. Door deze vraag zal ook duidelijker worden of uitdaging een indicator voor positieve ontwikkeling is. Naar dat gedeelte komen enkele vragen over het inzetten van uitlokkingstechnieken, zoals Bruscia die beschrijft. Als laatste aspecten vraag ik naar wedstrijd-elementen binnen de behandeling en naar het karakter van de therapeutische relatie. De enquête is zo opgebouwd, dat die begint met een inleiding en besloten wordt met een afronding. Inleidende vragen hebben o.a. betrekking tot de werkervaring van de muziektherapeut met de doelgroep. Afrondende vragen hebben o.a. te maken met het soort instrumenten en werkvormen die in behandeling worden ingezet. Als laatste heb ik plek voor opmerkingen gelaten. Dit heb ik gedaan om de gelegenheid te geven iets op te kunnen merken als er onduidelijkheden zijn geweest.

Vraagstelling

Bij de vorm van de vraagstelling spelen meerdere aspecten een rol. Voordeel van het schriftelijke interview is, dat meer respondenten bevroegd kunnen worden. Het is goedkoop en makkelijk te organiseren in vergelijking met een mondeling interview. Het is anoniem, wat ook moeilijke onderwerpen ter sprake kan brengen, tenzij de volgorde en aard van de vraagstelling is daarop afgestemd. Goed voor dit soort onderwerpen is, dat de ondervraagde over de vragen nadenken kan, voordat hij antwoord geeft. Door de anonimiteit is het onderzoek ook minder gevoelig voor sociale wenselijkheid, wat betekent dat een mens geneigd is zich voor een vreemde persoon alleen van zijn beste kant te willen laten zien. Daardoor zal die geneigd zijn moeilijke en kritische dingen makkelijk verzwijgen, zelfs is die daar niet bewust van. Dit kan nagegaan worden voor het invoeren van data in de computer voor de verdere analyse. Wanneer men vooraf de ingevulde vragenlijst globaal bekijkt en iemand heeft overal het positiefst antwoord-alternatief aangekruist is het waarschijnlijk dat die sociaal wenselijk geantwoord heeft. Het is dan beter die enquête uit te sluiten van de analyse, omdat dit het beeld vertekent. Soms kan ook een selectief geheugen uitwerking hebben op de antwoorden. Dat wil zeggen, dat iemand niet meer alles herinnert en alleen iets verteld over de stukjes die hij wel weet. Om dit tegen te werken moeten de vragen daarom zo concreet mogelijk zijn.

Nadelen

Een nadeel van schriftelijke enquêtes is de hoge non-respons en veel onvolledige lijsten, die bij de verwerking buitenvallen. Het is belangrijk non-respons in de planning te betrekken, om dit zo goed mogelijk tegen te gaan. Het probleem daaraan is dat het geheel van de steekproef vertekend wordt en leidt tot verkeerde resultaten. Daarom moet de omvang van de steekproef daarop afgestemd worden. De vraagstelling is voorgestructureerd en bestaat grotendeels uit gesloten vragen. De antwoorden daarop zijn eenvoudig en kunnen makkelijk omgezet worden in frequenties bij de verwerking. Gesloten vragen zijn betrouwbaarder dan open vragen, omdat het antwoordkader beperkt is. Open vragen zijn door de vrije antwoorden zeer informatief en genuanceerd, maar bij de verwerking in rubrieken zeer subjectief. Daarvan zal ik maar enkele gebruiken, b.v. als het gaat om de ervaring van de therapeut. Het taalgebruik is aangepast aan volwassenen, die ik persoonlijk niet ken. Om homogeniteit te bereiken onderling de vragen zijn deze zo duidelijk mogelijk, zodat alleen een antwoord mogelijk is. Duidelijk betekent ook korte zinnen te gebruiken en geen suggestieve vragen. Binnen een logische volgorde komen de aspecten van de variabelen aan de orde. Eerst komen algemene vragen, die inleidend karakter hebben en daarna specifiekere worden. Deze leiden de concentratie naar de kern van het onderzoek, het uitdagend gedrag bij mensen met een verstandelijke beperking. De omvang van de vragenlijst zal twee à maximaal drie pagina's zijn. Zeker niet meer, want dan is de concentratie nog voor de laatste vraag op en beïnvloed de kwaliteit van de gegevens. Bij dit onderzoek is het niet haalbaar om alleen een soort antwoordschaal door de gehele enquête te kunnen gebruiken. Daarvoor zijn de begrippen gedeeltelijk te complex. Verder ga ik onder andere naar attitudes en meningen omtrent het thema vragen. Bij de antwoordmogelijkheden heb ik meerdere categorieën gebruikt.

- ja/ nee
- ja, soms, nee
- ja, nee, niet duidelijk, ander gedrag
- nooit, soms, vaak, heel vaak, altijd

Meestal zijn antwoordmogelijkheden voorgegeven en moeten aangekruist worden. Sommige vragen zijn meerkeuzevragen. Het aantal mogelijkheden ligt tussen 2 tot maximaal 19 antwoorden. Bij vragen op ratio niveau moest een absoluut getal aangegeven worden. Alleen twee vragen zijn voorzien van vrije antwoorden. Bij enkele vragen heb ik daaraan een open categorie toegevoegd (anders, namelijk....). Op die manier is gelegenheid dingen te benoemen, die niet bij de mogelijkheden staan. Er zijn ook enkele variabelen die uitgedrukt worden in meerdere vragen. Omdat de geoperationaliseerde begrippen meestal te complex zijn, heb ik daarvan afgezien om categorieën te kiezen die het mogelijk maken de deelvragen tot een totaalscore op te rekenen. De lay-out is overzichtelijk en makkelijk hanteerbaar. De respondent hoeft alleen de antwoordalternatieven aan te kruisen en aan het einde is nog ruimte om nog iets toe te voegen, wat misschien nog niet gezegd werd. Bijgevoegd aan de vragenlijst is een begeleidend brief waarin een korte uitleg van het thema, de aanleiding voor het onderzoek en een instructie voor het invullen beschreven is. Ik heb geprobeerd de mensen van tevoren via telefoon te bereiken, omdat ik het belangrijk vind een keer de uitleg te geven. Iedere enquête krijgt een eigen volgnummer en datum, zodat ik beter kan controleren welk teruggestuurd worden. Een retourdatum is aangegeven. Ik heb daarvan afgezien om een herinnering te sturen, omdat ik de mensen niet lastig wilde vallen, want volgens mij zal dat de motivatie om antwoord te geven alleen maar verminderen. Immers heb ik van tevoren al gebeld.

Post/ E-mail keuze

De enquêtes zijn via e-mail aan de respondenten verzonden. Er was de keuze, om de lijsten per e-mail of per post weer terug te sturen. Wel heb ik om tijd te besparen daarom gevraagd om het via e-mail te doen. Dat hebben de meeste gedaan, maar twee exemplaren kwamen per post.

Voordelen dataverzameling

Deze manier van data- verzameling bespaart tijd, is goedkoop en makkelijk te verwerken, omdat de data bestanden al in digitale vorm voorliggen. Aan de ene kant heeft deze manier van dataverzameling vele voordelen, maar kent ook enkele beperkingen. Bij kwantitatieve dataverzamelingstechnieken is een enorme reductie van de data door de voorgestructureerde vragen en antwoorden (Migchelbrink, 2007). Het is daardoor onmogelijk te ervaren wat iemand werkelijk beleeft en details te ervaren.

Steekproef: hoe ben ik aan de therapeuten gekomen?

De muziektherapeuten voor mijn steekproef heb ik vooral uitgezocht via de websites van de NVvMT (Nederlandse vereniging voor muziektherapie) en de DGMT (Deutsche Gesellschaft für

Musiktherapie). Op de site van de DGMT heb ik de meeste therapeuten gevonden op een lijst met stageadressen voor geheel Duitsland. Ik heb die uitgekozen en benaderd, waar aangegeven stond dat zij met de doelgroep mensen met een verstandelijke beperking werkzaam waren. De meeste waren werkzaam binnen een eigen praktijk (in Nederland of Duitsland), enkele ook bij een inrichting voor mensen met een beperking. In Duitsland en Nederland zijn door mij rond de veertig muziektherapeuten benaderd. Vaak heb ik niemand bereikt wanneer ik belde. Uiteindelijk heb ik aan ongeveer 20 mensen de enquête verzonden en hiervan 14 ingevulde lijsten retour gekregen. Volgens mijn planning was het realistisch voor mijn onderzoek om maximaal 50 muziektherapeuten te benaderen. Aangezien het een onderzoek is, die door een studente uitgevoerd wordt en niet door iemand gefinancierd is. Volgens literatuur (Baarda en De Goede; Buuren, Hummel, Berkhout & Slootmaker) kan bij een kwantitatief onderzoek vanaf 100 respondenten en meer een uitspraak gemaakt kunnen worden, die enigszins generaliseerbaar is. Ook geldt voor kwantitatieve methoden dat zij genuanceerder zijn, wanneer zo veel mogelijk onderzoekseenheden verzameld worden.

4.5 Data- analyse

Voor de datapreparatie zijn alle variabelen allereerst in een codeerschema (Zie bijlage 3 en 4) opgenomen en met codering en meetniveau voorzien. Voor de specifieke vragen (o.a. meerkeuzevragen) is een extra codeerschema gemaakt. In dit onderzoek zijn de gegevens bijna allemaal nominaal van aard. Alleen bij twee vragen werd op ordinaal en op ratio niveau ook. De ingevulde werden allemaal voorzien van volgnummers. Om fouten bij de codering te vermijden heb ik alle lijsten die per e-mail retour kwamen uitgeprint en per hand juiste codering naast de antwoorden geschreven. De lijsten zijn bewaard, zodat altijd opgezocht kan worden wanneer twijfels bij de analyse bestaan. Bijvoorbeeld bij tipfouten. De gecodeerde data wordt verder verwerkt met het computerprogramma SPSS (Superior Package for statistical services). De cijfers van de gecodeerde data wordt ingevoerd in de datamatrix en aansluitend geanalyseerd. Missende data wordt met de volgende cijfers ingevoerd: 999 geeft aan dat het niet is ingevuld; 99 is gebruikt wanneer de vraag voor de respondent onduidelijk bleek te zijn; 9 staat voor niet van toepassing. Dit was het geval, wanneer bij iemand de antwoord op een specifieke vraag niet relevant was, omdat deze opbouwde op een eerder gestelde vraag en daarom een aanvulling was. Voor de analyse zijn eerst frequentieberekeningen per vraag uitgevoerd. Daaraan werd ook meteen zichtbaar of er codeerfouten in de datamatrix waren. Ook werd gecontroleerd hoeveel respons per vraag was. Gemiddelde en modus zijn berekend van alle vragen op nominaal meetniveau. De meerkeuzevragen zijn op twee manieren verwerkt. In de algemene datamatrix is alleen ja en nee gecodeerd en ingevoerd. Zo is het mogelijk te weten te komen hoe de respons was. In een tweede matrix is voor dezelfde nog eens per aspect gecodeerd wie wat heeft aangekruist. Van de meerkeuzevragen zijn staafdiagrammen gemaakt en wanneer zinvol van tevoren gerangschikt. Op die manier is meteen zichtbaar, welk aspect het meest voorkomt. De twee variabelen met vrije antwoorden zijn anders verwerkt. De genoemde begrippen zijn verzameld van ieder respondent en is gezocht naar overeenkomsten. Bij overeenkomsten zijn de deze samengevat tot een categorie. Aansluitend zijn de cijfers in een tabel opgenomen. De grafische technieken bij de analyse zijn met Excel uitgevoerd, omdat ik daarvan iets meer kennis heb en dit programma meer mogelijkheden heeft om de layout van de grafiek aan te passen. Vooral staafdiagrammen zijn gemaakt, maar ook taartdiagrammen. Omdat mijn omvang van de steekproef veel minder was dan 100, heb ik daarvan afgezien percentages aan te geven. Volgens Baarda en De Goede (2006) zijn bij minder dan 100 onderzoekseenheden percentages niet betrouwbaar. Aangezien de respons maar bij 14 lag, zijn alle vragenlijsten betrokken bij het onderzoek, omdat anders te weinig materiaal voor analyse te gebruiken was.

4.6 Kwaliteitscriteria

Om de kwaliteit van de onderzoeksgegevens te verhogen zijn twee dingen van belang. De betrouwbaarheid en de validiteit van de verzamelde gegevens. De gegevens zijn betrouwbaar wanneer zij zo min mogelijk van toeval afhankelijk zijn. De ene vragenlijst is daar gevoeliger voor dan de andere. "Vooral bij het meten van abstracte, complexe begrippen, die vaak via meer dan één vraag geoperationaliseerd zijn, moet je alert zijn op de mogelijke onbetrouwbaarheid van je meetinstrument. (Baarda en De Goede, p.189) De gestructureerde opzet van de vragenlijst maakt hem minder vatbaar voor toeval. Sociale wenselijkheid is een factor, die de gegevens kan vertekenen. Dit

betekent dat iemand zich voor een ander meestal probeert om zich van de beste kant te laten zien. Vooral tijdens een persoonlijk interview kan dit een rol spelen. Wanneer een vragenlijst gebruikt wordt om onderzoeksgegevens te verzamelen is dit minder sterk het geval. Sociale wenselijkheid wordt vermeden door de anonimiteit van de enquête, maar wordt bevorderd door het telefoongesprek dat ik vooraf heb gevoerd. Dit risico neem ik alleen om de non-respons laag te houden. Sociale wenselijkheid wordt door een schriftelijke vragenlijst verminderd, maar vaak is de motivatie voor het invullen en opsturen van de lijsten laag. Daarom is een van de grootste problemen de hoge non-respons die ingepland moet worden. Immers zijn de resultaten veel minder betrouwbaar wanneer de steekproef erg vertekend is en wanneer ze zeer klein is (> 30). Een tweede probleem dat bij een schriftelijke interview speelt zijn het verkrijgen van onvolledige lijsten. Dit is problematisch, omdat zij meestal van de analyse buitengesloten moeten worden en daarom bijna geen bruikbare waarde bij het onderzoek hebben. Meer respondenten voor de vragenlijsten verhogen de nauwkeurigheid en betrouwbaarheid van de statistische analyse waarvan bij een kwantitatieve methode gebruik gemaakt wordt. De betrouwbaarheid wordt verhoogd door het gebruik van vele variabelen, die goed geoperationaliseerd zijn. Vooraf heb ik een model van de begrippen gemaakt en daarin definities en dimensies van de variabelen vastgelegd. Dat betekend de begrippen zijn nauwkeurig gedefinieerd en vertaalt naar indicatoren. De indicatoren vormen dan de basis van de vragen. Die zijn zo homogeen mogelijk, zodat zij allemaal hetzelfde meten. Vooral wanneer bij een variabele meerdere vragen horen. Beschrijven de vragen duidelijk en in zinvolle volgorde de kenmerken, dan is de homogeniteit hoog. Dit geldt vooral wanneer voor een begrip meerdere vragen gesteld worden. Anders meet iedere deelvraag een andere kenmerk en niet hetzelfde. Wat ik gedaan heb qua formulering, volgorde, layout en taalgebruik om homogene vragen te formuleren beschrijf ik op de vorige bladzijde. Om dit te waarborgen heb ik vooraf een pretest gemaakt door een stuk of vier muziektherapeuten. Zowel de Duitse als ook de Nederlandse versie heb ik na laten kijken op inhoudsniveau, logische vraagvolgorde en op spelling en grammatica. Desondanks zijn nog enkele schrijffouten in de tekst over gebleven (vooral in de Nederlandse versie). Volgens mij gebeurde dat door tijdsgebrek. Ik had misschien nadat ik nog enkele verbeteringen had aangebracht de tekst nog een of twee keer moeten laten lezen om dit te voorkomen. De verkregen adviezen voor verbeteringen zijn meegenomen in een tweede veranderde versie. De meeste verbeteringen zijn op inhoudsniveau aangebracht. Inhoudelijk heb ik de casus verandert die als voorbeeld in de tekst stond. Bij een van de meerkeuzevragen zijn nog meer aspecten toegevoegd. Tevens heb ik vraagvolgorde nog eens veranderd. Betrouwbaarheid is voorwaarde voor de validiteit van een onderzoek. Hier ben ik vooral alert op de interne validiteit of begripsvaliditeit. Dat wil zeggen dat ik vooral alert was voor de woordkeuze bij het operationaliseren van de indicatoren. Enerzijds heb ik vooraf door een model van het te onderzoeken systeem gemaakt (Baarda en De Goede) geprobeerd tegen te gaan. In het model waren het eigenschapsbegrip, de mogelijke dimensies en de indicatoren opgenomen. Bij de kernvragen is de validiteit door een intern criterium getoetst. Een directe vraag ingebouwd, die met een andere formulering naar hetzelfde onderwerp vraagt.

Hoofdstuk 5 Evaluatie

5.1 Resultaten

Meestal is de aard van de verworven gegevens nominaal van aard. Op ordinaal meetniveau zijn alleen vragen waar het om meningen gaat en de frequentie van wedstrijdsituaties binnen muziektherapeutische behandeling. Op ratio niveau zijn alleen de vragen over leeftijd en beroepservaring verwerkt. Ik heb daarvoor gekozen, omdat bij deze hoeveelheid details makkelijker te verwerken is. Alle meetniveau's zijn opgenomen in het codeerschema (Zie bijlage 3).

5.1.1 Demografische gegevens

Vragen 1-3

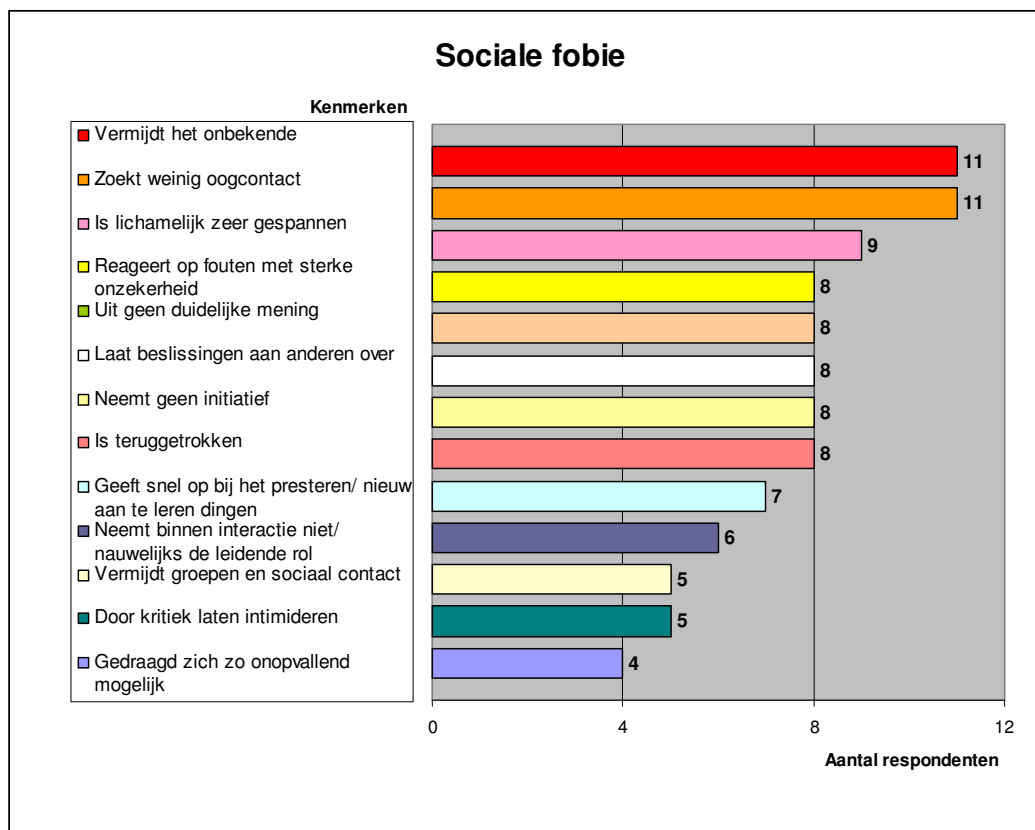
De demografische gegevens werden door alle respondenten ingevuld. Aan dit onderzoek hebben 14 respondenten uit Nederland, België en Duitsland meegedaan. Omdat ik de meeste adressen van Duitse muziektherapeuten had, is het aandeel daarvan het grootst. 9 respondenten zijn in Duitsland werkzaam, 4 in Nederland en 1 therapeut kwam uit België. De gemiddelde leeftijd was 41, 64 jaar. De

jongste was 28 en de oudste 57 jaar. Van de respondenten waren meer vrouwen dan mannen, namelijk 9 vrouwen en 5 mannen. De meeste zijn werkzaam binnen een eigen praktijk (7), alleen 3 werken binnen een inrichting en 4 respondenten werken bij allebei. Iedereen heeft beroepservaring met de doelgroep mensen met een verstandelijke beperking. Gemiddeld 13,64 jaren ervaring hebben de therapeuten al. 11 muziektherapeuten werken zowel met groepen als ook individueel. De overige 3 werken uitsluitend met individuele cliënten.

5.1.2 Gegevens uitdagend gedrag

Vragen 4-13

De kernvragen van het onderzoek hebben betrekking op de doelgroep, het voorkomen en de mening over uitdagend gedrag en de ontwikkeling van de cliënt tijdens de behandeling. De variabelen die relevant voor het thema van deze scriptie zijn heb ik op nominaal meetniveau behandeld, behalve de vraag waar het daarom gaat een uitspraak te beoordelen over uitdagend gedrag als indicator voor ontwikkeling. Ook de details over waargenomen kenmerken van sociale fobie en de kenmerken van uitdagend gedrag bij de cliënten zijn op nominaal niveau verworven. Iedere ondervraagde gaf aan met individuele cliënten te werken, die een lichte verstandelijke beperking hebben. 12 personen kunnen kenmerken van sociale fobie bij eigen cliënten herkennen. Alleen een respondent kan deze niet herkennen en een andere persoon heeft deze vraag open



Grafiek 1 Waargenomen kenmerken van sociale fobie

gelaten. De ondervraagden konden uit een lijst van 13 aspecten kiezen. Daarbij was het mogelijk om meerdere aan te kruisen. Gesorteerd naar de meest voorkomende antwoorden staan op de eerste plaats twee antwoorden die van 11 respondenten gekozen werden. Zij geven aan dat hun cliënten het onbekende vermijden en weinig oogcontact zoeken. Als tweede kenmerk geven 9 therapeuten aan dat de cliënten lichamelijk gespannen zijn. Vijf kenmerken werden door respondenten 8 therapeuten waargenomen, namelijk dat de cliënt op fouten met sterke onzekerheid reageert, geen duidelijke mening uit, beslissingen aan anderen overlaat, geen initiatief neemt en erg teruggetrokken is. 7 respondenten geven ook aan dat de cliënt snel opgeeft bij het presteren of nieuw aan te leren dingen. 6 respondenten hebben waargenomen, dat binnen interactie de cliënt nauwelijks de leidende rol heeft. Vermijding van het onbekende en zich laten intimideren door kritiek wordt door maar 5 respondenten aangegeven en alleen vier benoemen dat de cliënt zich zo onopvallend mogelijk gedraagt.

Vraag 5a

Met deze vraag zal uitgesloten worden, dat de genoemde kenmerken van sociale fobie niet samenhangen met autisme. De respons bij deze vraag lag bij 11 geldige antwoorden, alleen 2 werden niet ingevuld en een persoon heeft twee antwoorden aangekruist. Bij iets meer dan de helft van therapeuten (6) blijken de bovengenoemde kenmerken in verband met autisme voor te komen. Bij een respondent was het onbekend en 4 gaven aan dat geen autisme daarmee te maken had.

Vraag 6

Door middel van mijn eigen casusvoorbeeld wordt bij vraag 6 naar kenmerken van uitdagend gedrag gevraagd. Een geldige antwoord hebben 11 gegeven. Van de antwoorden werd als meest voorkomend aspect "gaat steeds harder spelen" genoemd. Dit hebben 9 therapeuten aangekruist. 7 therapeuten gaven tevens aan dat de cliënt steeds sneller gaat spelen. 5 gaven aan dat de cliënt tot imitatie uitdaagt. De overige antwoorden zijn steeds door 4 respondenten beantwoord: zo lang mogelijk door willen spelen, de leiding niet uit handen willen geven, roepen dat de ander te langzaam is, sprankelende ogen tijdens het spel. Ieder van de laatste twee aspecten, veel lachen/ grapjes maken en het zo zacht mogelijk spelen, wordt alleen door een enkele persoon waargenomen.

Vraag 7

Of zij uitdagend gedrag binnen de behandeling waar kunnen nemen beantwoorden 9 van de 14 respondenten met ja. Een therapeut vindt het niet duidelijk waarneembaar.

Vraag 8

Uitdagend gedrag wordt door 12 muziektherapeuten positief geïnterpreteerd. Twee respondenten hebben geen antwoord ingevuld.

Vraag 9

De gemiddelde behandeling duurde bij 10 therapeuten langer dan 6 maanden, alleen een iemand geeft aan dat het maar 4- 6 maanden zijn. 3 keer werd deze vraag niet ingevuld.

Vraag 10

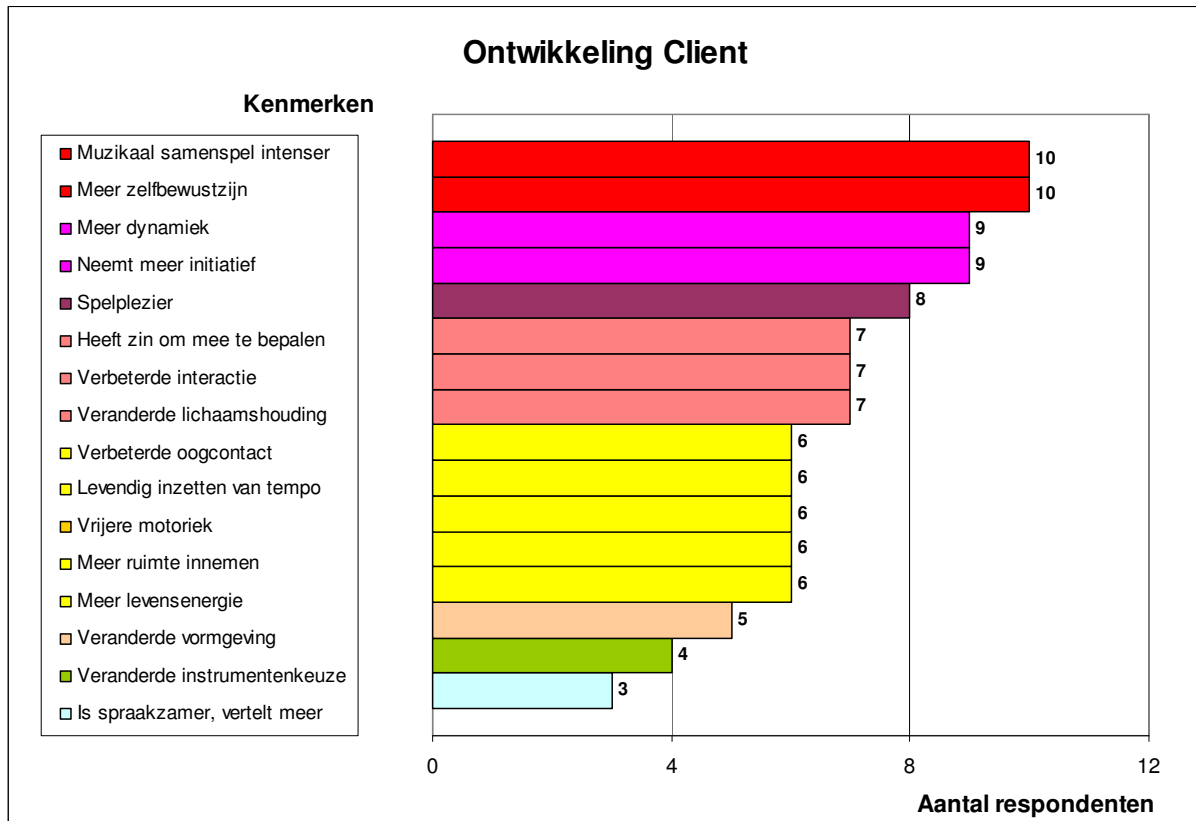
Wanneer precies uitdagend gedrag binnen de behandeling is opgetreden wordt divers beantwoord. Het is geen eenduidig antwoord herkenbaar. Vier therapeuten geven het tijdstip boven de 6 maanden aan, twee hebben dit gedrag al naar 4- 6 maanden geobserveerd en nog een keer twee hebben het in allebei perioden opgemerkt. Al binnen een kortere tijd, al naar 1- 3 maanden hebben twee personen dit gezien. Drie keer was geen antwoord gegeven. De antwoorden, waarbij meerdere antwoorden zijn aangegeven zijn hier wel betrokken, omdat fases binnen behandeling bij iedere therapie zeer individueel verlopen.

Vraag 11

Deze tijdstippen stellen bij de meeste (7) respondenten het middendeel van de behandeling voor. Twee therapeuten zagen het uitdagende gedrag meer aan het einde gebeuren. Echter kennen fases binnen de behandeling natuurlijk vloeiende overgangen. Daarom hebben twee therapeuten ook meerdere antwoorden aangekruist. Juist om die reden betrek ik deze antwoorden wel in mijn analyse. De ene gaf aan vanaf begin tot in het midden van de behandeling dit gedrag tegen gekomen te zijn. De ander zelf binnen de hele duur van de behandeling.

Vraag 12

Interessant is in dit verband of de ontwikkeling van de cliënt binnen de periode waarin uitdagend gedrag zichtbaar was positief is verlopen en welke aspecten dit betreft. Ik heb hiervan een rangorde opgesteld. In de grafiek.....is te zien dat op de eerste plaats komen te staan dat het muzikale samenspel intenser is en meer zelfbewustzijn aanwezig is.



Grafiek 2 Kernmerken van de ontwikkeling van de cliënt

Bij 9 van de 11 geldige antwoorden zagen de respondenten meer dynamiek en initiatief vanuit de cliënt. Spelplezier kunnen 8 respondenten benoemen. Drie aspecten hebben 7 therapeuten zien ontwikkelen, namelijk de zin om mede te bepalen door de cliënt, verbeterde interactie en een veranderde lichaamshouding. De volgende plaats delen elkaar 5 aspecten, die ieder voor zich van 6 muziektherapeuten opgemerkt worden. Het oogcontact is verbeterd, tempo wordt levendig ingezet, de motoriek is vrijer geworden, het nemen van ruimte is meer aanwezig en er is meer levensenergie op te merken. Op de laatste plaatsen zijn een veranderde vormgeving (5), ook een veranderde instrumentenkeuze (4) en als allerlaatste wordt herkend, dat de cliënte spraakzamer is geworden (3).

Vraag 13

De meeste muziektherapeuten die meededen bij dit onderzoek hebben een duidelijke mening daarover of het optreden van uitdagend gedrag als positieve indicator voor ontwikkeling beschouwt kan worden. 12 van de 14 respondenten hebben geantwoord. 8 waren met de uitspraak gedeeltelijk eens, een oneens en maar 3 therapeuten vonden het doeltreffend.

5.1.3 Therapeutische behandeling en therapeutische relatie

Vragen 14-21

Het laatste gedeelte van de vragenlijst gaat over hoe uitlokking van de cliënt door de therapeut binnen behandeling vorm kan krijgen. De verworven gegevens zijn allemaal verwerkt op nominaal meetniveau. De vragen 16 en 17 zijn apart verwerkt, omdat het vrije antwoorden betreft. Voordat deze nominaal zijn verwerkt, zijn deze eerst op een kwalitatieve manier verwerkt. Zij zijn samengevat binnen categorieën, waardoor de verwerking op kwantitatieve manier mogelijk was.

Vraag 14

Over de inzet van uitlokkingstechnieken volgens Bruscia hebben alle muziektherapeuten een mening geuit. Binnen muziektherapeutische behandeling zetten 7 therapeuten deze technieken in. Vijf hebben aangegeven deze soms in te zetten en 3 therapeuten gebruiken deze niet.

Vraag 15

In hoeverre de respondenten uitlokkingstechnieken van belang vinden denken is verdeelt. Twee antwoorden zijn niet bruikbaar, maar een persoon vindt het onbelangrijk. De meeste (9 personen) vinden belangrijk, 2 zelfs zeer belangrijk om deze muzikale technieken in te zetten.

Vraag 16

De verwerking van de vrije antwoorden heeft de volgende opstelling opgeleverd. Door 5 therapeuten wordt making space (het geven van ruimte) bij deze doelgroep ingezet. Modelling geven 3 respondenten aan en repeating een persoon. De rest heeft of niets ingevuld of geen van de Bruscia technieken benoemt.

Bruscia- Techniek	Aantal respondenten
Making spaces, ruimte maken	5
Modelling	3
Repeating, herhalen	1
Individuele antwoorden	3
Geen antwoord	2

Figuur 6 .Meest gebruikte uitlokkingstechniek

Vraag 17

Opvallend bij de vraag over de voorwaarde voor het inzetten van uitlokkingstechnieken is de grote aantal niet ingevulde lijsten. Van de 14 respondenten hebben 6 geen antwoord gegeven. Bij de overige antwoorden steekt alleen veiligheid bovenuit. Dit werd 3 keer benoemd. Vertrouwen, een stabiele relatie en contact werden ieder een enkele keer geantwoord. Wel duiden de eerste drie begrippen in dezelfde richting.

Voorwaarde	Aantal respondenten
Veiligheid	3
Vertrouwen	1
Stabiele relatie	1
Contact	1
Individueel antwoord	2
Geen antwoord	6

Figuur 7 Voorwaarden voor uitlokkingstechnieken

Vraag 18

Bij de vraag naar de soort instrumenten (Figuur zie bijlage 6)die bij deze doelgroep wordt ingezet is een lichte trend herkenbaar. Het was mogelijk meerdere antwoorden aan te kruisen. Van de 13 antwoorden geven 11 aan slaginstrumenten te gebruiken. Piano en keyboard gaan 8 therapeuten inzetten, 6 gebruiken snaarinstrumenten en 5 ander instrumenten, die niet op de lijst stonden.

Vraag 19

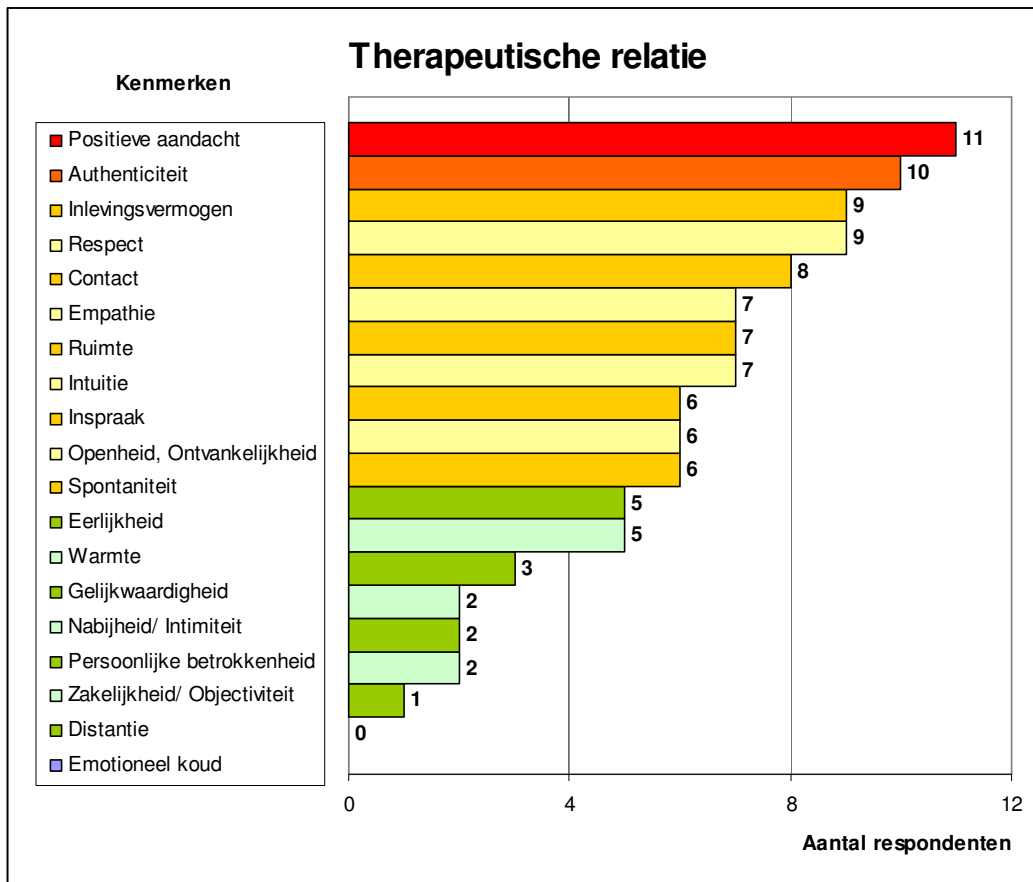
De vraag naar de werkvormen die door de ondervraagde muziektherapeuten gebruikt worden heeft iedereen beantwoord. Hier is geen eenduidig trend herkenbaar. Instrumentale improvisatie wordt door iedereen tijdens behandeling ingezet. Liedmateriaal zetten bij deze doelgroep 13 therapeuten in, gevolgd van vokale improvisatie (12) en voorgestructureerde werkvormen (11). Op de laatste plaats komen eigen composities te staan. Die worden door 8 respondenten ingezet.

Vraag 20 en 20a

Wedstrijd zet bijna niemand van de ondervraagde respondenten bij deze doelgroep in. Maar 4 van de 14 therapeuten gebruiken dit als middel binnen behandeling. De therapeuten die wedstrijdelementen gebruiken geven aan dat zij dat soms doen.

Vraag 21

Om te laten zien hoe de therapeutische relatie bij deze doelgroep vorm krijgt heb ik de aspecten gesoorterd naar de meest frequente antwoorden. In Figuur....? Is te zien, dat positieve aandacht op de eerste plaats komt te staan, opgevolgd door authenticiteit, inlevingsvermogen en respect.



Grafiek 4 Kenmerken van de therapeutische relatie bij mensen met een lichte verstandelijke beperking

5.2 Discussie

Volgens mij is de vraagstelling nog niet voldoende beantwoord. Het is mogelijk over delen van de hoofdvraag enkele uitspraken te doen, maar die zijn niet generaliseerbaar, omdat de respons met totaal 14 respondenten veel te laag is om betrouwbare gegevens op te leveren. Volgens Baarda en De Goede (2006) kunnen bij kwantitatief onderzoek vanaf 100 onderzoekseenheden betrouwbaar gegevens verkregen worden die wel generaliseerbaar zijn.. Zoveel respondenten te werven was bij dit studentenonderzoek onmogelijk qua financiële kosten en qua tijd.

Over de volgende delen van mijn vraagstelling kan ik enkele uitspraken doen. Uitdagend gedrag is een positieve indicatie voor ontwikkeling. De meeste respondenten waarden dit gedrag positief. Uit de verworven gegevens is niet goed uit te halen of het ook daadwerkelijk de onderzochte doelgroep betreft. Duidelijk is dat het gaat om mensen met een lichte beperking binnen individuele therapie, maar autisme kan niet uitgesloten worden. Vaak komt autisme voor in verband met een lichte verstandelijke beperking, daarom is het bij een zo kleine steekproef moeilijk om sociale fobie zonder een bijkomende stoornis tegen te komen. Het was niet mogelijk de respondenten buiten beschouwing te laten vanwege tekort aan onderzoeksmateriaal. De vraagstelling bevat ook de link tussen het optreden van uitdagend gedrag door de cliënt binnen een bepaalde fase van de behandeling. Daarover kan geen uitspraak gemaakt worden, omdat uit de gegevens blijkt, dat de therapeutische processen verschillen in de lengte van de gehele behandeling en het moeilijk was de fases te differentiëren. Soms was er ook sprake van, dat uitdagend gedrag door de cliënt niet alleen binnen een enkele fase aanwezig was, maar door de gehele behandeling. Duidelijk is dat bij de doelgroep mensen met een lichte verstandelijke beperking (al dan niet in verband met autisme) door de muziektherapeutische behandeling ontwikkeling op gang komt. Met name ontwikkelen cliënten meer zelfvertrouwen en de sociale interactie verbetert binnen het verloop van de behandeling. Met betrekking tot de benoemde subvragen, zijn volgende uitspraken mogelijk. Uitdagend gedrag, zoals beschreven in de casus, waarop dit onderzoek gebaseerd is, wordt herkend door de meeste

muziektherapeuten en ook waargenomen tijdens behandeling. Het is niet mogelijk aan te geven hoe vaak dit gedrag bij deze doelgroep voorkomt, omdat de vraagstelling daarop niet afgestemd was. Aangezien het problematisch binnen een therapeutisch proces fases af te bakenen is niet duidelijk een uitspraak daarover te maken of alleen binnen een bepaalde tijdsperiode dit gedrag tot uiting is gekomen. Globaal gezien benoemen de meeste wel het midden van het proces. Dat meer zelfbewustzijn ontwikkeld wordt, bevestigen de meeste respondenten. Dat er sprake is van meer levensenergie wordt bij de doelgroep door minder respondenten waargenomen. Uit de verworven gegevens blijkt dat de meeste therapeuten uitlokking een geschikt middel vinden. In de vorm van uitlokkingstechnieken volgens Bruscia wordt het ook ingezet. In tegenstelling tot mijn eigen ervaringen benoemt een klein deel van de respondenten 'making space' als de meest gebruikte techniek bij de doelgroep mensen met een lichte beperking binnen individuele therapie. Deze uitspraak is wel niet generaliseerbaar vanwege de zeer lage respons. Hetzelfde geldt voor de veiligheid die aangegeven wordt als voorwaarde voor de inzet van uitlokkingstechnieken. Het meest genoemde kenmerk van de therapeutische relatie is het geven van positieve aandacht aan de cliënten bij de doelgroep mensen met een lichte verstandelijke beperking.

De resultaten zijn op de voorgenomen wijze behaald. De acties die zijn ondernomen om deze te bereiken, komen overeen met de onderzoeksopzet. Het reflectieproces dat noodzakelijk was om tot mijn onderzoeksvraag te komen en om een vragenlijst samen te stellen is ver gegroeid. Het begon voordat de onderzoeksopzet was vastgesteld, maar was nog niet afgesloten nadat de vragenlijst was afgenomen. De reflectie in verband met de casus van het stagejaar heeft veel bijgedragen aan de professionalisering van mijn persoon. De literatuurstudie heeft vele nuttige bronnen opgeleverd en heeft op die manier een goede bijdrage aan de betekenisgeving van het meegemaakte therapeutische proces tijdens stage. Volgens Smeijster (2007), is het noodzakelijk dat expliciete verandert tot impliciete kennis, die in de persoon verankerd is en daarmee beter beschikbaar. Door reflectie wordt zekerheid en vertrouwen vergroot bij het toepassen van de verworven werkmodellen en de flexibiliteit om dingen aan te passen aan de doelgroep.

De stappen om tot het onderzoeksinstrument te komen zijn, zoals gepland uitgevoerd. Eerst werd relevante literatuur opgezocht ter ondersteuning van het samenstellen van de vragenlijst. De vragen werden geoperationaliseerd door middel van een model van het te onderzoeken systeem. Daarin zijn de dimensies van de gezochte begrippen onderzocht en in variabelen uitgedrukt. De betrouwbaarheid van de enquête met de daarin opgenomen variabelen werd door middel van een pretest getoetst. Meerdere muziektherapeuten hebben de lijst gelezen en de adviezen zijn meegenomen in een verbeterde versie. Door tijdsdruk waren helaas niet alle schrijffouten in de Nederlandse versie verbeterd. Het werven van respondenten is onder deze omstandigheden is goed verlopen. De telefoongesprekken, waarin uitleg over het onderzoek werd gegeven hebben bijgedragen aan de respons. Nadeel was het niet kunnen bereiken van muziektherapeuten om deze te motiveren aan het onderzoek mee te doen. Zonder tijdsdruk had waarschijnlijk een betere respons bereikt kunnen worden. Het versturen en terugvragen van de vragenlijsten via internet verliep goed. De meeste hadden geen problemen daarmee. De analyse van de data door middel van frequentieberekeningen verliep zonder problemen. Wel was het moeilijk om de meerkeuzevragen op een zinvolle manier te verwerken. Uiteindelijk werd gekozen om ieder aspect van de antwoordmogelijkheden apart te coderen en daarvan frequenties te berekenen. De voordelen, die schriftelijke ondervraging eigenlijk heeft kwam daardoor niet naar voren. In tegendeel. De keuze om vele variabelen te gebruiken het verkrijgen van betrouwbaardere data heeft geen besparing van tijd opgeleverd. Door de complexiteit van de begrippen heeft het niet mogelijk gemaakt om een antwoordschaal door de gehele enquête te gebruiken. Tevens werdt lijst lijst daardoor zeer lang (4 bladzijdes) Het inbouwen van interne criteria heeft wel duidelijk gemaakt dat deze vragenlijst niet alleen de beoogde doelgroep meet.

Dit onderzoek kent enkele tekortkomingen. Allereerst de lage respons, die enerzijds verklaart kan worden door het niet bereiken van respondenten en de tijddruk om deze te werven. De vragenlijst wijst ook enkele problemen op. De complexiteit van de thematiek van dit onderzoek binnen een kwantitatieve methode was een moeilijk ondervragen. Door tijdsdruk zijn enkele taalfouten in de vragenlijsten niet verbeterd. In de Duitse versie stond bij voorbeeld 'leidende Rolle', wat in het Duits een heel andere betekenis heeft. De beschrijving van de casus heeft blijkbaar niet bij iedere respondent helemaal tot verheldering van uitdagend gedrag bijgedragen. Tijdens een van de vooraf gevoerde telefoongesprekken werd mij door een muziektherapeut uitgelegd, dat op dit tijdstip een discussie binnen de gezondheidszorg op gang was rond het thema uitdagend gedrag. Het bestond verwarring daarover of daarmee alleen onwenselijk gedrag benoemd wordt. Aangezien de meeste respondent Duitse muziektherapeuten waren kan dit invloed hebben gehad op de data. Trouwens werd ook door enkele therapeuten, die zowel groeps- als ook individuele therapie geven, aangegeven dat het moeilijk was om een eigen voorbeeld voor ogen te houden bij de beantwoording van de vragen. Bij vraag 17 waren de meeste niet ingevulde antwoorden te vinden. Blijkbaar was de vraagstelling verwarrend. De vraag over kenmerken van de therapeutische relatie heeft geen

duidelijke uitkomsten opgeleverd, omdat er te veel keuzemogelijkheden zijn geweest. Bij sommige respondenten was opvallend dat zij bij deze laatste vraag van de enquête bijna alle mogelijkheden hebben aangekruist. Het was waarschijnlijk zinvoller geweest de vraag niet aan het einde van de lijst te stellen en misschien ook om alleen naar de meest belangrijke kenmerk te vragen. Dat had een duidelijkere uitkomst bevorderd.

Volgens mij was het beter geweest om een andere methode te gebruiken bij dit onderzoek. Mij lijkt het thema door zijn complexiteit en hoeveelheid vragen beter geschikt voor een kwalitatieve onderzoeksmethode, bijvoorbeeld een mondeling interview. Deze methode is tevens beter geschikt om door te vragen naar details en om definities van het centrale begrip uitdaging aan de respondent te verduidelijken. Uitwisseling van kennis bij deze doelgroep is zo zelfs beter mogelijk. Bij individuele cliënten is het sowieso zeer verschillend hoe therapeutische processen verlopen, daarom is de betere alternatieve om kennis over deze specifieke doelgroep (mensen met lichte verstandelijke beperking en sociale fobie, zonder bijkomende autisme) persoonlijk met elkaar uit te wisselen.

De meerwaarde van dit onderzoek ligt voor mij persoonlijk vooral in het materiaal, dat de literatuurstudie heeft opgeleverd en in het doorlopen van dit (lange) reflectieproces. Door de bewustmaking van de vele aspecten die tijdens behandeling een rol gespeeld hebben, ben ik nu bewuster van waarom dingen, die ik intuïtief gestimuleerd heb waardevol zijn geweest. Tevens biedt de gelezen literatuur voor de toekomst voldoende handvatten om op voort te bouwen. Zo kan het verder ontwikkelen van een eigen methode en het uitbreiden van de verworven werkmodellen voortgezet worden.

Individuele therapeutische processen verlopen zeer verschillend. Ieder cliënt komt op een eigen ontwikkelingsniveau aan het begin van de muziektherapeutische behandeling. Dat maakt het al moeilijk vergelijkbaar. Volgens Došen (2005) hangen emotionele ontwikkeling en de persoonlijkheidsontwikkeling nauw samen. Gezien vanuit de ontwikkelingsfasen binnen de levensloop van de mens is duidelijk dat uitdaging daarin een belangrijke rol speelt, wanneer het gaat om het verwerven van autonomie. Twee fase binnen de ontwikkeling hebben te maken met uitdagend gedrag (Delfos; Rigter), namelijk de koppigheidsfase en de adolescentie. Om zelfhandhaving in de vorm van assertiviteit te ontwikkelen is een leerproces nodig, want het houdt in doelgerichte agressie toe te passen. Došen (2005) beschrijft het verwerven van deze doelgerichte agressie als aangeleerd. Daarom kan muziektherapie door zijn mogelijkheden tot speelsheid de ruimte creëren om het kader voor het ontwikkelen en oefenen van vaardigheden te bieden. Binnen ontwikkelingstheorieën wordt de koppigheidsfase (Mönks en Knoers, 1996) als de basis voor het ontwikkelen van de persoonlijkheid beschouwt. Het uitlokken van de natuurlijke vechtreactie als een overlevingsmechanisme moet daarom als positief beschouwt worden. Het beleven van de eigen krachten om een gevoel van eigenwaarde te laten groeien en de eigen mogelijkheden leren kennen zijn volgens mij wedstrijd situaties geschikt. De technieken die binnen provocatieve therapie gebruikelijk zijn en de humortechnieken die Titzen en Eschenröder beschrijven kunnen het muzikale gebeuren ondersteunen. Dit aspect bevestigt mijn eigen werkmodel dat ik tijdens stage heb toegepast. Toen heb ik mijn handelen ook verbaal ondersteund. Deze combinatie van muzikaal handelen tegelijkertijd met verbale en non-verbale ondersteuning heeft volgens mij effect gehad. De inzet van uitlokkingstechnieken volgens Bruscia wordt door de ondervraagde muziektherapeuten ook als belangrijk bij deze doelgroep aangegeven. De positieve waardering van uitdagend gedrag wordt van hen gedeeld, maar niet altijd als een positieve indicatie voor ontwikkeling gezien. Volgens mij komt dit tot stand door de onduidelijkheid over de doelgroep. De vermenging van kenmerken, die bij mensen met autisme voorkomen en mensen met sociale fobie en een lichte verstandelijke beperking maakt wel een groot verschil in de benadering tijdens de therapeutische benadering. Of iemand oogcontact vermijdt vanwege sociale angsten om negatief beoordeelt te worden of vanwege autisme maakt een groot verschil in de mogelijkheden en de manier waarop ontwikkeling gestimuleerd dient te worden.

Een nieuw werkmodel zal de volgende kenmerken inhouden. Het maakt gebruik van humor, ook lichamelijke humor, die makkelijk tijdens werkvormen (bijvoorbeeld de werkvorm 'Twee klappen') geïntegreerd kan worden in het muzikale gebeuren. Dit kan de muzikale interventies nog versterken. Wedstrijd gecombineerd met verbale provocatieve technieken en humortechnieken lijkt mij een goede mogelijkheid om muzikale middelen samen te brengen met buitenmuzikale middelen. Voor het bewustmaken van gedragingen, om shaping volgens de gedragstherapeutische benadering toe te passen lijkt mij verbale ondersteuning geschikt. Het is een rechtstreekse manier om succeservaringen bewust te maken, door deze aan de cliënte onmiddellijk te benoemen. Zelfvertrouwen of zelfbewustzijn kunnen groeien door deze middelen. Tegelijkertijd moet voldoende ruimte geboden zijn om de cliënt niet te overheersen (Höfner en Schachtner, 2008). De goede draad mag niet verloren gaan tijdens de interventies.

De attitude die bij het oude model gehanteerd werd heeft positief gewerkt bij deze cliënte. Positieve bejegening, het vermijden van prestatiedruk, het beleven van plezier, werken met beweging hebben goed aangesloten bij deze cliënte.

De vernieuwing van het werkmodel bestaat uit het vinden van manieren om nog meer humor binnen muziektherapie toe te passen. Verder wil ik manieren vinden wedstrijd-elementen ook op andere instrumenten en binnen andere werkvormen te integreren. De gedachte daarachter is het idee daardoor assertiviteit verder te kunnen oefenen.

Voor vervolgonderzoek lijkt mij geschikt om onderzoek te doen naar de mogelijkheden die provocatieve en humoristische technieken ter ondersteuning van muzikale technieken binnen muziektherapie kunnen bieden. Misschien zijn er overeenkomsten of kan door enkele aanpassingen het repertoire aan muzikale technieken volgens Bruscia aangevuld worden.

5.3 Samenvatting

Aanleiding voor deze scriptie is een stage-ervaring met een jongvolwassen vrouw met een lichte verstandelijke beperking en kenmerken van sociale fobie. Binnen individuele muziektherapie vertoonde zij uitdagend gedrag binnen muzikale werkvormen. Naar gelang de behandeling vooruit ging gebeurde een rolwissel. Eerst werd de cliënte door de therapeut uitgelokt door muzikale uitlokkingstechnieken. De therapeut stimuleerde intuïtief wedstrijsituaties die ontstonden, omdat de cliënte veel minder terughoudend en angstig was, dan in het begin van de behandeling. Het riep de vraag op of dit gedrag een teken kon zijn voor positieve ontwikkeling kon zijn.

De twijfels over de handhaving van uitdagend gedrag zijn geformuleerd binnen de volgende vraagstelling.

Kun je uitdagend gedrag in een bepaalde fase van een muziektherapeutisch proces zien als een positieve indicatie voor de ontwikkeling van meer zelfvertrouwen en sociale interactie bij een cliënt met een verstandelijke beperking en sociale fobie?

Subvragen:

8. Treedt uitdagend gedrag altijd op binnen individuele muziektherapie?
9. In welke fase van een muziektherapeutisch proces?
10. Is bij het optreden van uitdagend gedrag sprake van meer zelfbewustzijn en meer levensenergie?
11. Is uitlokking van uitdaging een geschikt therapeutisch middel?
12. Wanneer zal dit middel binnen het therapeutisch proces bewust ingezet worden?
13. Zijn er therapeuten die dit middel inzetten?
14. Welk kenmerk heeft de therapeutische relatie van deze therapeuten?

Ter beantwoording van de vraagstelling zijn verschillende acties ondernomen. Voorafgaande aan het uitvoeren van een kwantitatief onderzoek is een literatuurstudie gedaan die heeft geleid tot het formuleren van variabelen. Deze zijn met behulp van een schriftelijke vragenlijst aan muziektherapeuten uit Nederland, Duitsland en België voorgelegd. De vragenlijsten zijn via e-mail aan de respondenten verzonden en retour gevraagd.

De lage respons maakt generaliseren van de resultaten onmogelijk en zijn de uitkomsten vertekend het feit dat autisme niet uitgesloten kan worden. De uitkomsten van de bevraging bevestigen de positieve waardering van uitdagend gedrag bij deze doelgroep. Uitlokkingstechnieken worden door de respondenten ingezet.

De kwantitatieve methode was voor de thematiek niet geschikt. Het centrale begrip was niet duidelijk geformuleerd binnen de vragenlijst. Ook was het niet mogelijk een onderscheid met autisme, die deels overeenkomstige kenmerken heeft met sociale fobie. Door de vermenging van allebei is niet duidelijk voor welke doelgroep de resultaten geldig zijn.

Literatuurlijst

Boeken

- Baarda, D. & Goede, M. de (2006). *Methoden en technieken: Basisboek: handleiding voor het opzetten van kwantitatief onderzoek*. Groningen [etc.]: Wolters- Noordoff.
- Balkom, van A.J.L.M., Dyck, van R., & Oppen, van P. (Eds.) (2001). *Behandelingsstrategieën bij angststoornissen*. Houten [etc.]: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Buuren, van H., Hummel, H., Berkhout, J. & Sloomaker, A. (2003). *Onderzoek: De basis*. Houten: Wolters-Noordhoff.
- Beknopte handleiding van de DSM-IV-TR* (2002). Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Bruscia, K. E. (1987). *Improvisational models of music therapy*. Springfield: Charles C Thomas Publisher.
- Clarkson, P. (1999). *The therapeutic relationship: In psychoanalysis, counselling psychology and psychotherapy*. London: Whurr publishers Ltd.
- Cox, H. & Stoks, F. (1983). *Van Dale groot woordenboek Duits- Nederlands*. Utrecht [etc.]: Van Dale Lexicografie.
- Craeynest, P. (2004). *De levensloop van de mens: Inleiding in de ontwikkelingspsychologie*. Leuven: Uitgeverij Acco.
- Csikszentmihaly, M. (2005). *Flow: Das Geheimnis des Glücks*. Stuttgart: Klett- Cotta.
- Delfos, M. (2003). *Kinderen in ontwikkeling: stoornissen en belemmeringen*. Lisse: Sweets & Zeitlinger.
- Dilling, H. (2004). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V (F) klinisch-diagnostische Leitlinien*. Bern [etc.]: Huber.
- Duden: Fremdwörterbuch*. (2005). Mannheim [etc.]: Dudenverlag.
- Došen, A. (2005). *Psychische stoornissen, gedragsproblemen en verstandelijke handicap: Een integratieve benadering bij kinderen en volwassenen*. Assen: Koninklijke Van Gorcum.
- Egan, G. (2004). *Deskundig hulpverleners: Een model, methoden en vaardigheden*. Assen: Koninklijke Van Gorcum.
- Hermans, D., Eelen, P. & Orlemans, H. (2007). *Inleiding tot de gedragstherapie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Höfner, E. & Schachtner, H. (2008). *Das wäre doch gelacht!: Humor und Provokation in der Therapie*. Rheinbek (Hamburg): Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Hollander, J. & Wijnberg, J. (2006). *Provocatief coachen: De basis*. Schiedam: Uitgeverij Scriptum.
- Huijgen, M. & Verburg, M. (1996). *Van Dale basiswoordenboek van de Nederlandse taal*. Utrecht[etc.]: Van Dale Lexicografie.
- Kast, B. (2007). *Wie der Bauch dem Kopf beim Denken hilft: Die Kraft der Intuition*. Frankfurt am Main: S. Fischer Verlag.
- Klein, S. (2001). *Trainingstools: 19 Methoden aus der Psychotherapie für die Anwendung im Training; ein Nachschlagwerk für Trainer und Personalentwickler*. Offenbach: Gabal Verlag.
- Mietzel, G. (2002). *Wege in die Entwicklungspsychologie: Kindheit und Jugend*. Weinheim: Beltz PVU.

- Migchelbrink, F. (2007). *Praktijkgericht onderzoek in zorg en welzijn*. Amsterdam: Uitgeverij SWP.
- Mönks, F.J. & Knoers, A.M.P. (1996). *Lehrbuch der Entwicklungspsychologie*. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Riemann, F. (2006). *Grundformen der Angst: Eine tiefenpsychologische Studie*. München [etc.]: Ernst Reinhardt Verlag.
- Rigter, J. (2003). *Ontwikkelingspsychopathologie bij kinderen en jeugdigen*. Bussum: Uitgeverij Coutinho.
- Schuur, G. (2005). *Omgaan met agressie*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Smeijsters, H. (2003). *Handboek creatieve therapie*. Bussum: Uitgeverij Coutinho.
- Smeijsters, H. (Ed.) (2006). *Handboek muziektherapie: Evidence based practice voor de behandeling van psychische stoornissen, problemen en beperkingen*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Smeijsters, H. (red.) (2005). *Praktijkonderzoek in vaktherapie*. Bussum: Uitgeverij Coutinho.
- Titze, M. & Eschenröder, C. T. (2007). *Therapeutischer Humor: Grundlagen und Anwendungen*. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag.
- 't Land, van H., Schoemaker, C. & Ruiter, de C. (red.) (2008). *Trimbos zakboek psychische stoornissen*. Utrecht: De Tijdstroom Uitgeverij.
- Vandereycken, W., Hoogduin, C. & Emmelkamp, P. (2004). *Handboek psychopathologie: Deel 1 basisbegrippen*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Verburg, M. & Stumpel, R. (Red.) (2003). *Van Dale pocketwoordenboek: Nederlands als tweede taal (NT 2)*. Utrecht: Van Dale.

Tijdschriften

- Ellerkamp, T. & Goldbeck, L. (2008). Musiktherapie für ängstliche Kinder. Musiktherapeutische Umschau, 29, (1), p. 26-33.
- Hendriks, M. & Bögels, S. (2008). Cognitieve gedragstherapie voor kinderen met een autismespectrumstoornis en angststoornissen. Tijdschrift voor orthopedagogiek, 47, 312-324.
- Sommerijns, E., Knapen, J. & Coppenolle, H. van (2005). Psychomotorische therapie bij angst en depressie: Effect van aërobe inspanning op toestandsangst en subjectief welbevinden. Tijdschrift voor vaktherapie, 2, p. 26-31.
- Titze, M. (2004). Den Widrigkeiten des Lebens trotzen: Humor in der Behandlung von behinderten Kindern. Bulletin ALG, 3, p. 6- 8.

Internet

- Afbeelding titelpagina
Benjamins & Werners praktische Lerntipps. <http://www.lerntipp.at/schule/21/b.shtml> 2005. Datum opzoeken maart 2009. Angst essen Gedanken auf

Overige bronnen

- Smeijsters, H. (red.) (2007). *Vernieuwen van werkmodellen en uitvoeren van praktijkonderzoek*. Ongepubliceerd naslagwerk.

Bijlagen

Bijlage 1 Vragenlijst Nederlandse versie

Datum:

Thema van het experts-interview:

'Uitdagend gedrag' door cliënten binnen de muziektherapie bij de doelgroep mensen met een verstandelijke beperking en sociale fobie

Aanwijzingen voor het invullen:

-A.u.b. alleen een antwoord aankruisen, tenzij anders wordt vermeldt.

-Wanneer u een vraag onduidelijk vindt en daardoor de vraag niet kan beantwoorden, laat deze dan open.

Invullen/ aankruisen wat van toepassing is.

Leeftijd:jaar Geslacht: m/ v

1. Waar bent u werkzaam als muziektherapeut(e)?
 - Inrichting voor mensen met een verstandelijke beperking
 - Eigen praktijk
 - Anders, namelijk.....
2. Hoeveel werkervaring heeft u met de doelgroep mensen met een verstandelijke beperking?
.....jaar
3. Geeft u individuele therapie of groepstherapie?
 - Individuele therapie
 - groepstherapie
 - zowel groeps-, als ook individuele therapie
4. Heeft u mensen met een licht verstandelijke beperking in uw individuele muziektherapie?
 - Ja Nee
5. Heeft (of had u) individuele cliënten in behandeling die de onderstaande symptomen van sociale fobie vertonen?
 - Nee Ja, namelijk (zie de lijst hieronder)

(Het is mogelijk meerdere antwoorden aan te kruisen)

De cliënt

- Laat zich door kritiek intimideren
- Is teruggetrokken (A.u.b. 5a invullen wanneer van toepassing)
- Neemt weinig initiatief
- Laat beslissingen aan anderen over
- Uit geen duidelijke mening
- Gedraagt zich zo onopvallend mogelijk
- Reageert op fouten met sterke onzekerheid
- Is lichamelijk zeer gespannen (A.u.b. 5a invullen wanneer van toepassing)
- Vermijdt groepen en sociaal contact (A.u.b. 5a invullen wanneer van toepassing)
- Neemt binnen interactie niet (of nauwelijks) de leidende rol
- Geeft snel op bij het presteren/ nieuw aan te leren dingen
- Zoekt weinig oogcontact (A.u.b. 5a invullen wanneer van toepassing)
- Vermijdt het onbekende (A.u.b. 5a invullen wanneer van toepassing)

5a. Is het terughoudend gedrag van de cliënt het resultaat van een stoornis vanuit het autistisch spectrum?

- Ja Nee onbekend

De onderstaande tekst is een fictieve casus van individuele muziektherapie. Na het lezen van de casus worden enkele vragen gesteld over 'uitdagend gedrag'. De vragen 6 t/m 12 gaan over mensen met een lichte verstandelijke beperking en sociale fobie.

Casus:

A. is een 25-jarige vrouw, die zich met taal goed kan uitdrukken en die met de bus zelfstandig naar haar werk gaat. Zij is vriendelijk, echter terughoudend en steeds lichamelijk gespannen. Tevens blijft zij op afstand van mensen. Binnen de muziektherapie doet zij bij alle werkvormen bereidwillig mee, ook al lijkt zij zeer onzeker. Als er geen oogcontact nodig is bij het muziek maken zoekt zij dit ook niet op. Zij is dan vooral met haar eigen spel bezig. Samenspel en interactie is daardoor in het begin van de therapie maar in beperkte mate mogelijk. Zij reageert meestal positief, wanneer de therapeute voorstelt om een nieuwe werkvorm uit te proberen (b.v. een ander klank op het keyboard uitzoeken). In begin is haar muzikale spel (bijvoorbeeld in een vrije improvisatie) tamelijk vlak en eenzijdig. Ze gebruikt weinig dynamiek en speelt meestal in hetzelfde tempo. Om haar uit te dagen wordt enerzijds herhaling van activiteiten ingezet en anderzijds positieve bekrachtiging, humor en verbale uitdaging. In de onderstaande tekst schets ik u een werkvorm zoals deze vaker voorkwam nadat de cliënte een half jaar op muziektherapie zat.

Cliënte en therapeute staan elk voor een conga. Een persoon begint twee klappen te geven op het instrument. De ander imiteert. Om de beurt gaan de twee klappen heen en weer. De cliënte kent de werkvorm en begint dit keer zonder te aarzelen meteen als eerste. Haar ogen sprankelen en zij zoekt oogcontact. Wie kan het hardst of snelst spelen en wie stopt het eerst. Bouwt de spanning af of ontstaat een pauze, neemt zij weer het initiatief om te beginnen en wil bijna niet meer stoppen. Het gaat erom de ander bij een wedstrijd uit te dagen en daarom het territorium te vergroten. Zij doet met de uitdaging mee.

Dezelfde scène gebeurt ook in een vrije improvisatie op piano en keyboard. De cliënte bespeelt het keyboard. Nadat zij is begonnen met spelen (met een van haar lievelingsklanken donder of vogeltjes) doet de therapeute mee. Binnen korte tijd ontstaat een wedstrijd, waarbij korte ritmes, bewegingen of iets dergelijks levendig heen en weer vliegen.

6. Welke onderstaande kenmerken herkent of interpreteert u ook vaker als uitdagend gedrag?

(U kunt meerdere antwoorden geven.)

De cliënt

- daagt uit tot imitatie
- Gaat steeds harder spelen
- gaat steeds sneller spelen
- probeert zo lang mogelijk door te spelen
- Probeert zo zacht mogelijk te spelen
- Roept tijdens het spelen, dat de ander te langzaam was
- Wil de leiding/ controle niet uit handen geven
- Heeft sprankelende ogen
- Lacht veel/ maakt grapjes

7. Heeft u bij uw cliënten dit soort uitdagend gedrag al een keer waar kunnen nemen?

- Ja
- Nee (A.u.b. verder met vraag 14.)
- Niet duidelijk
- Ander gedrag, namelijk.....(met een woord)

8. Op welke manier heeft u dit gedrag geïnterpreteerd?

- Positief Niet weten in te schatten Negatief

9. Hoe lang duurt/ duurde de gemiddelde behandeling van de cliënt/en in het geheel?

- Tot 1 maand
- 1-3 maanden
- 4-6 maanden

- Langer dan 6 maanden
10. Op welk moment heeft u dit gedrag bij de cliënt/en in de muziektherapie kunnen waarnemen?
- Tot 1 maand
 - 1-3 maanden
 - 4-6 maanden
 - Langer dan 6 maanden
11. In welke fase van het therapeutisch proces gebeurde het?
- In begin ○ In het midden ○ Op het einde
12. Heeft de cliënt zich binnen de periode waarin u uitdagend gedrag heeft geobserveerd positief ontwikkeld? (Het is mogelijk meerdere antwoorden aan te kruisen.)

Het volgende is zichtbaar

- Meer zelfbewustzijn
 - Spelplezier
 - Meer levensenergie
 - Neemt meer ruimte in
 - Lichaamshouding is veranderd
 - Motoriek is vrijer
 - Interactie is verbeterd
 - Spraakzaam, vertelt meer
 - Muzikaal samenspel intenser
 - Neemt meer initiatief
 - Zin om mede te bepalen
 - Tempo wordt levendig ingezet
 - Meer dynamiek
 - Instrumentenkeuze veranderd
 - Vormgeving veranderd (b.v. pauzen maken)
 - Oogcontact verbeterde
13. Wat vindt u van de volgende uitspraak?
- „Het optreden van uitdagend gedrag is een indicator voor positieve ontwikkeling.“
- Mee eens ○ Gedeeltelijk mee eens ○ Mee oneens

Uitleg:

Kenneth E. Bruscia, een Amerikaanse muziektherapeut, heeft improvisatietechnieken beschreven. Deze technieken beschrijven doelen op verschillende gebieden, o.a. empathie, structurering, uitlokking, ombuiging, proces, emotionele exploratie. Hij benoemt de volgende uitlokkingstechnieken:

„Het herhalen: De therapeut biedt hetzelfde ritme of dezelfde melodie enige keren aan, ofwel opvolgend ofwel met korte tussenpozen.

Modelling: De therapeut vertoont of demonstreert een doelgedrag, kwaliteit, gevoel, trek (eigenschap), enz. voor de cliënt om na te streven.

Ruimte maken: De therapeut improviseert en verschaft ruimte binnen de structuur van de improvisatie, om de cliënt de gelegenheid te geven te antwoorden of geluiden in te vullen.

Tussenvoegingen: De therapeut blijft stil en improviseert alleen als de cliënt een pauze houdt, waardoor de cliënt de eerst verantwoordelijke is voor de improvisatie, terwijl hij tevens suggesties geeft aan de cliënt om door te gaan.

Uitbreiding: In een muzikale context; de therapeut verlengt de zin van de cliënt. Dit kan bereikt worden door het toevoegen van geluiden aan het einde van de zin of door het toevoegen van een overlappende zin.

Het afronden: De therapeut beantwoordt de muzikale vraag van de cliënt of voltooid hem.”

Bron: Bruscia, K. (1987). *Improvisational models of music Therapy*. Uitgever: Charles C Thomas: Springfield, IL, vertaling Berk, v.d. P. (1990).

De volgende vragen 14 t/m 20 gaan over uitlokkingstechnieken die door de muziektherapeut ingezet worden.

14. Zet u binnen de muziektherapie Bruscia- technieken in?

- Ja soms Nee (Ga naar vraag 19.)

15. In welke mate vindt u de inzet van uitlokkingstechnieken van belang?

- Zeer belangrijk
- belangrijk
- nog belangrijk/ nog onbelangrijk
- onbelangrijk
- zeer onbelangrijk

16. Welke uitlokkingstechniek gebruikt u het meest?

.....(een woord)

17. Op welke tijdstip tijdens het therapieproces zou u deze uitlokkingstechnieken (uitdagings-technieken) inzetten?

Zodraals voorwaarde vervuld is.

18. Met welke instrumenten vindt uitlokking plaats (door de therapeut)?

(Meerdere antwoorden mogelijk.)

- Slaginstrumenten (b.v. trommels, kleine percussie instrumenten)
- Piano en keyboard
- Staafinstrumenten (b.v. xylofoon, metalfoon, klankstaven)
- Snaarinstrumenten (b.v. gitaar)
- Anders.....

19. Welke werkvormen gebruikt u binnen individuele behandeling?

(Meerdere antwoorden mogelijk.)

- Instrumentele improvisatie
- Vokale improvisatie
- Liedmateriaal
- Voorgestructureerde werkvormen
- Eigen composities

20. Zet u doelgericht wedstrijdelementen in binnen de muziektherapie bij mensen met een lichte verstandelijke beperking en sociale fobie?

- Ja (Aub 20a. Invullen.) Nee (Ga naar vraag 21.)

20a. Hoe vaak zet u situaties met wedstrijdelementen in?

- Nooit soms vaak heel vaak altijd

21. Wat is het karakter van de therapeutische relatie met uw cliënten bij deze doelgroep?

(Meerdere antwoorden mogelijk.)

- Distantie
- Zakelijkheid/ objectiviteit
- Positieve aandacht
- Warmte
- Emotioneel koud
- Persoonlijke betrokkenheid
- Respect
- Gelijkwaardigheid
- Eerlijkheid
- Authenticiteit
- Spontaniteit
- Intimiteit, nabijheid
- Intuïtie
- Contact
- Openheid, ontvankelijk
- Ruimte
- Inlevingsvermogen
- Empathie
- Inspraak

Plek voor opmerkingen:

Heeft u iets gemist bij de vragen of wilt u nog iets zeggen?

.....

Hartelijk bedankt voor uw tijd!

Bijlage 2 Vragenlijst Duitse versie

Datum:

Expertenbefragung zum Thema:

Herausforderndes Verhalten von Klienten innerhalb der Musiktherapie bei der Zielgruppe Menschen mit leichter geistiger Behinderung und sozialer Phobie

Hinweise zum Ausfüllen:

-Bitte nur eine Antwort ankreuzen, es sei denn es wird anders angegeben.

-Falls Fragen undeutlich sind und dadurch nicht eindeutig beantwortet werden können, kreuzen Sie bitte nichts an.

Bitte Zutreffendes eintragen/ ankreuzen.

Alter:Jahre Geschlecht: M/ W

1. Wo arbeiten Sie?

- Einrichtung / Heim für Menschen mit geistiger Behinderung
- Eigene Praxis
- Integrativer Kindergarten
- Sonstige.....

2. Wieviel Berufserfahrung haben Sie bei der Arbeit mit Menschen mit einer geistigen Behinderung?
.....Jahr(e)

3. Arbeiten Sie mit Einzeltherapie oder im Gruppenverband?

- Einzeltherapie
- Gruppen
- Sowohl Gruppen, als auch einzelne Klienten

4. Sind unter Ihren Einzelklienten welche, die Ihrer Meinung nach eine leichte geistige Behinderung haben?

- Ja Nein

5. Haben/ hatten Sie Einzelklienten in Behandlung, die Symptome von sozialer Phobie aufweisen?

- Nein Ja, nämlich.... (Siehe anschließende Liste.)

(Es ist möglich mehrere Begriffe anzukreuzen)

Der Klient

- Läßt sich von Kritik einschüchtern
 - Verhält sich zurückgezogen
 - Nimmt wenig Eigeninitiative
 - Überlässt dem anderen die Entscheidung
 - Äußert keine deutliche Meinung
 - Verhält sich möglichst unauffällig
 - Reagiert auf Fehler mit starker Unsicherheit
- (Wenn dies zutrifft, bitte 5a. ausfüllen.)

- Ist körperlich sehr angespannt (Wenn dies zutrifft, bitte 5a.ausfüllen.)
- Meidet Gruppen und sozialen Kontakt (Wenn dies zutrifft, bitte 5a.ausfüllen.)
- Übernimmt in der Interaktion nicht die leidende Rolle
- Gibt schnell auf beim Erbringen von Leistungen/ neu zu erlernenden Dingen
- Sucht wenig Blickkontakt (Wenn dies zutrifft, bitte 5a.ausfüllen.)
- Meidet Unbekanntes (Wenn dies zutrifft, bitte 5a.ausfüllen.)

5a. Besteht die Zurückgezogenheit aufgrund einer autistischen Störung?

- Ja
- Nein
- Unbekannt

Das nachfolgende Stück Text ist ein fiktives Fallbeispiel. Nach dem Lesen werden darüber einige Fragen gestellt zum Thema „herausforderndes Verhalten“. Die Fragen 6 – 12 beziehen sich auf Menschen mit einer leichten, geistigen Behinderung und sozialer Phobie.

Fallskizze:

A. ist eine 25-jährige Frau, die sich sprachlich gut ausdrücken kann und selbstständig mit dem Bus zu ihrer Arbeit fährt. Sie ist freundlich und zurückhaltend, doch ständig körperlich angespannt und auf Abstand. In der Musiktherapie macht sie bei allen Spielformen bereitwillig mit, auch wenn sie dabei sehr unsicher wirkt. Wenn kein Blickkontakt nötig ist beim Musik machen, sucht sie den nicht unbedingt auf, sondern ist vor allem mit ihrem eigenen Spiel beschäftigt. Zusammenspiel und Interaktion sind dadurch zu Beginn der Therapie nur in eingeschränktem Rahmen möglich. Sie reagiert jedoch meist positiv, wenn die Therapeutin vorschlägt etwas Neues auszuprobieren (z.B. einen anderen Klang auf dem Keyboard aussuchen). Ihr Spiel bei freier Improvisation ist anfangs recht gleichförmig, wobei sie wenig Dynamik gebraucht und in etwa stets im selben Tempo spielt. Um sie Hinauszulocken werden einerseits die Wiederholung von Aktivitäten eingesetzt und andererseits positive Bekräftigung, Humor und verbales Herausfordern. Die folgenden Szenen geschehen nach ungefähr der Hälfte der Zeit, bei einer halbjährlichen Therapie.

Klientin und Therapeutin stehen jeweils vor einer Conga. Eine Person beginnt zweimal auf sein Instrument zu schlagen, danach macht der andere das gleiche. Immer der Reihe nach wechseln die beiden Schläge hin und her. A., die Klientin, kennt das Spiel und diesmal beginnt sie sofort ohne zu zögern. Ihre Augen funkeln und sie sucht den Blickkontakt. Wer kann wohl am lautesten oder schnellsten spielen und wer hört zuerst damit auf. Darum dreht sich alles in diesem Spiel. Baut die Spannung sich ab oder entsteht eine Pause, ist A. diejenige die wieder anfängt und beinahe nicht mehr stoppen will. Es geht darum, den anderen herauszufordern zu einem Kräftemessen und darum Boden gutzumachen (Territorium). Sie hat die Herausforderung angenommen.

Die Szene spielt sich auch bei freier Improvisation auf Klavier und Keyboard ähnlich ab. Die Klientin sitzt dabei am Keyboard. Nachdem sie begonnen hat zu spielen (wahlweise mit einem ihrer Lieblingsklänge), fängt die Therapeutin an mitzuspielen. Innerhalb kürzester Zeit entsteht ein Wettbewerb, bei dem kurze Rhythmen, Bewegungen o.ä. lebhaft hin und hergegeben werden.

6. Welche Merkmale erkennen oder interpretieren Sie als „herausforderndes Verhalten“?

(Es sind mehrere Antworten möglich.)

Der Klient

- Fordert dazu heraus ihn zu imitieren
- Spielt allmählich immer lauter
- Spielt allmählich immer schneller
- Versucht so lange wie möglich weiter zu spielen
- Probiert so leise wie möglich zu spielen
- Ruft während des Spielens dazwischen, dass der andere zu langsam ist
- Will die Leitung/ Kontrolle nicht aus den Händen geben
- Hat glänzende Augen
- Lacht viel/ macht Scherze

7. Haben Sie bei Klienten schon einmal diese Art herausfordernden Verhaltens wahrnehmen können?

- Ja
- Nein (Bitte weiter bei Frage 14.)
- Nicht eindeutig
- Anderes Verhalten, nämlich.....(in einem Wort)

8. Wie haben Sie dieses Verhalten interpretiert?

- Positiv Nicht einzuordnen Negativ

9. Wie lang dauert/ dauerte die Behandlung des Klienten/ der Klienten durchschnittlich?

- Bis zu 1 Monat
 1-3 Monate
 4-6 Monate
 Länger als 6 Monate

10. In welchem Zeitraum haben Sie beim/ bei den Klienten herausforderndes Verhalten wahrgenommen?

- Bis zu 1 Monat
 1-3 Monate
 4-6 Monate
 Länger als 6 Monate

11. In welcher Phase des therapeutischen Prozesses trat das Verhalten auf?

- Zu Beginn In der Mitte Zum Ende hin

12. Hat sich der Klient im Zeitabschnitt positiv entwickelt, in dem herausforderndes Verhalten beobachtet werden konnte? (Es können mehrere Begriffe angekreuzt werden.)

Es ist sichtbar

- Mehr Selbstbewusstsein
 Spielfreunde
 Mehr Lebensenergie
 Nimmt mehr Raum ein
 Eine veränderte Körperhaltung
 Freiere Motorik
 Verbesserte Interaktion
 Gesprächiger, mitteilbarer
 Intensiveres musikalisches Zusammenspiel
 Nehmen von Eigeninitiative
 Lust mitzubestimmen
 Lebhafterer Gebrauch von Tempo
 Mehr Dynamik
 Veränderte Instrumentenwahl
 Veränderte Formgebung (z.B. Pausen machen)
 Verbessertes Augenkontakt

13. Wie bewerten Sie folgende Aussage?

„Das Auftreten herausfordernden Verhaltens ist ein Indikator für positive Entwicklung.“

- Ich stimme zu Ich stimme teilweise zu Ich stimme nicht zu

Erläuterung:

Kenneth E. Bruscia, ein amerikanischer Musiktherapeut, hat Improvisationstechniken beschrieben. Diese verfolgen Ziele in mehreren Bereichen, u.a. Empathie, Strukturierung, Intimität, Herauslocken/ Provokation, Umlenkung, Prozess, emotionale Entdeckung. Als Provokationstechniken benennt er:

„Wiederholung: Der Therapeut bietet denselben Rhythmus, dieselbe Melodie, denselben Text oder dasselbe Bewegungsmuster einige Male an, entweder aufeinander folgend oder mit kurzen Zwischenspielen.

Modellieren: Der Therapeut zeigt oder demonstriert für den Klienten ein Zielverhalten, eine Qualität, ein Gefühl, eine Eigenschaft, etc. um dies zu imitieren oder damit wettzueifern.

Raum geben: Der Therapeut lässt Raum innerhalb der Struktur der Improvisation, bietet so dem Klienten die Gelegenheit, um etwas einzuwerfen.

Einwürfe: Der Therapeut bleibt ruhig und improvisiert nur dann, wenn der Klient eine Pause lässt, wodurch der Klient der Erstverantwortliche für die Improvisation bleibt, während er dadurch auch Vorschläge macht für die Weiterführung.

Ausdehnung: In einem musikalischen Kontext verlängert der Therapeut eine Phrase des Klienten. Z.B. ein Geräusch am Ende hinzufügen oder eine überlappende Phrase.

Abschluß: Der Therapeut beantwortet die musikalische Frage des Klienten und vervollständigt sie.“

Quelle: Bruscia, K. (1987). Improvisational models of music Therapy. Herausgeber: Charles C Thomas: Springfield, IL, (in eigener Übersetzung).

Die folgenden Fragen 14 – 20 beziehen sich auf Provokationstechniken, die vom Musiktherapeuten eingesetzt werden.

14. Setzen Sie bei der musiktherapeutischen Arbeit Bruscia- Techniken ein?

- Ja manchmal Nein (Weiter bei Frage 19.)

15. Wie wichtig finden Sie den Einsatz von Provokations- Techniken?

- Sehr bedeutend
 Wichtig
 Weder wichtig/ noch unwichtig
 Unwichtig
 Sehr unbedeutend

16. Welche Provokationstechnik gebrauchen Sie am häufigsten?

.....(in einem Wort)

17. Zu welchem Zeitpunkt während des Therapieprozesses würden Sie diese einsetzen?

Sobald als Voraussetzung erfüllt ist.

18. Mit welchen Instrumenten führen Sie bei dieser Zielgruppe Provokationstechniken aus?

(Mehrere Antworten möglich.)

- Schlaginstrumente (z.B. Trommeln, kleine Perkussionsinstrumente)
 Klavier oder Keyboard
 Stabinstrumente (z.B. Xylophon, Metallophon, Klangstäbe)
 Saiteninstrumente (z.B. Gitarre)
 Sonstige.....

19. Welche Arbeitsformen setzen Sie in Einzelbehandlungen ein?

(Mehrere Antworten möglich.)

- Instrumentale Improvisation
 Vokale Improvisation
 Liedmaterial
 Vorstrukturierte Spielformen
 Eigenkompositionen

20. Setzen Sie bei der Therapie mit Menschen mit einer leichte geistigen Behinderung und sozialer Phobie gezielt kleine Wettbewerbssituationen ein?

- Ja (Bitte 20a. ausfüllen.) Nein (Weiter bei 21.)

20a. Wie oft setzen Sie Wettbewerbssituationen ein?

- Nie Manchmal Oft Sehr oft Immer

21. Wodurch charakterisiert sich Ihr Verhältnis zu Ihren Klienten bei dieser Zielgruppe?

(Es sind mehrere Antworten möglich.)

- Distanz
 Sachlichkeit
 Positive Aufmerksamkeit
 Wärme
 Emotionale Kälte
 Persönliche Anteilnahme
 Respekt
 Gleichwertigkeit
 Ehrlichkeit
 Authentizität
 Spontaneität
 Intimität, Nähe

- Intuition
- Kontakt
- Aufnahmebereitschaft
- Raum
- Einfühlungsvermögen
- Empathie
- Mitspracherecht

Platz für Anmerkungen:

Hat Ihnen bei den Fragen noch etwas gefehlt oder möchten Sie noch etwas loswerden?

.....

Herzlichen Dank für Ihre Zeit!

Bijlage 3 Codeerschema 1

Vraag nummer	Naam variabele	Omschrijving	Codering	Meetniveau
-	land	Land	1= NL 2= D 3= B	Nominaal
-	leef	Leeftijd	-	Ratio
-	gesl	Geslacht	1= Vrouw 2= Man	Nominaal
1	werkp	Werkplaats	1= Inrichting 2= Eigen praktijk 3= Eigen praktijk en inrichting	Nominaal
2	erv	Beroepservaring	-	Ratio
3	Ind	Individuele therapie	1= Individuele therapie 2= Groepstherapie 3= Allebeide	Nominaal
4	Inlicht	Individuele therapie bij mensen met lichte beperking	1= Ja 2= Nee	Nominaal
5	Socfob	Kenmerken van sociale fobie	1= Ja (Details zie schema 2) 2= Nee	Nominaal
5a	Aut	Autisme als oorzaak	1=Ja 2= Nee 3= Onbekend	Nominaal
6	Kenuit	Kenmerken van uitdagend gedrag	1= Ja (Details zie schema 2) 2= Nee	Nominaal
7	Uitd	Voorkomen uitdagend gedrag	1= Ja 2= Nee 3= Onduidelijk 4= Anders	Nominaal
8	Interp	Interpretatie van uitdagend gedrag	1= Positief 2= Niet weten te interpreteren 3= Negatief	Nominaal
9	Duur	Behandelingsduur	1= tot 1 maand 2= 1-3 maanden 3= 4-6 maanden 4= langer dan 6 maanden	Nominaal
10	Tijdst	Tijdstip van het optreden van uitdagend gedrag	1= tot 1 maand 2= 1-3 maanden 3= 4-6 maanden 4= langer dan 6 maanden	Nominaal
11	Proc	Fase van het proces	1= In begin 2= In het midden 3= Naar het einde toe 4= Alle fasen	Nominaal
12	Ontw	Positieve ontwikkeling van de cliënt	1= Ja (Details zie schema 2) 2= Nee	Nominaal
13	Indic	Mening over uitdagend gedrag als indicator voor positieve ontwikkeling	1= Eens 2= Gedeeltelijk mee eens 3= Oneens	Ordinaal
14	Brusc	Inzet van Bruscia-technieken	1= Ja 2= Soms 3= Nee	Nominaal

15	Uitlok	Belang van Uitlokkingstechnieken	1= Zeer belangrijk 2= belangrijk 3= nog belangrijk/ nog onbelangrijk 4= Onbelangrijk 5= Zeer onbelangrijk	Ordinaal
16	Techn	Meest gebruikte uitlokkingstechniek	Vrije antwoord	Nominaal
17	Voorw	Voorwaarde voor de inzet van uitlokkingstechnieken	Vrije antwoord	Nominaal
18	Instr	Instrumenten die bij deze doelgroep ingezet worden	1= Slaginstrumenten 2= Piano en keyboard 3= Staafinstrumenten 4= Snaarinstrumenten 5= Anders	Nominaal
19	Werkv	Werkvormen bij individuele behandeling	1= Instrumentele improvisatie 2= Vocale improvisatie 3= Liedmateriaal 4= Voorgestructureerde werkvormen 5= Eigen composities	Nominaal
20	Wedstr	Inzet van wedstrijdsituaties bij deze doelgroep	1= Ja 2= Nee	Nominaal
20a	Frequ	Frequentie van de inzet van wedstrijdsituaties	1= Nooit 2= Soms 3= Vaak 4= Heel vaak 5= Altijd	Ordinaal
21	relat	Kenmerken van de therapeutische relatie bij deze doelgroep	1= Ja (Details zie schema 2) 2= Nee	Nominaal

Bijlage 4 Codeerschema 2

Vraag nummer	Naam variabele	Omschrijving	Codering	Meetniveau
5	Socfob	Kenmerken van sociale fobie	1= Laat zich door kritiek intimideren 2= Is teruggetrokken 3= Neemt weinig initiatief 4= Laat beslissingen aan anderen over 5= Uit geen duidelijke mening 6= Gedraagt zich zo onopvallend mogelijk 7= Reageert op fouten met sterke onzekerheid 8= Is lichamelijk zeer gespannen 9= Vermijdt groepen en sociaal contact 10= Neemt binnen interactie niet (of nauwelijks) de leidende rol 11= Geeft snel op bij het presteren/ nieuw aan te leren dingen 12= Zoekt weinig oogcontact 13= Vermijdt het onbekende	Nominaal
6	Kenuit	Kenmerken van uitdagend gedrag	1= Daagt uit tot imitatie 2= Gaat steeds harder spelen 3= Gaat steeds sneller spelen 4= Probeert zo lang mogelijk door te spelen 5= Probeert zo zacht mogelijk te spelen 6= Roept tijdens het spelen, dat de ander te langzaam was 7= Wil de leiding/ controle niet uit handen geven 8= Heeft sprankelende ogen 9= Lacht veel/ maakt grapjes	Nominaal
12	Ontw	Positieve ontwikkeling van de cliënt	1= Meer zelfbewustzijn 2= Spelplezier 3= Meer levensenergie 4= Neemt meer ruimte in 5= Lichaamshouding is veranderd 6= Motoriek is vrijer 7= Interactie is verbeterd 8= Spraakzaam, vertelt meer 9= Muzikaal samenspel intenser 10= Neemt meer initiatief	Nominaal

21	Relat	Kenmerken van de therapeutische relatie bij deze doelgroep	11= Zin om mede te bepalen 12= Tempo wordt levendig ingezet 13= Meer dynamiek 14= Instrumentenkeuze is veranderd 15= Vormgeving is veranderd (b.v. pauzen maken) 16= Oogcontact verbeterde 1= Distantie 2= Zakelijkheid/objectiviteit 3= Positieve aandacht 4= Warmte 5= Emotioneel koud 6= Persoonlijke betrokkenheid 7= Respect 8= Gelijkwaardigheid 9= Eerlijkheid 10= Authenticiteit 11= Spontaniteit 12= Intimiteit, nabijheid 13= Intuïtie 14= Contact 15= Openheid, ontvankelijk 16= Ruimte 17= Inlevingsvermogen 18= Empathie 19= Inspraak	Nominaal
----	-------	--	--	----------

Bijlage 5 Frequentieberekeningen

Statistics

		land	leeftijd	geslacht	werkplaats	beroepservaring	individuele therapie	individuele therapie, lichte beperking
N	Valid	14	14	14	14	14	14	14
	Missing	0	0	0	0	0	0	0
Mean		1,79	41,64	1,36	2,36	13,64	2,57	1,00
Median		2,00	43,00	1,00	2,00	13,00	3,00	1,00
Mode		2	28	1	2	5 ^a	3	1
Range		2	31	1	3	23	2	0

a. Multiple modes exist. The smallest value is shown

Statistics

		sociale fobie	autisme	kenmerken uitdagend gedrag	uitdagend gedrag	interpretatie uitdagend gedrag
N	Valid	13	12	11	12	12
	Missing	1	2	3	2	2
Mean		1,08	1,75	1,00	1,42	1,00
Median		1,00	1,50	1,00	1,00	1,00
Mode		1	1	1	1	1
Range		1	3	0	3	0

Statistics

		behandelingsduur	optreden van uitdagend gedrag	fase van het proces	positieve ontwikkeling client	mening uitdagend gedrag als indicator
N	Valid	11	10	11	11	12
	Missing	3	4	3	3	2
Mean		3,91	3,60	2,64	1,00	1,83
Median		4,00	4,00	2,00	1,00	2,00
Mode		4	4	2	1	2
Range		1	3	3	0	2

Statistics

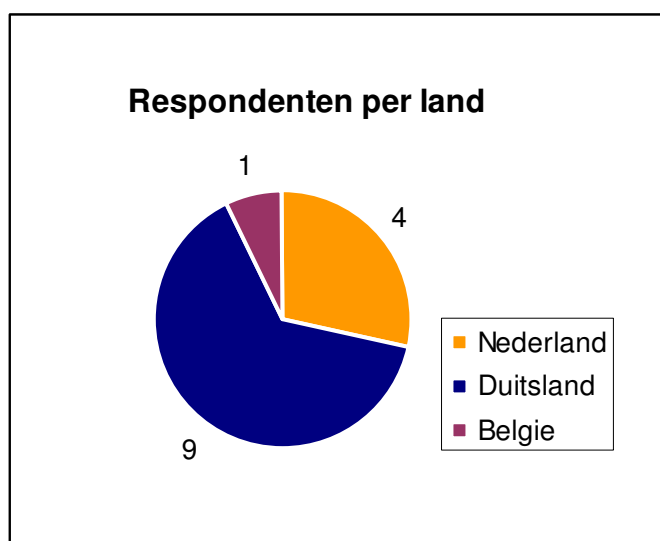
		inzet Bruscia- technieken algemeen	uitlokkingstechnieken	meest gebruikte uitlokkingstechniek	voorwaarden voor het inzetten	gebruikte instrumenten	werkvormen individuele therapie
N	Valid	13	12	12	8	13	14
	Missing	1	2	2	6	1	0
Mean		1,46	1,92	1,00	1,00	1,00	1,00
Median		1,00	2,00	1,00	1,00	1,00	1,00

Mode	1	2	1	1	1	1
Range	2	2	0	0	0	0

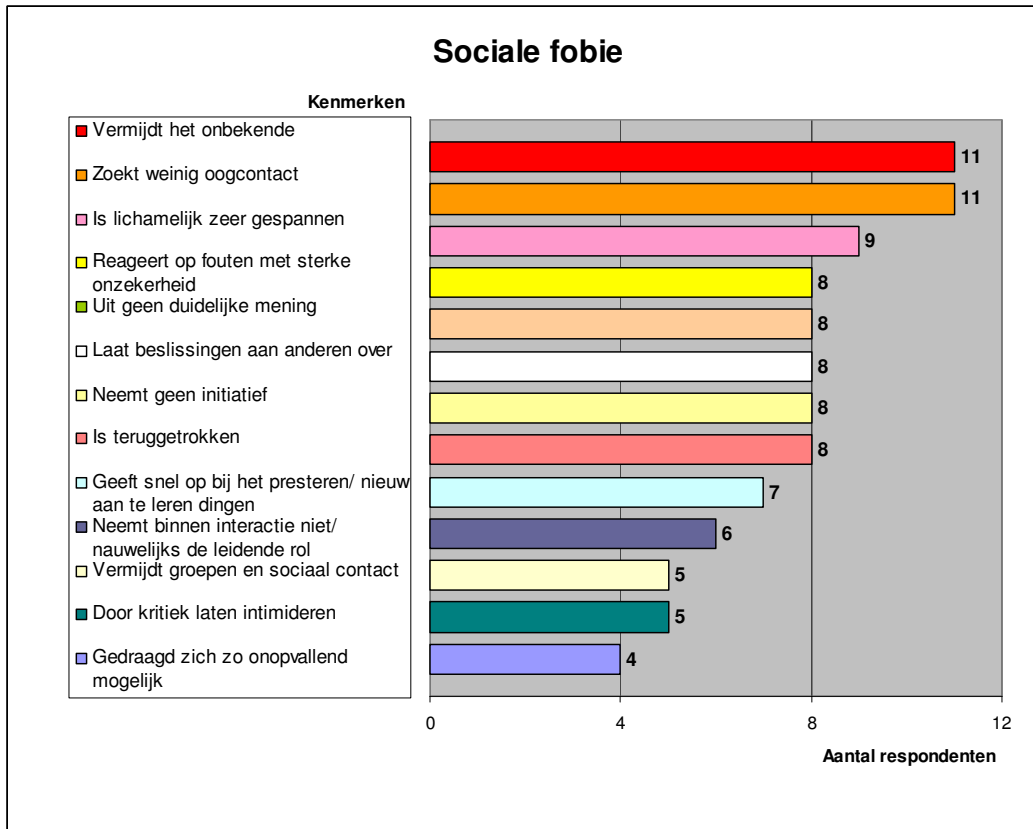
Statistics

		inzet van wedstrijdelement en	frequentie van inzet	therapeutische relatie
N	Valid	14	4	14
	Missing	0	10	0
Mean		1,64	2,00	1,07
Median		2,00	2,00	1,00
Mode		2	2	1
Range		1	0	1

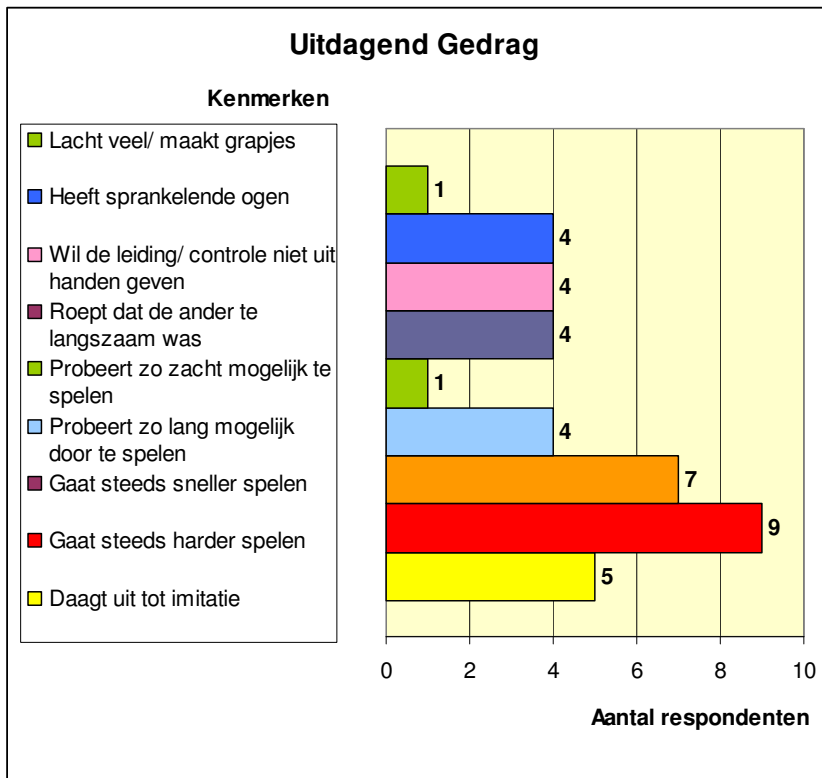
Bijlage 6 Grafieken



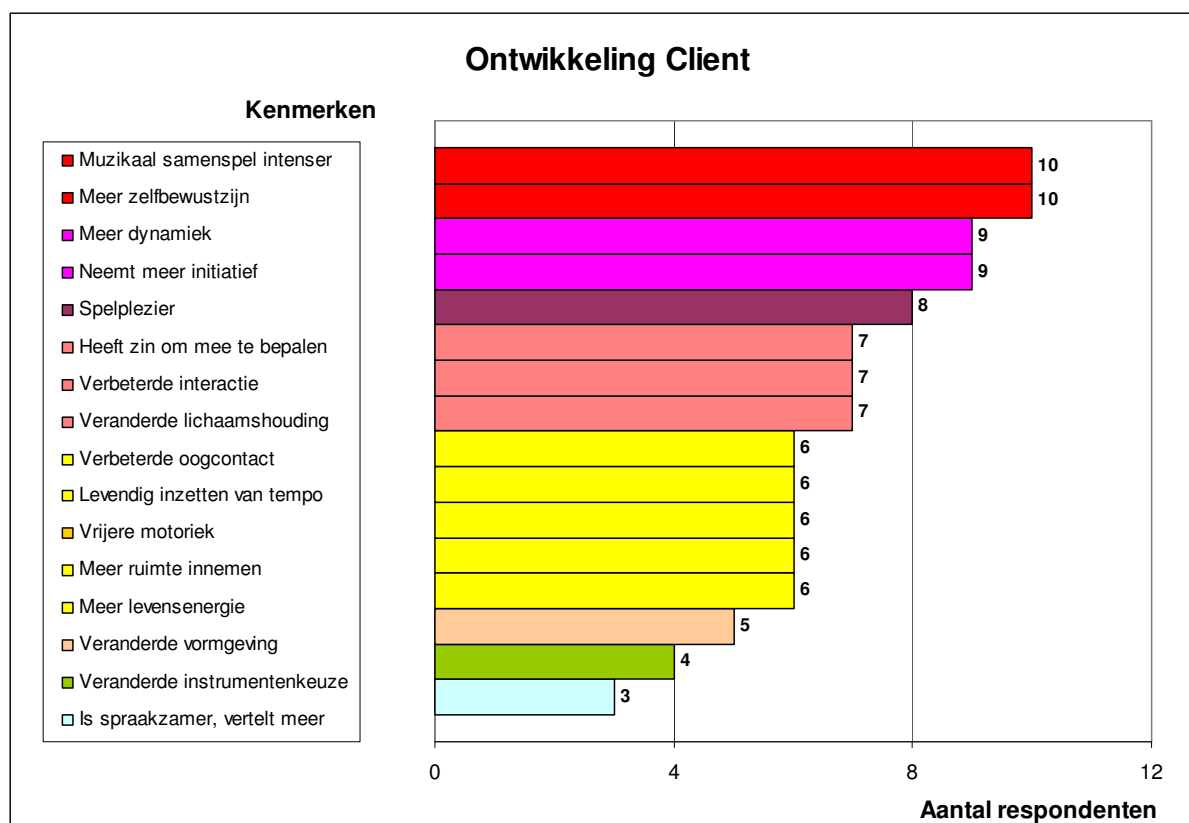
Vraag 5



Vraag 6



Vraag 12

Vraag 16**Bruscia- Techniek** **Aantal respondenten**

Making spaces, ruimte maken	5
Modelling	3
Repeating, herhalen	1
Individuele antwoorden	3
Geen antwoord	2

Meest gebruikte uitlokkingstechniekIndividuele antwoorden Vraag 16

- wat op het moment nodig is
- prikkelten tot initiatief
- afhankelijk van cliënt en de timing in de therapieproces

Vraag 17**Voorwaarde** **Aantal respondenten**

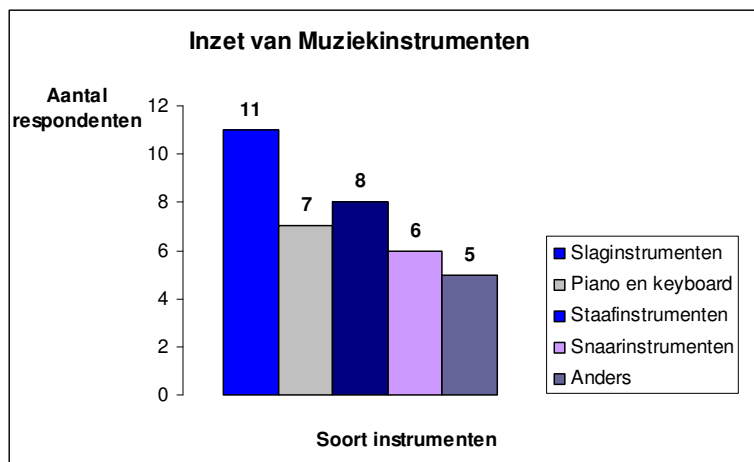
Veiligheid	3
Vertrouwen	1
Stabiele relatie	1
Contact	1
Individueel antwoord	2
Geen antwoord	6

Voorwaarden voor uitlokkingstechnieken

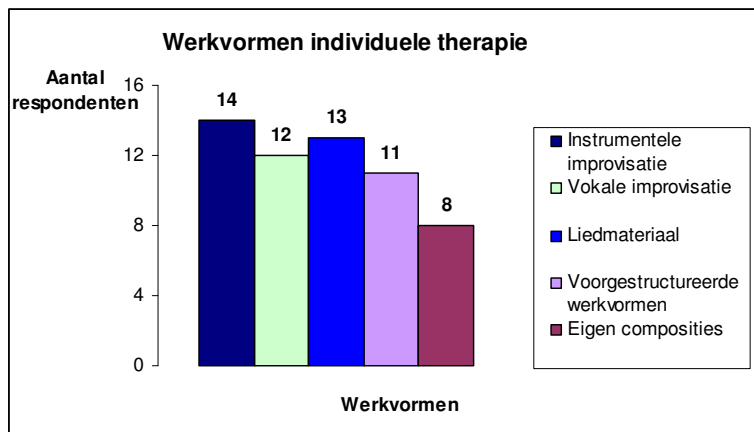
Individuele antwoorden Vraag 17

- zo snel mogelijk?
- bepaald door waarneming en intuïtie van de therapeut

Vraag 18



Vraag 19



Vraag 21

